

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Historický vývoj nefrologického ošetřovatelství a potřeba ošetřovatelského
standardu v oboru**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Andrea Kesziová

2010

Abstract

Nursing care in nephrology brings certain specifics both for the patient and for the nursing staff concerned. For each member of a nephrology multidisciplinary team that participates in identification and meeting bio-psycho-social and spiritual needs of dialysed patients, the quality nursing care provision and the patients' safety assuring should be the rule. To assure quality care provision in a health care facility, it is necessary to define the professional level of quality, i.e. to introduce processual nursing standards at the national level for all dialysis centers.

The objective of this thesis was to make a survey of historical milestones in the development of nephrology nursing in the Czech Republic (in the former Czechoslovakia), from its beginning to present days. In individual parts of the theoretical section various contexts of nursing issues (historical, legal, social, relational, educational) and their interaction are described.

The thesis also is focused on detection the importance of aspects influencing the quality of provided nursing care in nephrology and realization of analysis the use and compliance with the existing local nursing standards in individual dialysis centers in the Czech Republic.

Another objectives of this thesis were detection of satisfaction rate with existing national standards for nephrology nursing care and to make up a proposal of a national processual standard of nursing care provided to adult dialysed patients.

To obtain data the mixed methods research was used. The practical part offers, through conclusions of the quantitative research, explanations of many facts by confirmation or refutation of hypotheses arisen from the qualitative research. The nursing research was conducted through a questionnaire survey in dialysis centers in the Czech Republic. The respondents were head nurses - nursing care managers working in these units. Interviews with representatives of the biggest professional organization of nurses – the Czech Nurses Association were also carried out as another research procedure. The survey outcomes have clearly demonstrated the need to introduce national processual standards of nursing care in nephrology practice. Description of the present state is the first step for its improvement. The way out from the current situation is the development of general national processual standards for individual areas of care for nephrology patients and subsequent introduction of them into clinical practice in all dialysis centers in the Czech Republic.

One of the components of the thesis is a proposal of the national processual standard of nursing care for a dialysed patient with acute or permanent central venous catheter (CVC). This standard could serve as a model for the development of other national standards of nursing care in nephrology.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou prací na téma „Historický vývoj nefrologického ošetřovatelství a potřeba ošetřovatelského standardu v oboru“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 16.08.2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky při psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat manažerům dialyzačních středisek v České republice a představitelům České asociace sester za jejich ochotnou spolupráci. V neposlední řadě děkuji svým rodičům a všem, kteří mi byli po celou dobu studia nesmírnou oporou.

Obsah

Úvod	4
1 Současný stav	6
1.1 Historický kontext dialyzační péče.....	6
1.1.1 Období do roku 1945.....	7
1.1.2 Období od roku 1945 do roku 1970	8
1.1.2.1 Historický vývoj dialyzačních center u nás.....	9
1.1.2.2 Vývoj dětských dialyzačních pracovišť	11
1.1.3 Období od roku 1970 do roku 1995	11
1.1.4 Období od roku 1995 - dosud (posun ve vývoji dialyzační péče od kvantity ke kvalitě).....	14
1.1.5 Dostupnost dialyzační léčby	14
1.1.6 Typy dialyzačních středisek	17
1.1.7 Personální zabezpečení dialyzačních středisek.....	18
1.2 Vývoj ošetrovatelství v nefrologii	18
1.2.1 Historie dialyzačních přístrojů	19
1.2.2 Historie dialyzátorů.....	21
1.2.3 Vývoj dialyzačních jehel	21
1.2.4 Historický vývoj dialyzačního roztoku	22
1.2.5 Vývoj úpravy vody pro dialýzu	23
1.2.6 Vývoj další zdravotnické techniky v nefrologii.....	23
1.2.7 Hygienicko-epidemiologická opatření na nefrologických pracovištích.....	24
1.2.8 Cévní přístup pro hemodialýzu	25
1.2.9 Samoobslužná péče dialyzovaných pacientů.....	25
1.2.10 Historický vývoj peritoneální dialýzy	27
1.3 Historie vzdělávání „nefrologických“ sester.....	29
1.3.1 Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví	29
1.3.2 Vliv profesní organizace na vzdělávání „nefrologických sester“	31
1.3.2.1 European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.....	32
1.4 Ošetrovatelská péče o dialyzovaného pacienta	33
1.4.1 Ošetrovatelská péče o pacienta při akutní hemodialýze.....	33
1.4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta při zahájení chronické hemodialýzy	34
1.4.3 Péče o potřeby chronicky dialyzovaného pacienta	37

1.4.4 Další specifika ošetrovatelské péče v nefrologii.....	39
1.5 Kvalita ošetrovatelské péče.....	39
1.5.1 Program kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče	40
1.5.2 Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče.....	41
1.5.3 Indikátory kvality	41
1.5.4 Standardy ošetrovatelské péče	43
1.5.4.1 Typy standardů ošetrovatelské péče	43
1.6 Významné osobnosti nefrologického ošetrovatelství	45
2 Cíle práce a hypotézy.....	49
2.1 Cíle práce	49
2.2 Hypotézy	49
2.3 Výzkumné otázky	50
3 Metodika	51
3.1 Pilotáž	51
3.2 Použité metody	51
3.2.1 Metodika zpracování dotazníku	51
3.2.2 Metodika zpracování rozhovoru	52
3.2.3 Metodika zkoumání dokumentů - literárních pramenů	52
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	52
3.3.1 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat dotazníky	52
3.3.2 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat rozhovory.....	53
4 Výsledky	54
4.1 Výsledky dotazníků	54
4.2 Výsledky rozhovorů.....	74
4.2.1 Kategorizace výsledků rozhovorů.....	87
4.3 Návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče.....	94
4.3.1 Postup při zpracovávání návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK).....	94
4.3.2 Návrh standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK)	95
5. Diskuze	107
5.1 Diskuze k výsledkům dotazníků a hypotézám práce.....	107
5.2 Diskuze k výsledkům rozhovorů a výzkumným otázkám	112

6 Závěr	117
7 Seznam použitých zdrojů.....	120
8 Klíčová slova.....	128
9 Přílohy.....	129

Úvod

„Historie je svědectvím času, světlo pravdy, život paměti, učitelka života, zvěstovatelka dávných dob.“

(Cicero, O řečníkovi)

Dnešní ošetrovatelství je velmi vzdálené od toho, které se praktikovalo před padesáti lety. Člověk potřebuje živou představivost, aby mohl předvídat, jak se ošetrovatelské povolání bude vyvíjet v tomto neustále se měnícím světě. Pochopit ošetrovatelství dneška a současně se připravit na ošetrovatelství zítřka vyžaduje nejen porozumět jeho minulosti, ale vžít se do současné ošetrovatelské praxe a sociologických faktorů, které ji přetvářejí (25). Prvním cílem diplomové práce je popsat historické mezníky klíčové pro rozvoj ošetrovatelství v nefrologii od jeho vzniku až po současnost.

Pro každého člena multidisciplinárního nefrologického týmu, který se spolupodílí na identifikaci a uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb dialyzovaných pacientů, by mělo být poskytování kvalitní ošetrovatelské péče samozřejmostí. Standardizace ošetrovatelské péče je jedním z množství reálných prostředků zabezpečování kvality péče poskytované nemocným. Umožňuje sjednotit náročné a specifické ošetrovatelské postupy a následně je unifikovat na národní úrovni. Právě ošetrovatelské standardy by měly mimo jiné pomáhat překonávat bariéry a komunikační problémy mezi jednotlivými dialyzačními pracovišti a nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Dalšími cíli práce jsou tedy zjištění důležitosti aspektů ovlivňujících kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v nefrologii a provedení analýzy využívání a dodržování stávajících lokálních ošetrovatelských standardů na jednotlivých dialyzačních střediscích v České republice.

Diplomová práce je také zaměřena na zjištění míry spokojenosti s existujícími národními standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi. Autorka v ní dále zdůrazňuje vytvoření návrhu rámcového národního procesuálního standardu v oblasti hemodialýzy a také důležitost implementace dalších národních standardů

do nefrologické praxe. Toto zavedení pomůže zajistit nepodkročitelnou úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče, protože spokojený pacient je pro „nefrologické“ sestry to nejvyšší morální ocenění.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historický kontext dialyzační péče

Péče o zdraví je stará jako lidstvo samo. Zdraví a nemoc, život a smrt – to byla po celá staletí nejen častá témata úvah, ale i zdroj houževnaté snahy o přemožení nemocí a oddálení smrti. Proto je medicína jednou z nejstarších věd, proto nás její úspěchy i neúspěchy tak zajímají a nepřestanou zajímat ani v budoucnu (50).

„Každý stát, každý národ je hrdý na svoji historii, na to, co vykonali předkové a jaký zanechali odkaz pro další generace. Z historie je třeba čerpat poučení pro současnost i budoucnost, a to se týká nejen medicíny, ale i ošetrovatelství“ (46, s. 336).

Chronické selhání ledvin lze léčit hemodialýzou, peritoneální dialýzou a transplantací. Všechny tyto postupy, označované společným termínem „náhrada funkce ledvin“, jsou cíleny k tomu, aby co nejúčinněji nahradily funkci vlastních ledvin (58).

Historie léčby selhání ledvin je v porovnání s celkovou historií medicíny poměrně krátká. První úvahy a pokusy o léčbu selhání ledvin spadají do poloviny 19. století. Postupem doby se dialýza u nás stala samozřejmou součástí medicínských postupů tak, jak je tomu v současnosti. Začátky nefrologie jako samostatného interního oboru byly společné, tj. československé a sahají do první poloviny minulého století a jeho rozvoj nastává od 70. let. Nefrologie na Slovensku se vyvíjela v propojení na českou a mimořádnou úlohu sehrál především profesor Brod svojí aktivitou v prosazování klinické nefrologie. Jeho aktivita v tomto směru byla obdivuhodná nejen z vědeckého a odborného hlediska, ale i z hlediska vzdělávání nefrologů. Uznání nefrologie jako samostatného specializačního oboru začíná po roce 1981, kdy byly složeny první atestační zkoušky lékařů z nefrologie (35).

Historický pohled je v případě dialýzy pohledem nutně také technickým, protože kvalita vlastní dialýzy je závislá na úrovni a dostupnosti příslušné lékařské techniky (v počátcích vůbec na její existenci) a závisí také na úrovni a vyspělosti celé medicíny. Zdroje, které limitují zejména v počátku vývoj dialyzační léčby, jsou tedy technické,

finanční a edukační (nedostatek lékařů zabývajících se dialýzou). Historický kontext dialyzační péče je možno pojmut z různých úhlů pohledu, např. podle vyspělosti techniky nutné k dialýze, podle přístupu společnosti k poskytování dialyzační péče apod.

Vývoj chronické dialyzační léčby do současnosti lze podle Sulkové rozdělit do následujících tří období:

1. období přežití – period of survival – období od roku 1945 přibližně do roku 1970,
2. období zkoumání – period of issue – období přibližně od roku 1970 do roku 1995,
3. období kvality – period of quality – období od roku 1995 dosud.

K tomuto historickému dělení je nutné doplnit situaci do roku 1945 (58).

1.1.1 Období do roku 1945

Můžeme říci, že historie hemodialýzy začíná již rokem 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham jako první studoval dialýzu na prostupnosti stěny močového měchýře u hovězího dobytka, který použil k sestavení primitivního dialyzátoru. Výraz „dialýza“ pochází od něho. V roce 1855 pokračoval německý fyziolog Adolph Fick ve studiu difúze s různými kolodiovými membránami. Tento princip v laboratorních podmínkách ověřil W. Schumacher v roce 1860. V roce 1912 američtí fyziologové J. J. Abel, L. G. Rowntree a B. B. Turner použili poprvé dialýzu u psa a jejich dialyzátor se podobal současným kapilárním dialyzátorům svojí soustavou kolodiových = celloidinových kapilár. Německý lékař George Haas v Giesenu v roce 1928 neúspěšně hemodialyzoval prvního člověka s použitím heparinu, objeveného v roce 1919. První bubnovou umělou ledvinu, která byla použita u člověka, sestrojil v roce 1943 holandský lékař Willem J. Kolff. Podnětem k jejímu sestavení bylo zoufalství nad smrtí mladého pacienta, který zemřel v důsledku selhání ledvin, na který neznala dřívější medicína žádný způsob léčby. Bubnová ledvina byla použita u terminálně uremického nemocného, kterého napojil na svůj dialyzátor pomocí skleněných kanyl, což opakoval

u dalších 14 nemocných v terminálním stádiu. Všech 15 pacientů zemřelo. Teprve o dva roky později, v roce 1945 úspěšně vyléčil pacientku s akutním hepatorenálním syndromem. Kolff znal již ve své době heparin – dokonalou protisrážlivou látku a měl k dispozici celofán, který používal při výrobě přístroje. Věděl, že celofán je díky svým vlastnostem schopen některé látky propouštět a jiné zadržet a je tudíž vhodný pro realizaci „umělé ledviny“ (16, 24, 31, 33, 35, 45, 51, 58, 67, 68, 70).

1.1.2 Období od roku 1945 do roku 1970

Nezávisle na Kolffovi zveřejnil v roce 1947 švédský lékař Nils Alwall rovněž objev „umělé ledviny“. Dialyzátor na Alwallově principu byl použit na II. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN) v roce 1955 a v Hradci Králové v roce 1957 pod názvem „Moellerova umělá ledvina“. V padesátých letech 20. století začala vznikat první dialyzační střediska v USA a v Evropě. V roce 1957 bylo v Evropě sedm dialyzačních středisek, z toho jedno v Praze a v roce 1958 přibyla další tři, z nichž jedno bylo v Hradci Králové. K napojování nemocných byly používány skleněné kanyly zaváděné chirurgy, které se po ukončení dialýzy musely opět vyjmout a rána uzavřít. K tomu, aby dialýza mohla být používána jako metoda léčby renálního selhání, byl nezbytný dostatečný krevní průtok. Bylo tedy zapotřebí dalších pokroků v oblasti zajištění cévního přístupu. Zásadní význam na poli pravidelné dialyzační léčby měl v roce 1960 objev profesora Beldinga Scribnera a technika Wayne Quintona – tzv. Scribnerův-Quintonův shunt (zevní arteriovenózní zkrat). Jeho novelizaci předvedli Italové J. M. Cimino a M. J. Brescia v New Yorku v roce 1966, kdy chirurgicky spojili arterii radialis s vénou cubitalis a vytvořili vnitřní arteriovenózní zkrat – arteriovenózní fistuli. Teprve po těchto objevech v 60. letech minulého století mohla být zahájena chronická dialyzační léčba. „Pokrok na poli akutní hemodialýzy byl doplněn v roce 1963 britským lékařem Stanley Shaldonem a spol. v Londýně perkutánní kanylací femorálních cév pro hemodialýzu. Hradečtí autoři (Erben a spol., 1969) doplnili druhý možný způsob, subklaviální kanylaci pro napojení nemocného na hemodialýzu“ (58, s. 17). Dialyzační technika byla z dnešního pohledu primitivní a jednoduchá. Byl nedostatek použitelných dialyzačních pomůcek, k dispozici bylo minimum

jednorázových zdravotních potřeb, které byly málo kompatibilní ve styku s krevním oběhem (16, 22, 24, 31, 32, 33, 35, 45, 51, 52, 67, 68, 70).

V roce 1955 byla „umělá ledvina“ senzací, až do roku 1960 se jí běžně říkalo „smrtící nástroj“ a to i přesto, že již v tomto období měla svůj význam v léčebné praxi. Teprve v roce 1971 jí byl přiznán statut regulární terapie (11). Na počátku chronického hemodialyzačního programu v 60. letech 20. století byl jako úspěch hodnocen fakt, že pacient nezemřel. Již v tomto období můžeme ve světě, zejména v USA, vysledovat počátky zájmu o psychosociální problematiku v oblasti dialyzačního léčení. Postupně se tyto snahy začaly rozšiřovat i u nás (58, 73).

1.1.2.1 Historický vývoj dialyzačních center u nás

Nefrologie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze má dlouhou tradici a s jistou nadsázkou se dá říci, že česká nefrologie v areálu této nemocnice jako samostatný obor vznikla. Profesor Brod, zakladatel české nefrologie, nastoupil na I. interní kliniku nemocnice již v roce 1937, ale nefrologie jako klinický obor se tu konstituovala teprve po druhé světové válce, po jeho návratu ze zahraničí. V první polovině 50. let minulého století se nefrologie jako klinický obor začala rozvíjet také na II. interní klinice VFN. V roce 1955 zde byla zásluhou profesora Vančury instalována první „umělá ledvina“ Alwallova typu nejen v tehdejší Československu, ale v celé střední a východní Evropě. Dne 9. prosince 1955 byla přijata z venkovské nemocnice 18letá žena, která požila několikanásobně smrtelnou dávku sublimátu a byla indikována k první hemodialýze. Pro léčbu umělou ledvinou byl ustanoven tým ve složení: doktor Mirko Chytil – vedoucí týmu a medik Severin Daum pro technické zajištění umělé ledviny, jemuž pomáhal další medik Antonín Hornych. Hemokoagulační parametry sledovali lékaři Fialová-Přecechtělová a Cholinský. Za sesterskou péči o pacienta v průběhu dialýzy zodpovídala vrchní sestra Mrowcziková. Dne 10. prosince 1955 byla tedy zahájena první dialýza a byla úspěšná. Pacientka se po třech dialýzách uzdravila. Tato žena se po padesáti letech, v prosinci roku 2005, účastnila tiskové konference ve VFN uspořádané k 50. výročí „umělé ledviny“ v České republice. Počty pacientů léčených dialýzou byly velmi limitovány vzhledem k jedinému přístroji. Byli léčení jen pacienti s akutním selháním ledvin (22, 32, 35).

Druhé pracoviště „umělé ledviny“ vzniklo v Hradci Králové na I. interní klinice v roce 1957 zakoupením Moellerova dialyzátoru Alwallova typu. Vedoucím lékařem zde byl profesor Erben, který se po návratu ze studijního pobytu u Kolffa v USA stal nadšeným propagátorem léčby nemocných s akutním selháním ledvin u nás. Na tomto pracovišti byla v první polovině 60. let minulého století vyvinuta kovová dialyzační cívka, umožňující opakované použití při dialýze u nemocných s akutním selháním ledvin. V polovině roku 1964 byly získány dvě deskové Niechalovy dialyzátory sovětské výroby, které umožnily další rozvoj dialyzační léčby. V roce 1965 byla zahájena dialyzační léčba nemocných s vleklým selháním ledvin. V tehdejší Československé socialistické republice (ČSSR), stejně tak jako v ostatních zemích světa, se neustále bojovalo s nedostatečným počtem dialyzačních přístrojů, který zabránil většímu rozvoji dialyzační léčby. Podle kolektivu hradeckých autorů pod vedením profesora Erbena byl v roce 1967 vyroben hradecký hemodialyzační systém (HDSy), který umožnil léčbu 36 nemocných s vleklým selháním ledvin, na 6 dialyzačních lůžkách s 18 možnými dialýzami denně, ve třech směnách, tehdy trvajících 8 hodin. V centrálním monitoru byly automaticky sledovány základní parametry dialýzy u pacientů. Výrobou spotřebních dialyzačních cívek na další den se zabývala noční sesterská směna, souběžně s obsluhou šesti dialyzovaných nemocných. Po prvním roce bezporuchového provozu byly tyto systémy vyrobeny v Hradci Králové a instalovány v dialyzačních střediscích fakultních a krajských nemocnic, například ve Fakultní nemocnici (FN) Plzeň, Krajské nemocnici s poliklinikou (KNsP) České Budějovice, FN Olomouc, KNsP Zlín (tehdy Gottwaldov), FN Košice, ale i v zahraničí (Debrecen a Magdeburg). Tímto způsobem byly položeny základy k celostátnímu pravidelnému dialyzačnímu programu. Situace se tedy na poli dialyzační léčby zlepšila, ale zdaleka nebyla vyřešena. K zásadnímu zlepšení situace došlo až po roce 1989. Hradecký systém nejen pokryl uvedená střediska, ale byl rovněž podnětem k nákupu dialyzačních monitorů ze zahraničí. V té době bylo v provozu 9 dialyzačních středisek - II. interní klinika VFN v Praze, I. interní klinika FN Hradec Králové, Interní oddělení Vojenské nemocnice (VN) Košice, III. interní klinika FN Olomouc, Závodní ústav národního zdraví (ZÚNZ) Ostrava, IKEM Praha, I. interní klinika FN Bratislava, Interní

klinika FN Martin, I. interní klinika FN Košice. V západních Čechách se o rozvoj dialyzační aktivity významně zasloužil profesor Opatrný st.. Na I. interní klinice v Plzni byla provedena první dialýza 15. května 1969. Dialyzační pracoviště vybudované v roce 1971 profesorem Válkem na detašovaném Interním oddělení Strahov VFN, představovalo řadu let největší a v určitém smyslu i „vůdčí“ a školící pracoviště pro ostatní dialyzační střediska v republice (24, 33, 35, 58).

1.1.2.2 Vývoj dětských dialyzačních pracovišť

Na IV. dětské klinice na Karlově se začala soustavně věnovat problematice onemocnění ledvin v 50. letech docentka Hradcová. Pravidelný chronický hemodialyzační program u dětí v bývalém Československu byl zahájen první dialýzou v roce 1980 ve Fakultní nemocnici v Motole, ale první dětské dialýzy proběhly již dříve na pracovišti urologické kliniky v Bratislavě. V Praze byla indikována a provedena první transplantace ledviny u dítěte již v roce 1977. Chronická peritoneální dialýza byla zahájena v roce 1983 metodou CAPD. Rozvoj pediatrické hemodialýzy ve FN v Motole je spjat se jménem profesora Jandy. Na brněnské dětské klinice v Černých Polích se pracoviště dětské nefrologie začalo profilovat v 80. letech zásluhou lékařů Doležela a Štarhy a doktorky Dostálkové. V Ostravě měl zásluhu na vybudování třetího dětského dialyzačního střediska doktor Hladík. Transplantace ledvin dětí a dorostu pro celou ČR jsou v současné době soustředěny v dětském transplantačním centru motolské nemocnice, které vede primář Špatenka (17, 18, 35, 58).

1.1.3 Období od roku 1970 do roku 1995

V tomto období postupně vznikají další hemodialyzační střediska, díky kterým může být dialyzován větší počet pacientů. Stále je však počet středisek nedostatečný a mnoho lidí umírá. Profesor Válek v roce 1973 ve své knize „Chronické selhání ledvin“ uvádí, že „dialyzační léčení je nákladné a proto nelze uspokojit všechny pacienty, kteří by léčbu potřebovali. Výběr pacientů provádí lékař podle individuálního posouzení nemocného a nemoci a podle možností střediska“ (68). K podstatnému zvratu

v rozvoji dialyzačních středisek došlo až v roce 1989 a 1990, kdy se jejich počet ztrojnásobil (24).

Aktivity tohoto období byly soustředěny zejména na inovaci dialyzační techniky a otázku, jak dialyzovat co nejlépe. Sledovala se adekvátnost dialýzy, vlastnosti dialyzačních membrán, zdokonalovaly se metody cévních přístupů, léčba kostní nemoci, anemie a další. Prováděno bylo mnoho výzkumů. Snahou bylo řešit také komplikace související s dialyzační léčbou. V tomto období dochází i k rozvoji pediatrické hemodialýzy a nefrologie – lékařského oboru zaměřeného na choroby ledvin. Pořádají se celostátní nefrologické konference, kde si nefrologové navzájem vyměňují zkušenosti (57, 58).

V oblasti psychosociální byla na začátku 70. let 20. století v USA provedena velká studie psychického stavu dialyzovaných pacientů, která potvrdila Scribnerovy předpovědi z dřívějších let o nárůstu emočních a psychických problémů pacientů v souvislosti s delším přežíváním. Studie odstartovala další psychologické a sociální zkoumání v oblasti adaptace na dialýzu, mechanismy zvládání dialyzačního stresu, vyrovnávací strategie, deprese, sexuální problémy dialyzovaných, dopad léčby na rodinu, na pracovní uplatnění a na rekreační možnosti. Široce bylo zkoumáno téma kvality života dialyzovaných (73).

Mezi průkopníky, kteří se začali zajímat o psychosociální problematiku pacientů v chronickém dialyzačním programu, patřil profesor N. B. Levy, který je považován za zakladatele psychonefrologie. Od roku 1978 pořádal pravidelná mezinárodní setkání, jejichž náplní byla témata věnovaná psychologickým, morálním, etickým a sociálním otázkám dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Důležitým tématem jeho přednášek byly zejména otázky fáze adaptace na dialýzu (7). Spolu s dalšími psychiatry, psychology a sociálními pracovníky (H. S. Abram, A. K. De-Nour, F. Reischman, J. Carosella, T. M. Rotarius, A. Liberman, P. G. Willson aj.) přispěl Levy ke zpřístupnění porozumění světu dialyzovaných (73). Od doby vzniku chronického dialyzačního programu stoupá počet pacientů, jejichž život, nerozlučně spojený s dialýzou, se dá počítat na roky a postupně se zvyšuje počet nově dialyzovaných. Těmto pacientům je potřeba v jejich nelehké životní situaci pomoci. Prvními odborníky,

kteří se začali věnovat psychosociální problematice dialyzovaných u nás, byli koncem 70. let profesori Haškovcová a Válek, kteří si uvědomili důležitost péče o psychiku nemocných. Haškovcová, která v té době (r. 1972) pracovala na oddělení klinické imunologie, začala z vlastní iniciativy a ve svém volném čase na dialyzační středisko docházet díky podpoře Válka, přednosta Interního oddělení nemocnice na Strahově. S nemocnými vedla řadu rozhovorů, které se pak zčásti staly podnětem jejich knih „Rub života a líc smrti“ a „Spoutaný život“ (11, 12). Již v období socialistického režimu začal vycházet pro dialyzované pacienty z iniciativy lékaře Radkina Honzáka časopis s názvem Stěžeň. Tento časopis byl většinou pacientů velmi pečlivě sledován a dokonce i svépomocně distribuován (15, 19).

Pro nemocné a jejich rodinné příslušníky byly pořádány besedy, které byly velkým přínosem. Ukázalo se, že potřeba psychologa u dialyzovaných pacientů je velká a proto bylo snahou profesora Válka zavést na Strahově systemizované místo klinického psychologa. Zde je na místě jmenovat průkopnickou práci Ireny Burdové, která se stala první psycholožkou u nás. V té době se první kniha věnovaná chronickému selhání ledvin, napsaná A. Válkem, H. Haškovcovou a D. Válkovou, stala pro mnohé pacienty a jejich rodiny pomocníkem, rádcem a učitelem (68).

V knize s názvem „Spoutaný život“, kterou Haškovcová vydala v roce 1985, jsou samostatné kapitoly o světě kolem dialýz. V přepisu rozhovoru s jedním z dlouhodobě dialyzovaných pacientů jsou patrné jeho starosti, obavy, potřeby a naděje: „Vyhledal jsem psychologa, psychiatra a nevím koho ještě a žádal jsem o spolupráci. Člověk se potřebuje svěřit. Tady to potřebuje většina. Všechno, co budu moci, vám povím. A řekněte to všude, kde si myslíte, že nám to pomůže“ (12, s. 25).

1.1.4 Období od roku 1995 – dosud (posun ve vývoji dialyzační péče od kvantity ke kvalitě)

Dnešní úroveň poskytování dialyzační léčby, díky níž mohou být dialyzováni v České republice všichni pacienti, jejichž zdravotní stav tuto metodu léčby vyžaduje, znamenal významný posun ve vývoji a chápání péče o pacienty se selháním ledvin. „Od roku 1995 se odborníci stále více zaměřují nikoliv na jednotlivé okruhy, ale

na celkovou kvalitu poskytované péče a kvalitu života dialýzou léčených pacientů. Vytvářejí se doporučené postupy pro léčbu anémie a mnohé další. Dialyzační technologie je na pomezí dokonalosti“ (57, s. 17).

„Trendem jsou klinicky dostupné a používané on-line monitorovací techniky dějů vyvolaných dialyzačním procesem. Morbidita i mortalita pacientů v chronickém dialyzačním programu je však stále vysoká, což souvisí se zásadní změnou věkového složení a častého multiorgánového postižení vyplývajícího ze základního onemocnění zařazených pacientů“ (58, s. 38).

Cílem péče je účinná dialyzační léčba, prevence komplikací a dalších nemocí, psychosociální podpora a mezioborová, týmová spolupráce. Pozornost je stále více zaměřována na pacientovo prožívání nemoci, jeho individuální potřeby a sociální život, který je silně poznamenán přerušáním vazeb ve svém okolí ať už z důvodu ztráty zaměstnání, narušením rodinných vztahů či jiných příčin. Provádí se mnoho studií, věnujících se problematice kvality života dialyzovaných pacientů. Ideální situací pro pacienty i sestry dialyzačních středisek by měla být (na většině dialyzačních pracovišť však doposud není) přítomnost klinického psychologa, sociálního pracovníka a nutričního terapeuta.

1.1.5 Dostupnost dialyzační léčby

Otázka dostupnosti dialyzační léčby se vynořila hned od jejího počátku. Minimální počet dialyzačních přístrojů a ekonomická zátěž, kterou metoda představovala, byla velmi vysoká. Závažnou překážkou byl rovněž nedostatek odborníků. Dialýza tak mohla být použita pouze pro malý počet pacientů, kteří léčbu, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, potřebovali. „Dokonce i v nejbohatší zemi světa, ve Spojených státech amerických, byl odstup mezi objevem arteriovenózní spojky v roce 1960 a dobou, kdy se stalo toto řešení všeobecně dostupné, jedenáct let“ (7, s. 9).

Lékaři se dostávali do konfliktních a téměř neřešitelných situací, ve kterých museli rozhodovat o tom, komu bude léčba poskytnuta a bude zachráněn a naopak koho odsoudí k nevyhnutelné dřívější či pozdější smrti. Všeobecně známá jsou „life and

death“ kriteria zařazení do dialyzačního programu, která vznikla v roce 1965 v USA v Seattlu. Aby mohl být pacient v tehdejší době dialyzován, musel být ve věku 18-55 let, nesměl mít žádné systémové onemocnění a nesměl trpět aktivní psychózou, závislostí na drogách, atd. Při naplnění kapacity dialyzačního střediska přišlo na rozhodování ve smyslu větší ceny života osmadvacetiletého absolventa vysokoškolského studia či matky malého dítěte (9). Dokladem této skutečnosti je tvrzení Haškovcové: „V řadě zemí byla tehdy vypracována tzv. matematika milosrdenství, klíč, podle kterého mohl vedoucí dialyzačního střediska některé nemocné do léčebného programu přijmout, jiné odmítnout. Rozhodování to bylo nelehké a dokonce skončilo v jednom případě i sebevraždou lékaře, který neunesl břemeno takovéto zodpovědnosti za životy lidí“ (12, s. 104).

I v pozdějším období byl nedostatek dialyzačních přístrojů a středisek. Ještě v roce 1980 se léčilo pouhých asi 800 pacientů (v celém tehdejší Československu) v porovnání se současností, kdy je v dialyzačně-transplantačním programu v ČR zařazeno a léčeno přibližně 7500 nemocných (4000 hemodialýzou, 3500 žije s funkčním transplantátem). V důsledku omezených kapacit v některých centrech byl výběr pacientů ponechán na vůli lékařů, zatímco jinde byly založeny indikační komise, které před doporučením léčby zvažovaly „potenciální společenský přínos“ pacientů. V počátcích chronického dialyzačního programu byla léčba poskytována jen jinak zdravým mladším dospělým a upřena polymorbidním nemocným, diabetikům, starším lidem nad 50 let a dětem. Profesor Válek v knize pro dialyzované pacienty s názvem „Život s umělou ledvinou“ uvádí tři indikační okruhy nemocných, kterým je potřeba přednostně dialýzu poskytnout v závislosti na možnostech společnosti, v jakém indikačním okruhu je schopna své pacienty léčit. Indikační okruhy jsou následující:

1. nemocní pacienti, u kterých nejsou překážky pro transplantaci ledvin ve věku mladším 50 let,
2. nemocní pacienti, u nichž je selhání ledvin způsobeno izolovaným onemocněním ledvin (pro zařazení neplatí věkové omezení, ale je důležitý biologický věk, tedy celkově dobrý stav pacienta),
3. nemocní pacienti léčeni bez ohledu na věk a příčinu nemoci (67).

Velký etický problém nedostatku dialyzačních míst přetrvával až do konce roku 1989. Kompenzován byl velkou produktivitou práce dialyzačního pracoviště a obrovskou zátěží sester, kterých byl v té době také nedostatek. Aby mohlo být dialyzováno co nejvíce pacientů, byl zaveden tzv. „samoobslužný systém“, který měl mimo jiné i kladný psychologický dopad na pacienty. Umožnil pacientům nebýt ovládan přístrojem, ale mít nad průběhem celé procedury kontrolu. Od roku 1990 u nás došlo k velkému nárůstu dialyzační aktivity, zvýšil se počet dialyzačních středisek, dialyzovaných pacientů a tento stoupající trend i nadále pokračuje (46).

V současné době díky větším zkušenostem a pokračujícímu vývoji můžeme konstatovat, že v České republice není problémem koho dialýzou léčit, ale jak směřovat vlastní dialyzační léčení, aby kvalita pacientova života byla co nejpříjemnější. S ohledem na změnu demografických dat a dostupnost dialyzační léčby přináší současná situace nová etická dilema v podobě ukončení dialyzačního léčení. U nás je vyřazení z dialyzačního programu výjimečné a ve společnosti málo diskutované téma. V souvislosti s dostupností dialyzační léčby nelze opominout ani otázku ekonomickou. Vzhledem k nákladnosti této léčby je bodové ohodnocení dialyzační procedury zdravotními pojišťovnami velmi výhodné a dialyzační střediska bývají ziskovými pracovišti. V současné době se dokonce setkáváme s konkurenčním bojem o nemocné mezi jednotlivými dialyzačními středisky. Jinou otázkou je již absence následné lůžkové péče a interdisciplinárního týmu u pracovišť poskytujících pouze chronický dialyzační program, a to v případě vážnějších zdravotních komplikací vyžadujících hospitalizaci nemocných.

1.1.6 Typy dialyzačních středisek

V České republice se podle Metodického návodu Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR) o podmínkách zřízení pracovišť dialyzační služby a klinická praxe v dialyzační službě rozlišují na základě funkčního zaměření pracoviště dialyzační služby I., II. a III. typu. Dialyzační pracoviště I. typu zajišťuje chronický dialyzační program a řeší akutní zhoršení zdravotního stavu chronických pacientů. Pracoviště dialyzační služby II. typu zajišťuje chronický a akutní program, řeší akutní stavy

chronických pacientů. Úzce spolupracuje se všemi ostatními zdravotnickými lůžkovými zařízeními a složkami komplementu (ARO, biochemie, transfuzní služba, radiodiagnostické oddělení). Tato zařízení jsou k dispozici 24 hodin denně. Dialyzační pracoviště III. typu je součástí jednotky intenzivní péče a pracovišť zaměřených na intoxikaci a zajišťuje především akutní dialýzy. Dialyzační střediska se zřizují jako samostatná zdravotnická zařízení nebo jako součást nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení (38).

V České republice bylo v roce 2009 celkem 97 dialyzačních středisek (DS), z toho 94 pro dospělé a 3 střediska pro dětské pacienty (Fakultní dětská nemocnice v Brně, v Ostravě-Porubě, FN v Motole). Tři střediska zajišťovala pouze akutní program (Nemocnice Havířov, II. Interní klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV), FN v Motole - metabolická jednotka) a tři pouze peritoneální program (I. interní klinika FNKV, Nemocnice Rumburk, I. interní klinika FN v Motole). Celkem 46 dialyzačních středisek bylo nestátních. K 31. prosinci 2009 bylo léčeno celkem 5763 pacientů, tj. 548 pacientů na 1 milion obyvatel. Provedeno bylo celkem 798 787 hemoeliminačních výkonů. Peritoneální dialýzou bylo léčeno 8 % pacientů a úspěšně transplantováno 373 pacientů. Personální zajištění činilo celkem 1698 zaměstnanců, 260 lékařů (60 % s nefrologickou atestací) a 1179 sester (53 % s odbornou atestací). Průměrný počet pacientů na 1 lékaře činilo 36, průměrný počet výkonů na 1 sestru – 675 (1, 55).

1.1.7 Personální zabezpečení dialyzačních středisek

Hemodialyzační středisko je samostatný provozně uzavřený celek s vyčleněným personálem. Pro zajištění provozu střediska se doporučují podle metodického návodu personální požadavky ve složení: vedoucí lékař (primář), zástupce vedoucího lékaře, další lékaři, lékaři konající službu, vedoucí sestra (vrchní sestra). „Doporučuje se zajistit jednoho lékaře na 30 pacientů, resp. jednoho lékaře na 5 dialyzačních lůžek a dále 1,5 sesterského místa na 1 lůžko, například pro 8 dialyzačních lůžek 12 sester“ (38, s. 4). Vedoucí sestra má atestaci alespoň v oboru ARIP a nejméně 5 let praxe na dialyzačním pracovišti, do budoucna se doporučuje atestace z nefrologie. Počty a složení ostatního zdravotnického personálu se ponechávají na rozhodnutí vedoucího lékaře (38).

1.2 Vývoj ošetřovatelství v nefrologii

Když se v minulém století zakládala a dále rozvíjela hemodialyzační střediska a nefrologická pracoviště, nepomyslelo se na to, že se začala tvořit historie novějšího oboru. Historie nefrologického ošetřovatelství není dlouhodobá, protože nefrologie jako samostatný obor medicíny neexistovala a byla ve svých začátcích zahrnována mezi interní, případně urologické obory, a to včetně hemodialyzačních středisek (46, 48).

V minulosti byla práce sestry na dialýze mnohem komplikovanější, než je tomu dnes. Měla svá specifika, která se z dnešního pohledu mohou jevit úsměvná. První zkušenosti byly takové, že se učila jedna sestra od druhé a předávaly si převážně praktické dovednosti a znalosti. Nebyly učebnice, ošetřovatelská dokumentace, ze které by se dalo v té době čerpat a vše, co se společně tvořilo, bylo nové. S předáváním zkušeností, znalostí a dovedností se předávaly i zlozvyky a nesprávné pracovní postupy. Sestry byly nakloněné potřebě zjednodušit, zefektivnit a zkvalitnit péči o dialyzované pacienty. Prvními kroky, které vedly k poučení a vzdělání, byly celostátní nefrologické konference a kongresy, kterých se sestry začaly zúčastňovat hlavně díky podpoře lékařů. V roce 1975 byla poprvé na celostátní nefrologické konferenci v Českých Budějovicích zařazena samostatná sekce sester a techniků, ve které byla prezentována sdělení sester z oblasti hemodialýzy, peritoneální dialýzy a transplantace. Probíhala intenzivní výměna zkušeností v souladu se zavedeným dlouhodobým integrovaným dialyzačně-transplantačním programem v ČSSR. Do historie dialyzačního dění v Československu se mimořádným způsobem zapsaly konference pracovníků pracujících na dialýzách, které probíhaly v letech 1979-1989 na záměčku v Žinkovech a na Slovensku. Podstatné bylo to, že si lékaři začali uvědomovat potřebu vzdělané sestry. Tyto pro sestry historické okamžiky jsou spojeny se jmény významných nefrologů, především profesorů Erbena, Válka, Opatrného st. a mnohých dalších, kteří navázali na toto poselství. Nejenže si vážili práce sester, ale byli zároveň iniciátory nefrologického ošetřovatelství. Podporovali sesterské aktivity, pomaturitní vzdělávání, ale i vznik profesní sesterské organizace (35, 46).

Z popudu České nefrologické společnosti (ČNS) vznikla nejprve komise sester v nefrologii a po jejím přijetí do České společnosti sester (ČSS) byla založena v květnu

roku 1979 i první nefrologická sekce ČSS, která od té doby nepřerušila svou činnost. Zprvu byla ČSS součástí ČLS JEP, po roce 1990 se osamostatnila a v roce 2000 se sjednotila s Českou asociací sester (ČAS), která vznikla v roce 1991. První aktivní výbor pracoval ve složení sester Dubininová, Hajšmanová, Sýkorová a Pavlicová, které byly vedoucími sestrami hemodialyzačních středisek v Hradci Králové, Plzni, Ostravě a v Praze na Strahově. „Dialyzační“ sestry léta volaly po odborné literatuře v českém jazyce, která by stručně, ale fundovaně a především jednotně informovala o základních dialyzačních výkonech a organizaci provozu oddělení dialyzační služby. Výbor nefrologické sekce sjednotil praktické zkušenosti čtyř největších a nejdéle pracujících hemodialyzačních středisek v ČSSR a vydal brožurku „Vybrané statě pro sestry dialyzačních oddělení“. Výbor se kromě záležitostí v ošetrovatelství staral také o to, aby každý kongres České nefrologické společnosti měl, kromě programu pro lékaře, také samostatnou vzdělávací sekci pro sestry, naplněnou jak vzdělávacími přednáškami, tak volnými sděleními řadových sester z jednotlivých dialyzačních středisek. Předsedkyně nefrologické sekce byla v 80. letech minulého století „kooptována“ do výboru České nefrologické společnosti ČLS JEP. Mělo to v té době opodstatnění a velký význam nejen odborný, ale i společenský. V gesci nefrologické sekce se uskutečnily první vzdělávací semináře pro sestry z celé republiky včetně Slovenska, později celá řada pracovních setkání a samostatných výukových programů zaměřených na ošetrovatelství u nefrologických nemocných. Pro sestry byl patronem a kontaktní osobou profesor Opatrný st., který byl pověřen výborem České nefrologické společnosti ke spolupráci se sesterskou sekci. Toto období nefrologického ošetrovatelství nepředstavovalo pouze odbornou kooperaci, ale vyvíjely se i pracovní přátelství (26, 35, 46, 48).

1.2.1 Historie dialyzačních přístrojů

Základní technikou dialyzačních středisek jsou dialyzační přístroje. Ty první (úmyslně nenazývané monitory), vykonávaly pouze základní činnost umělé ledviny, kterou byla filtrace přebytečné nahromaděné tekutiny z těla pacienta a odstranění zplodin látkové výměny jako je urea, draslík, sodík. Pracovaly na stejném principu jako

ty dnešní, ale s nepoměrně nižší úrovní bezpečnosti pro pacienta a komfortu obsluhy pro sestry. Dialýza byla poměrně málo účinná, proto byl typický harmonogram léčby dvakrát týdně v délce trvání osmi hodin. Neexistence monitorovacích systémů nejen při hemodialýze (HD), ale i při peritoneální dialýze (PD), vyžadovala stálou přítomnost sester na pokoji nemocných. Jejich vyčerpávajícím úkolem bylo nepřetržitě střežit dialyzační sety a celistvost dialyzační membrány. Nejdůležitějším pomocníkem sester při „monitoringu“ v těchto počátečních letech byl peán. Sloužil nejen k uhlídání hladinek ve váčcích mimotělního krevního setu, aby nedošlo ke vzduchové embolii, protože dialyzační přístroje nebyly vybaveny detektorem vzduchu, ale také jako univerzální obslužný nástroj celého mimotělního krevního obvodu. Úsměvná se dnes jeví „regulace“ ultrafiltrace. Na návratový krevní set se nasadila šroubovací tlačka, která ručním přiškrcováním brzdila návrat krve z mimotělního oběhu, tím stoupal hydrostatický tlak krve na membráně cívky a ultrafiltrace byla vyšší. Utažení tlačky personál volil odhadem, a tak se občas stalo, že cívka praskla. Pak bylo nutné neprodleně dialýzu ukončit a začít znovu, často s okamžitou indikací transfúze.

Prvními dialyzačními přístroji v Československu byl „hradecký systém“ a občas se jako první vlašťovky objevovaly jednotlivě zahraniční přístroje, například od americké společnosti Travenol (Travenol typ RSP). Tyto přístroje, sestrami důvěrně nazývané jménem Alžběta, byly v aktivním provozu ještě v roce 1990 v pražském IKEM. Tento poslední starý dialyzační přístroj sloužil pro akutní dialyzační program, jako mobilní jednotka. Přístroje však nikdy nepracovaly zcela samostatně, vždy k nim musela být erudovaná sestersko-technická obsluha. Kromě sester měli své specifické a neméně důležité postavení i technici na pracovištích, kteří udržovali přístroje v chodu a dobrém technickém stavu i v době, kdy byl problém s náhradními díly. Ne všechna hemodialyzační střediska však měla tu výsadu, že technik byl zaměstnancem střediska a trvale přítomen na oddělení. Díky výzkumu a technologickému vývoji bylo možno výrazně zvýšit výkon „umělých ledvin“, což zkrátilo dobu léčby na, nyní standardní, čtyři hodiny třikrát týdně. To umožnilo zvýšit počet pacientů bez odpovídajícího nárůstu hemodialyzačních přístrojů. V této éře nefrologického ošetřovatelství byly také

používány nedokonalé dialyzátory, dialyzační jehly, katétrů a spojky do Scribnerových shuntů (24, 33, 35, 51, 52, 58, 67, 68).

1.2.2 Historie dialyzátorů

První dialyzátory v Československu byly cívkové, jejich kvalita a funkčnost byla odpovídající době. Zásadní problém související s cívkovými dialyzátory byl ten, že cívky velmi často praskaly, docházelo k úniku krve do dialyzačního roztoku (objem krve byl nejméně půl litru), a proto bylo zapotřebí aplikovat pacientům mnoho krevních transfuzí ke korekci krevních ztrát, které jim velmi znepríjemňovaly život. Rekombinantní erythropoetin vyráběný metodou genového inženýrství, kterým se v současnosti léčí anémie, ještě neexistoval. Kromě krevních ztrát z porušení celistvosti mimotělního okruhu byly časté i ztráty vlivem srážení krve v dialyzačních setech. První cívky si sestry navíjely na navíjecím zařízení samy, i když se dnes tato skutečnost zdá zcela absurdní. Sestra držela jádro dialyzační cívky, na níž navíjela dvě paralelní dialyzační hadice společně s pruhy bralenového pletiva. Cívkové dialyzátory se rozlišovaly na „cupro“ (méně propustné pro vodu) a „nephro“ (silně propustné – pro pacienty, kteří pili výrazně více tekutin, než jim bylo dovoleno). Stávalo se, že v zásobách byl jen jeden typ. Pokud byly jen cívky „nephro“, sestry nestačily „dolévat“ fyziologickým roztokem ty pacienty, kteří nevyžadovali ultrafiltraci. Naopak, pokud byly na oddělení jen cívky „cupro“, hyperhydratovaní pacienti zůstali na hranici plicního edému i po dialýze a do příští plánované procedury jim bylo ošetrovatelským personálem zdůrazněno striktní omezení přívodu tekutin. Ošetrovatelství se promítalo hlavně do napojování pacienta na „umělou ledvinu“, na jeho ošetřování v průběhu dialýzy, odběry krevních vzorků a spolupráci s laboratoří (24, 33, 35, 45, 52, 58, 67, 68, 70).

1.2.3 Vývoj dialyzačních jehel

V počátcích hemodialyzační léčby byla i jiná technika napojování pacientů na umělou ledvinu a hlavně nebyly dialyzační jehly různých typů, na které jsou sestry v současnosti zvyklé. Dialyzační jehly byly doslova vyráběny „na koleně“, nejprve se stříhaly z infuzních setů, později se používaly převážně jehly umělohmotné s firemním

označením „Flexülle“ nebo „Braunülle“. Unikátní bylo, že jehly pro odvádění krve do dialyzátoru si musely sestry perforovat před použitím. Velmi nevhodné bylo to, že jehly každého pacienta sestry sterilizovaly a uchovávaly pro další dialyzační proceduru. Nejhorší na celém procesu byl fakt, že nebyly pro jedno použití, ale používaly se do úplného zničení. Sterilizace jehel se prováděla 0,5 % roztokem Persterilu a následným uložením do roztoku Detergicidu. Skladování (uchování) jehel na oddělení bylo náročné, každý pacient měl pro „své“ jehly dvojí lahve se zmíněnými roztoky. Z dnešního pohledu situace zcela nevyhovující, ale v dané době to bylo jediné řešení. Vývoj a zkvalitnění dialyzátorů i dialyzačních jehel následovaly posléze kvalitativní změny v ošetrovatelské péči o hemodialyzované pacienty (46, 48).

1.2.4 Historický vývoj dialyzačního roztoku

Velkou úlohu v historii ošetrovatelských postupů sehrál i dialyzační roztok. Použití roztoku pro dialyzační léčení bylo pro sestru jednodušší, protože byl roztok pouze v jedné variantě. Tato „výhoda“ se však netýkala pacienta. Sestra ručně smíchala komponenty dialyzačního roztoku – práškový koncentrát solí s neupravenou vodou v centrální kádi o objemu 480 litrů umístěné o patro výše než dialyzační jednotka. Jedinou mechanizací byla skutečná vodní pádla, která sestrami míchání ulehčovala. Sestra změřila „konduktivitu“ (elektrickou vodivost) a poté se dialyzační roztok pustil potrubím k přístrojům a dialyzační procedura mohla začít. „Pikantní“ byla dialýza zvláště při mrazivých venkovních teplotách, kdy dialyzační roztok vedený potrubím zvenku přes balkony zamrzal. Sestry pak leckdy podávaly sportovní výkony při rozmrazování hadic zahřátými rouškami, aby se roztok stal tekutým. S odstupem času přišly na zdravotnický trh systémy s centrálním rozvodem - směšovače dialyzačního roztoku, které míchaly pro všechny napojené umělé ledviny v tzv. „bed-side kanystrech“ vodu, tehdy ještě pro potřeby dialýzy neupravenou, s dialyzačním koncentrátem. Mísíč byl tehdy mimořádný pokrok, avšak dnes si již neumíme představit, že všechny dialýzy musely probíhat ve stejný čas a všichni pacienti měli identické složení dialyzačního roztoku, pochopitelně acetátového, bez ohledu na jejich aktuální hodnoty kalia, natria i glykémie. Některá hemodialyzační střediska řešila

individualizaci roztoku jednotlivými navážkami – sáčky například s draslíkem. Dialyzační koncentráty pro jednotlivá dialyzační střediska připravovaly nejprve nemocniční lékárny, později s nárůstem spotřeby začala průmyslová výroba v podniku Imuna v Šarišských Michaľanech na Slovensku a ve firmě Medicamenta ve Vysokém Mýtě. Po roce 1989 vznikla firma Medites Pharma v Rožnově pod Radhoštěm, která kromě všech typů tekutých koncentrátů pro acetátovou a bikarbonátovou dialýzu začala koncem 90. let vyrábět jako první v České republice i kapsle se suchým práškovým bikarbonátem MediCart (33, 51, 58, 67).

1.2.5 Vývoj úpravy vody pro dialýzu

Mnohonásobně přísnější požadavky na kvalitu vody pro přípravu dialyzačního roztoku ve srovnání s požadavky na kvalitu pitné vody jsou dnes naprostou samozřejmostí. Na začátku 70. let ale představoval jedinou úpravu pitné vody malý filtr s fritovou svíčkou, používaný v tehdejší době ve fotolaboratořích. Prvními úpravami vody byly deionizační a demineralizační stanice DEMI PP 1000 firmy Kavalier Sázava, které ale nebyly běžným vybavením každého hemodialyzačního střediska. S touto výbavou došlo ke kvalitativnímu posunu používané vody pro dialýzu a tím i zlepšení péče o pacienta. Jako první zcela vymizely případy výskytu syndromu tvrdé vody (vysoká hladina vápníku v dialyzačním roztoku), u kterého bylo charakteristickým projevem zvracení pacientů. Dnes jsou všechna dialyzační pracoviště vybavena úpravou vody na principu reverzní osmózy, která dodává čistou vodu prakticky odpovídající vodě destilované (33).

1.2.6 Vývoj další zdravotnické techniky v nefrologii

Vývoj medicíny, ošetřovatelství a zdravotnické techniky v nefrologii nikdy nestagnoval, byl a je patrný na každém kroku. Posléze nastala i doba, kdy se do tehdejšího Československa dostávaly dialyzační monitory další generace. Jak zdravotnická technika přicházela, zvyšovala se i potřeba po vědění a hlubších znalostech nezbytných k obsluze, ale hlavně k ošetřování nemocných se selháním ledvin. Obsluha dialyzačních monitorů dalších generací vyžadovala od sester jistou

míru logiky, znalostí a dovedností. Vývojem prošly i dialyzátory, arteriální a venózní soupravy k hemodialýze, veškeré pomůcky nezbytné pro léčbu a ošetřování pacientů, speciální konvektivní techniky, laboratorní technika, koagulometry, biochemické analyzátory, informační systémy v oblasti nefrologie a dialýzy atd. To, co se v historických dobách dialýzy provádělo, by dnes v době akreditací, certifikací a směrnic Evropské unie bylo naprosto nepřijatelným a z právního hlediska krajně rizikovým „dobrodružstvím“ (33).

1.2.7 Hygienicko-epidemiologická opatření na nefrologických pracovištích

Hepatitida převážně typu B bývala v minulosti největším problémem nefrologické ošetrovatelství i přes veškerá hygienická opatření na dialyzačních jednotkách. Tato obrovská hrozba se týkala nejen dialyzovaných pacientů, ale i sester, lékařů a techniků. Mnoho z nich skončilo po těžkém průběhu v invalidním důchodu. První hygienicko-epidemiologické režimy pomáhali vytvořit sestřám lékaři-hygienici, mezi které patřil doktor Polanecký, bývalý hlavní hygienik hlavního města Prahy. Pomohl mimo jiné uplatnit a prosadit plošně dodatkovou – „infekční“ dovolenou na těchto pracovištích, ale hlavně utvořil taková pravidla, která se dala dodržovat, neboť znal provoz i z praktické stránky. V případě výskytu infekcí spolupracoval s hemodialyzačními jednotkami a prakticky fungoval jako antibiotický poradce. Jeho zásluhou byla zavedena vakcinace proti hepatitidě přípravkem Engerix B, zpočátku pouze pro zdravotnické pracovníky, a pravidelné preventivní odběry krevních vzorků na základní spektrum jaterních testů a markerů hepatitid. Až s postupem času se zaváděla vakcinace i u pacientů dle předepsaného schématu. Riziko hepatitidy výrazně ovlivnilo ošetrovatelství, zdokonalovaly se pracovní postupy, precizoval se hygienicko-epidemiologický režim a dialyzační jednotky se dostávaly do jednotnějších regulí. Současně se významně snížil i výskyt samotné hepatitidy (46, 48).

1.2.8 Cévní přístup pro hemodialýzu

Kvalita cévního přístupu pro hemodialyzační léčení byla v historii a zůstává i nadále nejdůležitější pro členy multioborového týmu, také výrazně ovlivňuje kvalitu indikované léčby a v neposlední řadě i života pacientů se selháním ledvin.

Nově zhotovená arteriovenózní fistule (AVF) se používá až po jejím „dozrání“, nejdříve za 6-8 týdnů po operaci. Z těchto důvodů je vhodná včasná indikace jejího vytvoření. Sesterská péče o cévní přístup zahrnuje: vizuální a palpační kontrolu cévního přístupu, volbu punkčních míst a napichování žebříčkovou, postupnou (sestupnou a vzestupnou) nebo knoflíčkovou metodou, rozpoznání a prevenci komplikací (infekce, steel syndrom, trombóza, stenóza, ruptura), hygienickou péči o cévní přístup, zákaz měření TK na končetině s A-V zkratem, neodebírání krve z pištěle, neaplikování nitrožilních injekcí a infuzí do shuntu, správné „odmačkávání“ po dialýze, sledování dynamických venózních tlaků třikrát v průběhu dialýzy (má význam pro zachycení stenózy v oblasti od venózní jehly k srdci). Ošetrovatelská péče dále zahrnuje edukaci pacienta v péči o cévní přístup. AVF se nesmí zaškrcovat (nelze na ní nosit hodinky, řemínky, těsné rukávy ani popruh těžšího zavazadla), na končetině se spojkou pacient nesmí spát, má ji chránit před poraněním a údery, denně kontrolovat funkčnost palpací v oblasti anastomózy i po celé délce pištěle, kdy se nahmatá vír nebo poslechem kontinuálního šelestu nad touto oblastí. Na většině pracovišť je zavedeno v rámci organizačního systému práce sester – systému primárních sester měření recirkulace a sledování průtoku krve u všech typů permanentních podkožních cévních přístupů (nativních arteriovenózních spojek i umělých cévních protéz Goretex) přístrojovou technikou dle možností jednotlivých dialyzačních středisek (21, 29, 33, 62).

1.2.9 Samoobslužná péče dialyzovaných pacientů

Při žádné jiné léčbě není do rukou pacienta – laika svěřen lékařský přístroj obdobné složitosti jako je „umělá ledvina“. Nepřekvapuje proto, že odvahu k jejímu zavedení v Československu našlo jen pár pracovišť, i když v 70. a 80. letech 20. století byla v některých zemích značně rozšířena. U počátků samoobslužné péče („self-care“), stejně tak jako u počátků peritoneálního dialyzačního programu, byla hlavním motivem

snaha co nejvíce rozšířit a využít kapacity pracovišť, tj. umožnit léčbu co nejvíce pacientům. Při tehdy obrovském nedostatku sester na dialyzačních jednotkách umožnil systém samoobslužné péče zvládnutí vysokého počtu dialýz připadajících na jednu sestru. Rozvoj samoobslužného programu i domácí hemodialýzy je velkou zásluhou především sester, které neúnavně a trpělivě pacienty zaučovaly. Jejich zásluhou se pro pacienty a jejich rodinné příslušníky v 70. a 80. letech minulého století organizovala nejrůznější setkání, školení, diskuse, debaty a společné výlety a v této tradici mnoho dialyzačních středisek pokračuje dodnes (35, 46).

Do výčtu historických mezníků nefrologického ošetřovatelství patří prvenství strahovského dialyzačního střediska, kde byla v roce 1975 zahájena nová éra v ošetřovatelství, kterou byla samoobslužná péče nemocných. Pacienti si některé nebo všechny úkony spojené s přípravou přístroje k dialýze, včetně zavádění jehel, i s vlastní procedurou dělali sami nebo jen s minimální účastí ošetřovatelského personálu. S novou situací se musely vyrovnat především sestry, protože se pacient přesouval ze zcela podřízeného a na zdravotnickém personálu závislého postavení do role spolupracovníka a odborného partnera. Sestry na sebe převzaly jiné (nové) povinnosti a kompetence. Samoobslužný systém v nemocnici plynule přešel pro některé pacienty v roce 1978 do domácí hemodialýzy (DHD). Také dialyzační středisko Nemocnice na Homolce mělo v 90. letech dva nebo tři pacienty na domácí hemodialýze. Návštěvní činnost sester v přirozeném prostředí nemocných zůstávala základním pojítkem s mateřským pracovištěm. Pro sestru a technika sice přinesla zátěž, ale také zamyšlení a motivaci nad novým přístupem k léčbě. Pravidla pro tento způsob léčby byla vytvořena po vzoru zemí, kde se domácí dialýza již prováděla. Společnými silami lékaře, technika a sestry bylo nezbytné přizpůsobit proceduru možnostem zdravotního stavu pacienta, přístupu rodinných příslušníků a poskytování péče v tehdejší Československu. V roce 2005 byl program DHD na strahovském pracovišti ukončen, přičemž nejdelší nepřerušované trvání domácí dialýzy bylo 21 let. Dnes víme, že dialýza prováděná v domácím prostředí jednoznačně znamená zvýšení kvality péče a životního komfortu pacienta (33, 35, 46, 58, 67, 70).

1.2.10 Historický vývoj peritoneální dialýzy

Svoji historii v Československu má i peritoneální dialýza (PD). Je výrazně kratší, než je tomu u hemodialýzy. Přitom první pokusy o klinické použití PD v zahraničí spadají do stejného období jako hemodialýzy. Její rychlý rozvoj v 50. a 60. letech minulého století a zejména rychle rostoucí účinnost hemodialyzátorů odsunula PD dočasně do pozadí. I zde mají sestry svoji významnou a specifickou roli, a to od vzniku této alternativní dialyzační techniky. Podmínky, ve kterých se s jednoduchými pomůckami peritoneální dialýza prováděla, mohou zdát velice nepravděpodobné až nemožné. Absence nejen pomůcek, ale i základní výbavy k léčbě nemocných, byla výrazná. Nebyly vaky pro jednorázové použití, pouze infuzní láhve, které se ohřívaly v hrnci. Největším problémem byla sterilizace roztoku pro peritoneální dialýzu a to vše se odráželo v nízké kvalitě léčby a ošetřování nemocných.

První intermitentní peritoneální dialýza v léčbě náhlého selhání ledvin byla provedena docentem Jirkou v první polovině šedesátých let v Ústavu pro choroby oběhu krevního (ÚCHOK) v Praze - Krči. Prováděná intermitentní varianta svou účinností nemohla extrakorporální hemodialýze konkurovat. Zlomem v peritoneální dialýze byl rok 1976, kdy v USA lékaři Popovich, nejprve teoretickým výpočtem, a Moncrief následně i v klinických zkouškách, prokázali funkčnost extrémně jednoduchého postupu, který nazvali kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD). Jednalo se o první výlučně domácí typ léčby chronického selhání ledvin. Již dva roky nato byla chronická peritoneální dialýza profesorem Válkem a doktorem Kuklíkem zavedena na Strahově jako prvním pracovišti nejen v tehdejší Československu, ale i v zemích východního bloku. Zprvu se jednalo o intermitentní léčbu za hospitalizace, s výplachy po dobu například 24 až 48 hodin, obvykle ve dvouhodinových intervalech. Pracovalo se s dialyzačními roztoky připravovanými v lékárně v litrových lahvích jako magistraliter, protože plastové vaky s dialyzačním roztokem, které se v současnosti používají, v tehdejší Československé republice nebyly dostupné. Dialyzát se vypouštěl do skleněného džbánu a vyléval do toalety. Takto CAPD prováděli pacienti v domácím prostředí až do roku 1983. Peritonitida nebyla žádnou zvláštností (během jedné výměny musel pacient čtyřikrát přepichovat set do lahve) a právě kvůli jejímu vysokému

výskytu byl nakonec program domácí CAPD s používáním lahví ukončen a pacienti převedeni do programu chronické intermitentní peritoneální dialýzy, prováděné podobně jako hemodialýzy v nemocnici 3x týdně, ale po dobu 12 hodin a s krátkými časy výměn. V této podobě byla peritoneální dialýza na Strahově používána až do konce roku 1991. Jakmile se po roce 1990 staly dostupnými roztoky ve vacích (nejprve „jednovaky“, od roku 1992 dodnes používané „dvojvaky“), vrátilo se pracoviště k CAPD. V první polovině 80. let pořídilo pracoviště první cykler pro provádění automatické peritoneální dialýzy (APD). Teprve pozdější typy cyklerů, které již místo opakovaně plněných kanystrů používaly jednorázové vaky, umožnily zavedení kontinuální cyklické peritoneální dialýze (CCPD), resp. noční intermitentní peritoneální dialýze (NIPD) jako plnohodnotné alternativy k hemodialýze i CAPD. První pacient byl v režimu CCPD léčen již na přelomu 70. a 80. let cyklerem PD-10 firmy Gambro, u kterého se roztoky plnily do sterilizovaných kanystrů. Dlouhodoběji byl v domácím prostředí používán bezpumpový kanadský cykler Medionics. Později byla CCPD prováděna v domácím i nemocničním prostředí se cyklery firem Gambro, Baxter a Fresenius. V současné době jsou rutinně používány cyklery firmy Baxter s paměťovými kartami.

Od zavedení CAPD mělo každé pracoviště vyčleněnu „peritoneální“ sestru pro program PD a edukaci pacientů. Od té „strahovské“ se učily sestry z ostatních dialyzačních pracovišť, které po vzoru tohoto pracoviště program peritoneální dialýzy zaváděly. U pacientů přicházejících do chronického programu PD se mimo strahovské pracoviště zaváděly pouze peritoneální katétry. Veškerou další péči o pacienta včetně jeho edukace již zajišťovalo pracoviště na Strahově, a to jak pro vlastní pacienty, tak pacienty z jiných středisek a do konce roku 1992 i pro nemocné z pracovišť slovenských. Od počátku 80. let začala edukaci svých pacientů už postupně provádět další dialyzační střediska, zejména v Hradci Králové (1985), v Brně (1984/1985), Plzni (1992), na Slovensku v Košicích a jinde. Akutní program PD byl prováděn především u pacientů s krvácivými stavy, pro které byla příliš riziková heparinizace potřebná při běžné hemodialýze. Katétry u těchto pacientů se zaváděly punkčně naslepo a byly odlišné od katétrů pro chronickou PD.

Metoda je v současné době na nefrologických pracovištích nabízena nově zařazovaným pacientům s chronickým selháním ledvin jako rovnocenná alternativa k hemodialýze a volba metody se děje v úzké spolupráci lékaře, „peritoneální“ sestry a klinického psychologa se samotným pacientem (24, 31, 33, 35, 40, 45, 51, 58, 59, 60).

1.3 Historie vzdělávání „nefrologických“ sester

Vzdělávání sester v České republice má dlouholetou tradici. S rostoucími možnostmi dialyzovat více nemocných, kteří tuto léčebnou metodu potřebují, a se stoupajícím počtem dialyzačních pracovišť stoupala i potřeba kvalitně připravených sester, které se na výsledcích léčby spolu s lékaři podílejí. Sestry pracující na dialýzách samy vždy cítily potřebu prohlubovat své odborné znalosti a získávat praktické dovednosti. Byly iniciátorkami mnoha vzdělávacích aktivit a výměnných stáží. Přípravu „nefrologických“ sester z celé republiky včetně Slovenska zajišťovaly obvykle dříve vzniklé hemodialyzační jednotky v rámci fakultních nemocnic, s největšími zkušenostmi v oboru. Zaškolení poskytovala střediska v Praze (II. interní klinika VFN, detašované pracoviště VFN v Praze na Strahově, IKEM), Ostravě, Olomouci, Hradci Králové, Plzni, v Brně a Českých Budějovicích (46, 48).

1.3.1 Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

Aktivity sester vyústily do prvního celostátního kurzu s názvem „Tematický kurz v problematice práce sestry na dialyzační jednotce“, který byl organizován v roce 1978 tehdeším Institutem pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (IDVPZ) v Brně. Z institutu vzniklo v roce 2003 Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Hlavním iniciátorem a organizátorem kurzu byl Petr Svačina, lékař z hemodialyzačního pracoviště II. interní kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. V kurzu přednášeli nejen přední odborníci v nefrologii, ale na teoretické i praktické výuce se také podílely sestry. Sestry – učitelky z IDVPZ se tehdy postaraly o další všeobecné vzdělání v oboru ošetřovatelství. Z dnešního pohledu byl tento kurz jedinečný, byly v něm podány ucelené informace prvním „nefrologickým“ sestrám. Kurzy se zkvalitňovaly a opakovaly v nepravidelných

intervalech a zároveň narůstala potřeba kurzů inovačních. Tvořila se rovněž i základna pro první manažerské vzdělávání vrchních a staničních sester. Na kurzech pro vedoucí sestry se podílely a přednášely sestry – instruktorky ze studijního oddělení Pražského zdravotnictví (46, 48, 27, 28).

Pozitivní a vůdčí úlohu již tenkrát měla sestra Marta Bašná, provdaná Staňková, nejvýznamnější osobnost českého ošetrovatelství (65). Uměla velice mistrně propojit teoretické vědomosti s praktickými potřebami a ovlivnila svým přístupem posluchačky těchto prvních kurzů. Absolventky – vedoucí sestry z nefrologických oddělení tak měly možnost uplatnit získané manažerské vědomosti na svých pracovištích. Rostla i potřeba samostatného specializačního vzdělávání v nefrologickém ošetrovatelství, které neexistovalo. Vytvořena byla specializace v oboru „Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče“ (ARIP). Toto specializační vzdělávání dodalo svým absolventkám vědomosti i praktické dovednosti v oborech intenzivní péče, avšak nefrologické problematiky v něm bylo obsaženo velmi málo. K zahájení a uskutečnění pomaturitního specializačního studia (PSS) nefrologického zaměření bylo zapotřebí zjistit priority, najít odborníky, kteří by byli ochotni napsat první učebnici pro sestry a v další fázi recenzenty. Díky mnohým nadšencům se v roce 1991 otevřelo první specializační studium v úseku práce „Nefrologie“. V roce 1995 došlo ke změně názvu na pomaturitní specializační vzdělávání v úseku práce „Intenzivní péče v nefrologii“. Za kolektiv autorů učebnice „Nefrologie pro sestry“ je důležité zmínit profesora Schůcka (26, 27, 28, 46, 48, 61).

Vzdělávání nejen sester, ale všech zdravotnických pracovníků, bylo vždy řízeno zákonem. Povinností sester dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a jeho prováděcích předpisů, především vyhlášky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a směrnice č. 10, bylo celoživotní vzdělávání, pouze kvalifikační předpoklady pro výkon činnosti sestry byly odlišné, jak je tomu dnes. Dne 1. dubna 2004 vstoupil z důvodu přistoupení České republiky k Evropské unii (EU) v platnost zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých

souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, který posunul ošetrovatelství kupředu v souladu s implementací požadavků EU. Jasně stanovuje podmínky získání kvalifikace pro jednotlivá nelékařská zdravotnická povolání a zároveň upravuje i celoživotní vzdělávání sester, jeho formy i pro sestry pracující v nefrologii. Další podmínkou pro samostatné vykonávání práce je též získání registrace nelékařských zdravotnických pracovníků ve formě Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Důvodem tzv. „registrace“ je zajištění vysoké úrovně poskytování zdravotní péče a zabezpečení volného pohybu a uznání profesního vzdělání pro výkon povolání v zemích EU, což platí pro všechny nelékařské obory, taktéž i pro sestry pracující na hemodialyzačním oddělení. I zrušeným Nařízením vlády č. 463/2004 Sb. a od 18. února 2010 platným Nařízením vlády č. 31/2010 Sb., kterými se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, nastaly změny v oborech specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Specializační studium pro „nefrologické“ sestry zaznamenává také transformaci. Specializovanou způsobilost v oboru je možné získat pouze absolvováním specializačních vzdělávacích programů akreditovaných Ministerstvem zdravotnictví České republiky (42, 43, 46, 48, 71).

1.3.2 Vliv profesní organizace na vzdělávání „nefrologických“ sester

Na vzdělávání sester v nefrologii měla v 70. a 80. letech minulého století rovněž značný podíl i nefrologická sekce tehdejší České společnosti sester svými aktivitami. Ať už to byly první semináře, pracovní dny, sympózia, podíl na konferencích nebo konference a kongresy samotné. Za celé období své činnosti odvedla ČSS obrovský kus práce. Podíl na profesním životě a na odborném ošetrovatelství mělo mnoho sesterských osobností, ale srdcem celé organizace byla bezpochyby vědecká sekretářka paní Květa Musilová. Po sametové revoluci v roce 1989 vznikaly další profesní organizace, jako je současná Česká asociace sester nebo Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska (POUZP). Proto po letech fungování vedle sebe se v roce 2000 Česká asociace sester sloučila s Českou společností sester a stala se tak nejsilnější profesní organizací. Vytváří strategické cíle, mapuje současné potřeby a důležitý je fakt,

že se aktivně podílí na evropském ošetřovatelství svým členstvím v ICN (Mezinárodní rada sester), EFN (Evropská federace sester) a dalších profesních sdruženích (3, 26, 28, 46).

1.3.2.1 European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

Z hlediska vzdělávání sester v nefrologickém ošetřovatelství je velmi pozitivní členství nefrologické sekce ČAS v European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester/Evropská asociace renální péče byla založena v roce 1971 „nefrologickými“ sestrami ve Velké Británii. Do mezinárodních odborných aktivit se československé sestry a technici začali poprvé zapojovat po společném pražském 17. kongresu European Dialysis & Transplant Association (EDTA) a 9. konferenci EDTNA/ERCA v roce 1980. Zpočátku ve velmi omezeném počtu z důvodu tehdejší politické situace, která neumožňovala intenzivní spolupráci se zahraničními nefrologickými pracovišti. S pádem komunismu v roce 1989 se otevřely sestram a technikům nové obzory a členská základna asociace se začala rozšiřovat. V současné době má více jak 3000 členů ze 65 zemí světa. Českou republiku zastupuje více jak 200 členů, což jí zaručuje prvenství mezi zeměmi centrální Evropy.

Ve svých aktivitách se EDTNA/ERCA zaměřuje na zvyšování kvality nefrologické péče a zajištění profesní odborné úrovně svých členů prostřednictvím vzdělávání, tvorby a aktualizace nefrologických norem a standardů a realizace výzkumných projektů. V souladu s tím v roce 1992 asociace vydala „Evropské učební osnovy pro specializační kurz ošetřovatelské péče v nefrologii“ a „Evropské normy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi“, které měly sloužit jako výukový rámec pomaturitního specializačního vzdělávání v nefrologii, být stimulem pro další vývoj již existujících kurzů v některých evropských zemích. Dále měly poskytnout celkový přehled nároků nefrologické specializace, zvyšovat osobní i profesionální způsobilost sester v oboru a vést k zajištění a zlepšování kvality ošetřovatelské péče v nefrologii. Oba významné dokumenty vytvořily základní normativní rámec ošetřovatelské péče

v nefrologii. Řada českých nefrologických pracovišť přispěla k mimořádnému úspěchu výzkumných projektů asociace, z kterých nejzásadnějším byl EPD projekt (European Practise Database = Evropský přehled klinické a organizační praxe v nefrologii 2002-2003). Na základě iniciativy EDTNA/ERCA Interest Group vznikla v roce 2007 publikace „Chronické onemocnění ledvin (CKD). Stadia 1-3. Úvod do klinické praxe.“ (8, 26, 27, 28, 30, 34, 44, 46, 49, 64, 69).

1.4 Ošetrovatelská péče o dialyzovaného pacienta

Práce na hemodialyzačním oddělení patří i dnes mezi mimořádné způsoby léčby, kdy mezi samotného pacienta a ošetrovatelský tým se „vsouvá“ život zachraňující přístroj, který se nazývá „umělá ledvina“. Tato léčba přináší sestřím svá specifika ve dvou základních sférách, kam patří ošetrovatelská a psychosociální péče. Za kvalitu dialyzační léčby odpovídá lékař. Nejbližší nemocnému je však sestra, která provádí dialyzační proceduru podle indikace lékaře a nese za ní velkou odpovědnost. Taktiku dialýzy určuje lékař – je to individuální doporučení pro dialýzu jednotlivých pacientů a náleží k ní počet dialýz týdně, délka dialýzy, průtok krve, typ dialyzátoru (typ membrány, velikost plochy), složení dialyzačního roztoku, typ antikoagulace, jeho dávka a způsob podání (kontinuální, intermitentní). Dále volba bezheparinové nebo citrátové dialýzy, velikost „ultrafiltrace“ (UF), technika punkce fistule, „suchá“ hmotnost pacienta, terapie během procesu dialýzy, atd. Dobře dialyzovaný pacient je takový, který nemá komplikace v dialyzačním programu, cítí se v dobré pohodě a je schopen „vést svůj nový život“ jako před onemocněním (51).

1.4.1 Ošetrovatelská péče o pacienta při akutní hemodialýze

Indikací k akutní dialýze je hyperkalémie ($>6,5$ mmol/l), acidóza, hyperhydratace a hodnoty urey nad 30 mmol/l. Indikace je tím naléhavější, čím více jednotlivých faktorů je přítomno. Taktika dialýzy u akutních pacientů je náročnější, protože nemocní jsou v těžkém stavu s celou řadou nejrůznějších komplikací (bezvědomí, umělá plicní ventilace, poruchy srdečního rytmu, krvácivé projevy a jiné) a je nutné přihlídnout i k základní příčině selhání ledvin. Nemocný s akutním selháním ledvin je nejčastěji

přijímán na jednotku intenzivní metabolické péče (JIMP) nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Vyžaduje intenzivní sledování, monitorování stavu a intenzivní ošetrovatelskou péči, kterou provádějí sestry se specializovanou způsobilostí. Při akutní dialýze sestra připraví nemocného ke katetrizaci centrální žíly, sterilní stolek a asistuje lékaři při tomto výkonu. Komplikace při akutní dialýze mohou být neočekávané a závažné, proto je pacient náležitě informován lékařem o možných komplikacích v průběhu léčby, jakými jsou „first use syndrome“ (FUS), arytmie, hypotenze, krvácení kolem centrálního žilního katétru a disekvilibrační syndrom. Dialyzátor stejně jako složení dialyzačního roztoku určí lékař při taktice dialýzy, také aplikaci léků a odběry biologického materiálu před, během a po výkonu. Sestra připraví dialyzační monitor, další potřebné pomůcky k akutní dialyzační proceduře a napojí nemocného na přístroj. Nastaví na něm ordinované parametry dialýzy. Dialýza musí být šetrná, trvá 2-2,5 hodiny. Při vysokých vstupních hodnotách urey se volí tzv. „pomalá“ dialýza, kdy krevní průtok se pohybuje mezi 100-150 ml/min a obdobně se snižuje i průtok dialyzačního roztoku na 100-300 ml/min. U nemocných s akutním selháním ledvin bývá přítomen velký katabolismus a často hyperhydratace, proto se preferují denní dialýzy a jejich délka se postupně zvyšuje až na 4 hodiny. Sestra informuje lékaře o celkovém stavu pacienta v průběhu dialýzy a o případném výskytu komplikací. Dialýzu ukončí pomalým průtokem po uplynutí stanoveného času za aseptických podmínek a odpojí nemocného z mimotělního oběhu. Ošetří centrální žilní katétr a zaznamená do dokumentace všechny potřebné údaje (21, 31, 40, 51, 58, 62, 67).

1.4.2 Ošetrovatelské péče o pacienta při zahájení chronické hemodialýzy

Dialýza u pacientů s chronickým selháním ledvin se zahajuje včas, když pacient nemá uremické příznaky, většinou při poklesu glomerulární filtrace (GF) pod 0,17 ml/s a při hodnotě sérového kreatininu nad 500 $\mu\text{mol/l}$, což je i doporučení britské Renal Association. Podle evropských doporučení – European Best Practice Guidelines for Haemodialysis (EBPG) je dialyzační léčba zahajována i dříve, při poklesu GF pod 0,25 ml/s, jestliže se současně vyskytuje jeden nebo více uremických symptomů nebo již nelze účinně kontrolovat hypertenzi a hydrataci anebo dochází k rychlému

zhoršování nutričního stavu. Nicméně nelze se jednoznačně držet jen doporučených „čísel“, nýbrž je nutné přihlídnout jak k celkovému stavu pacienta a kvalitě jeho života, tak i k jeho přání (např. oddálení dialyzační léčby, nižší frekvence HD). U pacientů s diagnózou diabetes mellitus se doporučuje včasější zahájení, protože z něj mívají větší profit.

Do chronického hemodialyzačního programu přichází pacient obvykle z nefrologické poradny, ve které je lékařem při pravidelných návštěvách informován o průběhu svého onemocnění. Na zvolenou metodu léčby chronického selhání ledvin je soustavně připravován také klinickým psychologem. Před zahájením první dialýzy má nemocný ve většině případů zaveden kvalitní a trvalý cévní přístup, je očkován proti hepatitidě typu B a podrobně informován o aspektech tohoto způsobu léčby. Informace se týkají délky a frekvence léčebné procedury, komplikací léčby, možností dopravy atd. Ústní podání informací se doplňují i písemným materiálem (letáky, brožury) a doporučuje se návštěva hemodialyzačního střediska, ve kterém bude pacient léčen a svůj souhlas k léčbě potvrdí podpisem na formuláři „Informovaný souhlas“. Pro takového pacienta je příchod do dialyzačního programu jednodušší než pro pacienta „z ulice“.

V České republice přichází ročně do chronického programu $\frac{1}{3}$ pacientů „z ulice“, tj. bez trvalého cévního přístupu, více než polovina nemocných jsou věkově starší a diabetici. U těchto pacientů se zavádí tzv. dočasný cévní přístup jako „předkolo“ trvalého, pro nějž je nutné se rozhodnout záhy - na výběr je permanentní žilní katétr (permcath) nebo arteriovenózní fistule s použitím vlastního žilního systému nebo umělých cévních štěpů. Pro zavedení centrálního žilního katétru klasickou Seldingerovou metodou se volí snadno přístupná žíla s dostatečným průtokem krve, v současnosti nejčastěji vena jugularis interna. Volí se double-lumen katétr, kdy v jednom katétru jsou dvě cesty potřebné k efektivní dialyzační proceduře.

Vlastní péče o pacienta začíná jeho příchodem na dialyzační pokoj nebo sál, kde je pro něj připravený přístroj k léčbě „umělou ledvinou“. Povinností sestry je změření fyziologických funkcí, zjištění tělesné hmotnosti (predialyzační váha pacienta) a tedy i mezidialyzačního váhového přírůstku. Jde-li o komplikovaného nemocného, provede

i další ordinované výkony. Všechny údaje se zaznamenávají do dialyzačního protokolu. Sestra připraví pacienta na šetrnou punkci píštěle nebo napojení na centrální žilní katétr. Zahájení dialýzy spočívá v aseptickém připojení dialyzačních jehel nebo ramének žilního katétru k arteriálnímu a venóznímu dialyzačnímu setu a spuštění krevní pumpy. Poté, co sestra zahájí hemodialýzu, aplikuje pacientovi předepsanou optimální dávku antikoagulační látky, aby se zabránilo srážení krve v dialyzačním setu a dialyzátoru. Nastaví ordinované parametry dialýzy na dialyzačním monitoru dle individuálního předpisu pro dialýzu, který se aktuálně upravuje po vyhodnocení měsíčních laboratorních hodnot, ukazatelů efektivnosti dialýzy a pacientova celkového stavu. Při první dialýze, ale i v průběhu následujících procedur a dále dle potřeb nemocného sestra edukuje o možných komplikacích terapie. Standardní dialyzační „předpis“ je zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace a určuje průtok krve, průtok dialyzačního roztoku, typ dialyzátoru včetně jeho šarže, typ dialyzačního roztoku, způsob a dávky antikoagulace, velikost „ultrafiltrace“ (UF) a stanovenou „suchou“ váhu, typ cévního přístupu, preskripci léků během HD a po ní, ale i v mezidialyzačním intervalu. Plán laboratorních odběrů na nejrůznější vyšetření je v dialyzačním protokolu rovněž uveden, stejně jako plánovaná diagnostická a terapeutická vyšetření. Během hemodialýzy, před ukončením a po proceduře sestra provádí kontrolu fyziologických funkcí. Plní ordinace, které jsou součástí plánu ošetrovatelské péče o pacienta, a údaje zaznamená do dokumentace nemocného. Sestra pracující na dialyzační jednotce musí být vyškolená pro řešení náhle vzniklých komplikací ještě před příchodem lékaře. Po ukončení plánovaného času dialyzační procedury sestra provede odpojení nemocného od dialyzačního přístroje. Šetrně odstraní jehly z píštěle s následnou ruční kompresí místa vpichů za aseptických podmínek, případně s použitím speciálních kompresivních kleští, nebo uzavře centrální žilní katétr dle vypracovaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče příslušným zdravotnickým zařízením. Po každé dialyzační proceduře je úkolem sestry dezinfekce dialyzačního přístroje dle doporučení výrobce a zdravotnického zařízení a jeho příprava k dalšímu použití (14, 21, 24, 29, 31, 40, 48, 51, 58).

1.4.3 Péče o potřeby chronicky dialyzovaného pacienta

Ošetrovatelská péče o pacienty léčené hemodialýzou je poskytována na dialyzačních střediscích metodou ošetrovatelského procesu. Sestry pracující v multidisciplinárním týmu poskytují skupinovou péči pacientům na jednotlivých dialyzačních pokojích nebo sálech. Skupinová péče se zároveň prolíná se systémem primární péče, kdy každá ze sester má trvale přiděleno několik pacientů, u kterých sleduje předem dané parametry dialýzy, vyhledává a uspokojuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocných. Zajímá se o jejich aktuální i potenciální ošetrovatelské problémy a společně s pacientem a ostatními členy týmu je řeší a hodnotí jak v krátkodobém, tak i dlouhodobém časovém horizontu. Tímto způsobem je zajištěna aktivní, individualizovaná a citlivá péče vůči kulturním aspektům každého pacienta zařazeného v pravidelném dialyzačně-transplantačním programu. Při poskytování ošetrovatelské péče na základě nejnovějších vědeckých poznatků jsou respektována všechna práva pacientů (4, 5, 6, 54).

„Život s umělou ledvinou má své zákony, své jistoty, své naděje stejně jako svá úskalí a své problémy – pro nemocného, pro členy jeho rodiny, pro přátele a spolupracovníky a v neposlední řadě také pro ošetřující personál“ (12, str. 95). Pacient se musí potýkat s celou řadou zdravotních důsledků, souvisejících buď přímo či nepřímo s jeho chorobou. Jedná se například o zvýšený krevní tlak, „převodnění“ organismu, vzestup hladiny iontů v krvi, chudokrevnost, poškození kostí, brnění končetin, pálení očí, nespavost. Hromadění zplodin látkového metabolismu má za následek nevolnost, zvracení, zvýšenou únavu, poruchy vědomí až poškození dalších orgánů. Dodržování dietního režimu je důležitou součástí dialyzační léčby. Dieta dialyzovaných nemocných musí na jedné straně respektovat určitá omezení (snížený příjem fosforu, draslíku, solí, tekutin, u diabetiků i sacharidů), na straně druhé zajišťovat dostatek energie a látek potřebných pro látkovou výměnu organismu (větší příjem bílkovin a kalorií). Příklad příjem tekutin je omezen u anurických nemocných na 300-500 ml/den, u ostatních je příjem závislý na velikosti diurézy (37, 56, 58, 67).

Přestože je selhání ledvin primárně fyziologická záležitost, na člověka, kterého postihne, má obrovský dopad v rovině psychické. Zjistí-li člověk, že se jeho zdravotní

stav mění k horšímu, objeví se u něj obavy o zdraví. Obavy o to, co bude jeho nemocí postiženo, jaké důsledky bude mít nemoc pro jeho nejbližší – pro životního partnera, pro děti či rodiče. Často jde i o obavy z fyzické bolesti a v některých případech i obavy nejtěžší – obavy o vlastní život. Často se mění pacientovi způsoby chování, způsob i obsah mluvy, způsoby jeho jednání s ostatními lidmi. Mezi nepříjemné důsledky změn zdravotního stavu směrem k horšímu počítáme změny vztahu pacienta k sobě samému. Mění svůj obraz sebe sama. Dochází k negativním změnám v sebeúctě, sebehodnocení, ke snížení sebevědomí. Mnohdy se musí vzdát svých koníčků a zálib, dochází ke změnám v kvalitě a kvantitě výkonu, v životním rytmu, s nastupující nejistotou dochází ke změnám v citovém stavu, v jeho sociální situaci. U dialyzovaných pacientů se velice často setkáváme se strachem, úzkostí a depresemi. Deprese nebo agresivní chování může u nemocných vycházet z celé řady ztrát, které pro ně zařazení do dialyzačního programu znamená. Také sexuální život a funkce se mohou při chronickém selhání ledvin a následně dialyzační léčbě výrazně zhoršit, a to u mužů i žen. Narušeny jsou rovněž reprodukční funkce (7, 12, 31, 51, 58, 67, 72, 73).

Mezi stresory, které doprovází hemodialýzu, patří častý kontakt s dialyzačním střediskem, personálem a ostatními pacienty. Dále jsou to podřízení se dialyzačnímu režimu, závislost na dialyzačním přístroji i personálu, často svízelná doprava na dialyzační středisko, bolest při „napichování“ i kontakt s utrpením ostatních nemocných. Pro někoho je také velmi stresující nepředvídatelnost komplikací při hemodialýze a to, že má jako pacient jen velmi malý vliv na průběh dění při dialýze. Proto členové ošetrovatelského týmu svojí vysokou erudicí, vlídným a „lidským“ přístupem vytvářejí „domácké“ prostředí a pomáhají nemocným lépe snášet náročnost léčby, tělesné omezení, psychické vyčerpání, sociální odlišnosti. Pacienti se tak snadněji smiřují se svým osudem. Ideální situací je, pokud klinický psycholog, sociální pracovník a nutriční terapeut jsou členy dialyzačního kolektivu a mohou tak navázat spolupráci s pacienty a jejich rodinou již v predialyzačním období a plynule pokračovat v průběhu dialyzační léčby. Důležité je také informovat o patientské organizaci, která již 20 let sdružuje dialyzované a transplantované nemocné, jejich rodinné příslušníky

a přátele dialýzy, prostřednictvím které mohou získat mnoho dalších cenných informací a rad (7, 12, 15, 19, 72, 73).

1.4.4 Další specifika ošetrovatelské péče v nefrologii

Vzhledem k faktu, že sestry využívají různé formy celoživotního vzdělávání, jsou schopny na všech dialyzačních jednotkách správně a účelně používat nejmodernější dialyzační technologie, pomůcky a materiály, často jim není cizí ani ekonomika dialyzačního provozu. Práce a ošetrovatelská péče „nefrologických“ sester má svá specifika. Prvním z nich je perfektní ovládnutí dialyzační techniky. Ve snaze poskytnout co nejkomplexnější péči při co nejmenší zátěži pacienta, se množství vyšetření provádí přímo při dialýze tzv. bed-side monitoringem. Sestry sledují změny tělesného objemu během procedury, provádí měření recirkulace a průtoku krve fistulí i permanentních žilních katétrů několika způsoby. V kompetencích „nefrologických“ sester je také okamžité orientační vyhodnocení výsledků měřené recirkulace, dávkování heparinu dle aktuálních hodnot aktivovaného srážecího času, taktika vedení akutní, chronické, bezheparinové nebo citrátové dialýzy. Mimo standardní hemodialyzační program se poskytuje péče i nemocným s AIDS, MRSA, VRSA, lidem bez domova a vězňům. K vybavení dialyzačních pracovišť patří i zákrokový sál pro menší invazivní výkony, jako je například katetrizace centrálních žil, hrudní a abdominální punkce nebo kostní biopsie. Všechny sestry musí bezpodmínečně ovládat přípravu a asistenci při uvedených výkonech. Dalším specifikem je účast sester na klinických výzkumech, studiích, a to jak lékových, technických, tak i projektech týkajících se ošetrovatelství nejen u nás, ale i v Evropě (2, 13, 21, 31, 35, 58).

1.5 Kvalita ošetrovatelské péče

Cílem moderního ošetrovatelství je poskytování kvalitní, vědecky fundované, vysoce humánní a bezpečné ošetrovatelské péče erudovaným multidisciplinárním týmem. Potřeba definovat a vyhodnocovat kvalitu ošetrovatelské péče je přirozeným důsledkem profesionálního růstu této péče a patří také k hlavním prioritám Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci „Projektu kvality zdravotní péče a bezpečnosti

pacientů“. Základním pilířem při zavádění a podpoře programu je zlepšování kvality poskytované péče a redukce rizik pro pacienty a zdravotnický personál v ambulantních a ústavních zdravotnických zařízeních. Kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, technik a pracovních postupů, ale v moderním kontextu je vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s organizační kulturou. Závisí také na faktorech, jako jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje. Kvalita je především „dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“ (5, 53, 63).

1.5.1 Program kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče

Koncepci programu kontinuálního zvyšování kvality, který je základním stavebním blokem akreditací, vyjadřuje jednoduchý 4 P model ve smyslu určení změn důležitých pro oddělení a pacienty (Plánujte), zvolení způsobu, jak je zavést (Proveďte), měření a vyhodnocení (Překontrolujte) a přemýšlení o dalším zlepšení (Pokračujte). Kvalita v kontextu programu kontinuálního zvyšování je komplexní pojem a má celou řadu dimenzí. Její multidimenzialita spočívá v bezpečnosti, přijatelnosti, efektivnosti a vhodnosti péče, v kompetencích každého jednotlivce poskytujícího péči. Mezi kritéria, podle kterých se kvalita péče dále hodnotí, patří ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost při poskytování ošetrovatelské péče. Program kontinuálního zvyšování kvality má čtyři důležité elementy – metodologii, nástroje, techniky a intenzivní výuku. Pro úspěšnou implementaci tohoto programu v rámci zdravotnického zařízení je nutné pochopení této filozofie managementem i zaměstnanci, procesního řízení, konceptu klienta, strategie řešení problémů, firemní kultury a vlastního systému zdravotnického zařízení. Oddělení se zavedeným programem kontinuálního zvyšování kvality podporuje uspokojování potřeb a očekávání pacienta a překonává jeho očekávání s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče (5, 36, 63).

1.5.2 Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče

Nejen ve vyspělých zemích by mělo být samozřejmostí, že pacienti a plátcí (pojišťovny) očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Očekává se od nich také předložení důkazů o kvalitě jimi poskytované léčebné a ošetrovatelské péče. Proto je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, a většina zemí má své vlastní systémy standardizace. Narůstající fenomén globalizace ale vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni. Rozlišujeme 4 základní kategorie systémových modelů kvality a jsou to modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci – ISO), modely národních a nadnárodních akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK-ČR), dále modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA) a nakonec modely excelence – světové ceny za kvalitu (M. Baldrige, EFQM, Six Sigma) (63).

1.5.3 Indikátory kvality

Smysluplné sledování indikátorů kvality a kompetentní intervence vedoucí k pozitivní změně zařízení je integrovanou součástí všech systémových modelů zabývajících se rozvojem řízení kvality. Jednou z dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování. „Co nelze měřit, neexistuje,“ říká W. Edwards Deming, otec programu kontinuálního zvyšování kvality. V programu zvyšování kvality existují čtyři zdroje dat, pomocí kterých můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče nebo jiných služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením. Jedná se o informace získané od pacientů a jiných interních nebo externích klientů, externích odborníků, auditů a indikátorů kvality. Z uvedených čtyř zdrojů jsou audity a indikátory kvality užívány nejčastěji, externí odborníci jsou nejvíce autoritativní, zatímco pacienti a jiní klienti nejméně objektivní.

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo těchto norem

dosaženo. Obecně lze říci, že indikátor kvality péče je kvantita, která nám něco říká o kvalitě. Jde tedy o číslo nebo procento. Indikátor může být zaměřen na negativní nebo pozitivní jevy, například počet pádů či dekubitů nebo počet pochval od pacientů za sledované období. Může být orientován na sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Při poskytování péče můžeme indikátory chápat jako stav procesu nebo výsledku zdravotní péče, který nám signalizuje a oznamuje, zda jsme zvolili správné a odpovídající intervence. Indikátory lze rozdělit do dvou skupin – indikátory vztahu/poměru (poměrové) a strážní (sentinelové) indikátory kvality vztahující se převážně na mimořádné události. Při určování, sestrojování nebo výběru indikátorů kvality pro konkrétní oddělení je vhodné využít audit ošetrovací jednotky nebo ošetrovatelské dokumentace nebo formální proces vytvoření indikátorů „na míru.“ K výběru nejlepších indikátorů můžeme použít následujících kritérií, jakými jsou důležitost, validita a senzitivita dat a také profesionální respekt. Výsledek indikátoru kvality je zapotřebí zasadit do specifického, numerického strukturalizovaného kontextu, který nám umožňuje porovnat „něco s něčím“. Bez tohoto kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne prostředkem rozvíjení kvality. Indikátory kvality mohou být zaměřeny jak na ošetrovatelskou, tak na léčebnou péči (5, 9, 20, 53, 54, 63).

Americká ošetrovatelská asociace (American Nurses Association – ANA) definovala v roce 1999 základní kategorie indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Patří sem struktura ošetrovatelského personálu, celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den, výskyt dekubitů, sledování pádů, vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, léčbou bolesti, spokojenost s mírou edukace a poskytování informací, výskyt nemocničních nákaz, spokojenost ošetrovatelského personálu (66).

Mezi další ošetrovatelské indikátory patří sledování katérových infekcí, výsledky ošetrovatelských auditů nebo hlášení mimořádných událostí. Mimořádná událost v ošetrovatelské péči je incident, při kterém dojde k zanedbání ošetrovatelské péče. Jde o situaci, při které může dojít k poškození pacienta. Mezi tyto události patří medikační pochybení sester, záměna pacientů, ztráta části nebo kompletní

dokumentace, problémy s identifikací nemocného, svévolný odchod pacienta z nemocnice, pokus o sebevraždu nebo dokonaná sebevražda (20).

1.5.4 Standardy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice minimální úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda poskytované ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Vznik prvních ošetrovatelských standardů se datuje do 70. let, kdy byla v USA zaznamenána reakce zdravotníků na vyhlášení první Charty práv nemocných. Při vytváření standardů platí pro všechny státy společné obecné normy pro poskytování individualizované, na problematiku nemocného cílené ošetrovatelské péče, prováděné prostřednictvím ošetrovatelského procesu a zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci. Jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací a transformovány do koncepcí rozvoje ošetrovatelství jednotlivých zemí. Ošetrovatelské standardy by měly zahrnovat všechny aspekty ošetrovatelství včetně interpersonálních a komunikativních dovedností. Obsahují zaměření, míru závaznosti, jasný, reálný a měřitelný cíl, výčet kritérií, způsob hodnocení a případně metodiku kontroly. Standardy vytvářené na vědecké bázi umožňují aplikaci poznatků ošetrovatelského výzkumu v praxi. Tento přístup zároveň sestram umožňuje porozumět teoretickým východiskům zdůvodňujícím požadovanou kvalitu péče. Standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, neboť jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má být pacientům poskytnuta. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče, poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání sestry před neoprávněným postihem (4, 5, 6, 25, 36, 39, 53, 54).

1.5.4.1 Typy standardů ošetrovatelské péče

Strukturální standardy ošetrovatelské péče („co budu potřebovat?“) stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační vybavení, které jsou pro realizaci standardu nezbytné. Jsou spojeny s regulací ošetrovatelské praxe a zahrnují způsob organizace ošetrovatelských služeb, personální obsazení pracovišť, poskytnutí

nezbytného materiálního a technického vybavení a všechny statutární a legislativní záležitosti. Často určují minimální požadavky na úroveň poskytovaných služeb.

Procesuální standardy ošetrovatelské péče („jak mám postupovat?“) se týkají specificky ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Podle jejich zaměření je lze rozdělit do 2 oblastí, a to na standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Ty mohou být zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy nebo vycházejí z onemocnění. Tyto standardy zahrnují také měřítko spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí. Každý procesuální standard obsahuje řadu kritérií pro dosažení cíle konkrétního standardu. Tato kritéria jsou rovněž zaměřena na všechny podmínky kvality, tedy na strukturu, proces i výsledek. Vycházejí z předpokladu, že dobrá struktura zvyšuje pravděpodobnost správného procesu a správný proces zvyšuje pravděpodobnost kvalitního výsledku.

Standardy hodnocení výsledků („kam chci dojít?“) se týkají celkového hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče v daném zdravotnickém zařízení, na určitém pracovišti apod. Pro objektivní zjištění skutečné úrovně poskytované péče včetně spokojenosti nemocných lze použít ošetrovatelský audit.

Lokální standardy jsou zpravidla zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, případně na konkrétním pracovišti. Vycházejí z rámcových standardů. Do procesu vytváření těchto standardů mají být co nejvíce zapojeny řadové sestry. Dochází tak k jejich profesionálnímu rozvoji a mnohem ochotněji se jimi také v praxi řídí. Každý pracovník by měl být s nimi seznámen a písemně se zavázat v rámci pracovní smlouvy k jejich dodržování. Lokální standardy nesmějí být v rozporu s centrálními standardy.

Centrální standardy vydává zpravidla ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy. Může také vydávat rámcové standardy jako doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů, které určují základní cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria pro jeho realizaci, například typy a kompetence pracovníků, jejich vzdělání, pracovní náplně, ošetrovatelský proces jako základní normu pro poskytování ošetrovatelské péče apod. Tyto standardy jsou povinni dodržovat všichni, jichž se

týkají. Pokud vyhlásí standard profesní sesterská organizace, jsou povinni se jím řídit všichni členové této organizace (4, 5, 6, 36, 53, 54).

1.6 Významné osobnosti nefrologického ošetrovatelství

Je na místě připomenout alespoň některé osobnosti, které významně ovlivnily vývoj českého nefrologického ošetrovatelství, a byly skutečnými průkopníky ošetrovatelství v této specifické oblasti medicíny.

Květa Dubininová

Úctyhodných 40 let pracovala na dialyzačním středisku v Hradci Králové, recenzovala spolu s profesorem Erbenem první učebnici „Nefrologie pro sestry“ (35, 46, 48).

Marie Jakšová

Jedna z prvních „dialyzačních“ sester na I. interní klinice VFN v Praze (32, 35).

Bc. Jindra Kracíková

Současná předsedkyně nefrologické sekce, jedné z nejpočetnějších sekcí České asociace sester. Pracovala na strahovském dialyzačním středisku dlouhou řadu let, pokračovala jako staniční sestra v Nemocnici Na Homolce, poté v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a v současné době opět pracuje jako staniční sestra na Strahově. Výsledkem její snahy „přivést“ to nejlepší ze zahraničí byly mimo jiné překlady významných dokumentů EDTNA/ERCA. V roce 1994 vyšly „Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi“, další publikaci s názvem „Evropské učební osnovy pro specializační kurz ošetrovatelské péče v nefrologii“ dostaly české sestry do rukou v roce 1997, třetí příručka pro psychosociální práci „Pro lepší porozumění“ byla přeložena v roce 2004 (26, 28, 35, 46, 48).

Mgr. Eva Křemenová

Pracovala jako „nefrologická“ sestra více než 20 let, s jejím jménem je spojován systém primární sesterské péče, který vypracovala a zavedla do nefrologické ošetrovatelské praxe (29, 35).

doc. Ing. František Lopot, CSc.

Od roku 1973 dosud zajišťuje technické zázemí strahovského dialyzačního střediska, které se stalo jedním z nejrenomovanějších u nás. Mnoho let se věnuje studiu technických aspektů hemodialyzačního léčení jako je například adekvátnost dialýzy, problematika cévních přístupů, optimální stanovení „suché váhy“ apod. Je historicky prvním zastupujícím členem EDTNA/ERCA, který vytvářel první členskou základnu EDTNA v Československu. Na postu zastupujícího člena působil 17 let a v současné době je čestným členem asociace. Byl prvním prezidentem EDTNA kongresu, který byl uspořádán jeho zásluhou v Československu v Praze v roce 1980 (ještě společně s EDTA), poprvé v dějinách této evropské profesní organizace v tehdejší socialistické zemi. Je předsedou Rady národního registru dialyzovaných nemocných (35, 46, 55).

Mgr. Ivana Lupoměská

Pracovala jako „nefrologická“ sestra, dále staniční sestra lůžkového nefrologického oddělení, v současnosti působí jako hlavní sestra a členka Etické komise společnosti Fresenius Medical Care - DS, s. r. o. (35).

Ludmila Nermutová

S jejím jménem je od počátku až dosud spojován peritoneální program nejen na Interním oddělení Strahov VFN v Praze. Je zpracovatelkou návrhu registračního listu do Sazebníku výkonů s bodovými hodnotami pro vykazování provádění peritoneální dialýzy v domácím prostředí nemocných sestrou (26, 35, 60).

Jitka Pancířová

„Nefrologická“ sestra, která v roce 1997 převzala post zastupujícího člena EDTNA/ERCA pro Českou republiku. Její obrovské nasazení jí, jako první sestru z bývalého východního bloku, vyneslo do křesla prezidentky asociace pro rok 2006-2009. V této roli organizovala mimo jiné aktivity dvě celoevropské nefrologické konference (35).

Jindra Pavlicová

Pracovala dlouhé roky jako staniční sestra na dialyzačním středisku na Strahově, později působila v IKEM a poté na Ministerstvu zdravotnictví České republiky jako hlavní sestra. Stála u zakládání nefrologické sekce sesterské odborné společnosti v roce 1979 a byla její první předsedkyní (zpočátku při České lékařské společnosti JEP, později u České společnosti sester a dnes České asociace sester). Dodnes je členkou prezidia a předsednictva nefrologické sekce ČAS. Přispěla ke vzniku specializačního vzdělávání sester v nefrologii. Získala historicky první ocenění Sestra roku v kategorii „Sestra ve zdravotnictví“. Dne 28. října 2008 převzala od prezidenta republiky Václava Klause Řád za zásluhy o stát v oblasti výchovy a školství (27, 35, 47).

Alena Pechočová

Má mimořádnou zásluhu na domácím dialyzačním programu strahovského pracoviště (35).

Věra Sýkorová

Pracovala dlouhé roky jako staniční sestra dialyzačního střediska v Ostravě-Porubě a také členka výboru nefrologické sekce ČAS (35, 61).

PhDr. Marcela Znojová

Patří mezi současné nejlepší dialyzační klinické psychology (46, 56, 72).

Ostatní významné osobnosti

MUDr. Petr Svačina, PhDr. Karla Pochylá, MUDr. Marie Košuličová a Mgr. Jana Mikulková - ředitelé „doškolovacího“ Institutu pro pracovníky ve zdravotnictví v Brně (dnes NCO NZO), kteří se podíleli na otevření prvního pomaturitního specializačního studia v úseku práce „Nefrologie“ a „Intenzivní péče v nefrologii“ a také na vzniku a realizaci současného modulového systému specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Spolupráce a organizace nejen vzdělávacích akcí, ale i samostatných kurzů pro sestry ve svých působištích a regionech, by nebyly možné bez dalších členek výkonného výboru nefrologické sekce ČAS. V průběhu let to byly sestry Lída Fučíková z Jihlavy, Ilka Marečková z Prahy, Lenka Vítovcová z Brna, Jana Štefková z Frýdku-Místku, Anna Říhová z Prostějova, Alena Kovaříková z Plzně, Marcela Švandrlíková z Plzně, Marcela Brůhová z Prahy, Dana Hrubá ze Sokolova, Věra Žažová z Jeseníku, Lenka Hoffmannová z Blanska, Anna Kepková z Plzně a další (26, 46).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

1. Vypracovat přehled historického vývoje ošetrovatelství v nefrologii.
2. Zjistit důležitost aspektů ovlivňujících kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v nefrologii.
3. Analyzovat využití a dodržování existujících ošetrovatelských standardů jednotlivých dialyzačních středisek v České republice.
4. Zjistit míru spokojenosti s existujícími národními standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi.
5. Vytvořit návrh národního standardu ošetrovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům.

2.2 Hypotézy

H 1: Sestry v manažerských pozicích mají povědomí o datování počátku vzniku samostatného nefrologického ošetrovatelství.

H 2: Sestry v manažerských pozicích přikládají v rámci kvality ošetrovatelské péče větší váhu faktoru profesní zkušenosti než specializované způsobilosti sestry.

H 3: Lokální ošetrovatelské standardy na většině dialyzačních středisek v České republice existují, ale často nejsou využívány v praxi.

H 4: Manažerky ošetrovatelské péče dialyzačních středisek považují existující národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za nedostačující.

H 5: Členové nefrologické sekce České asociace sester budou spolupracovat na procesu vzniku návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům.

2.3 Výzkumné otázky

1. Vznikla specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii jako potřeba ošetrovatelské praxe?
2. Budou ochotni zástupci nefrologické sekce České asociace sester participovat na procesu vzniku návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům?

3 METODIKA

Pro získání dat jsme použili tzv. „smíšený výzkum“ (13). Kvantitativní výzkum byl uskutečněn metodou anonymního dotazníkového šetření, určeného vedoucím sestřám – manažerkám ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích v České republice. Kvalitativní výzkum byl realizován metodou polostandardizovaného rozhovoru s předními osobnostmi nefrologického ošetrovatelství, které mají bohaté zkušenosti s tvorbou ošetrovatelských standardů a nakonec metodou zkoumání dokumentů.

3.1 Pilotáž

Před zahájením vlastního výzkumu byla provedena pilotáž, kdy byl vedoucím sestřám – manažerkám ošetrovatelské péče pražských dialyzačních středisek rozeslán dotazník. Podle výsledků a připomínek respondentů byla upravena konečná verze dotazníku, která byla využita při výzkumu.

3.2 Použité metody

3.2.1 Metodika zpracování dotazníku

Pro sběr kvantitativních dat byl využit anonymní dotazník, který byl určen vedoucím sestřám – manažerkám ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích v České republice (příloha 2). Dotazník obsahoval celkem 23 otázek, z toho 17 uzavřených a 6 polouzavřených otázek. Otázky byly zaměřeny na aspekty ovlivňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, standardizaci v jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče v nefrologické praxi. Pro lepší validitu dat byly otázky cíleny na délku profesní praxe sester v nefrologii, manažerskou pozici ve zdravotnickém zařízení a dobu působení v manažerské pozici. V dotazníku byly také vědomostní otázky.

Sběr kvantitativních dat pomocí dotazníků probíhal během měsíce dubna 2010. Údaje z dotazníků byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007. Data byla zobrazena pomocí sloupcových a výsečových grafů. Grafy jsou doplněny tabulkami se souhrnnými daty.

3.2.2 Metodika zpracování rozhovoru

Pro sběr dat pomocí kvalitativního výzkumu byla použita metoda polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly v měsíci květen 2010.

Polostandardizovaný rozhovor obsahoval celkem 14 otázek. Okruhy otázek rozhovoru se týkaly nedostatku sester v České republice, současného systému vzdělávání „nefrologických“ sester, dále procesu akreditace/certifikace dialyzačních středisek a standardizace v jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče v nefrologii (příloha 3). K pořízení záznamů těchto rozhovorů byl použit diktafon značky Olympus typu VN 5500PC a byly přepsány formou doslovné transkripce.

3.2.3 Metodika zkoumání dokumentů - literárních pramenů

Další metodou pro sběr dat kvalitativního typu výzkumu bylo zkoumání literárních pramenů, sekundární analýza dat, které popisují historické mezníky, uvedených v Seznamu použitých zdrojů.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

3.3.1 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat dotazníky

Zkoumaný soubor tvořily vedoucí sestry – manažerky ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích v České republice. Všechny vedoucí sestry dialyzačních pracovišť, uvedené v adresáři hemodialyzačních středisek zveřejněném na webových stránkách České nefrologické společnosti (1), byly ke spolupráci osloveny telefonicky a následně jim byl dotazník rozeslán elektronickou poštou. Vzhledem k přibývajícimu počtu dialyzačních středisek a neaktualizovaným údajům v adresáři zmíněné profesní organizace, byly další potřebné kontakty získány od předsedy Rady národního registru dialyzovaných nemocných. Celkem bylo rozdáno 95 dotazníků. Na státní i nestátní dialyzační střediska byly dotazníky rozdány se souhlasem vedení těchto zdravotnických zařízení. Celková návratnost z 95 dotazníků (100 %) byla 88 dotazníků (93 %), které byly využity pro vyhodnocení kvantitativních dat. Celkově tvoří 100% konečný výzkumný soubor 88 dotazníků.

3.3.2 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat rozhovorem

Zkoumaný soubor tvořilo pět informantů z řad největší odborné profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků u nás – České asociace sester. Pro rozhovor byly vybrány přední osobnosti nefrologického ošetrovatelství, které mají bohaté zkušenosti s tvorbou ošetrovatelských standardů v nefrologii.

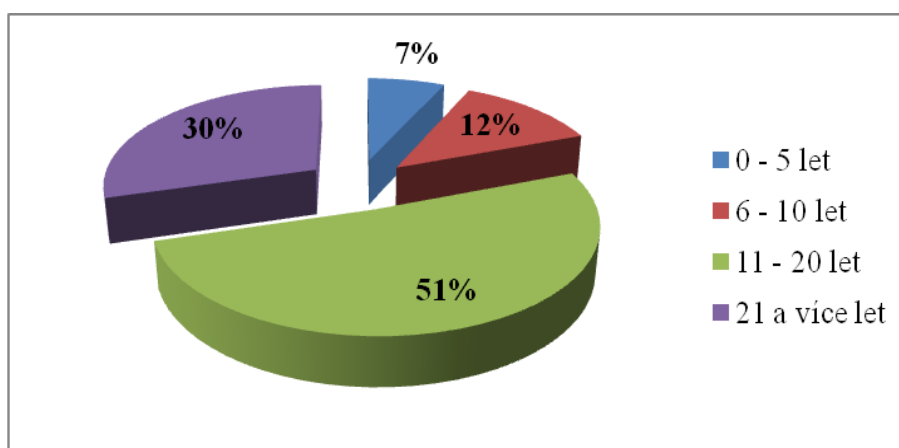
4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníků

Tabulka 1 Délka profesní praxe sester v nefrologii (souhrnná data)

Uveďte, kolik let působíte jako sestra v nefrologii?	počet	%
0 - 5 let	6	6,82
6 - 10 let	11	12,50
11 - 20 let	45	51,14
21 a více let	26	29,55

Graf 1 Délka profesní praxe sester v nefrologii

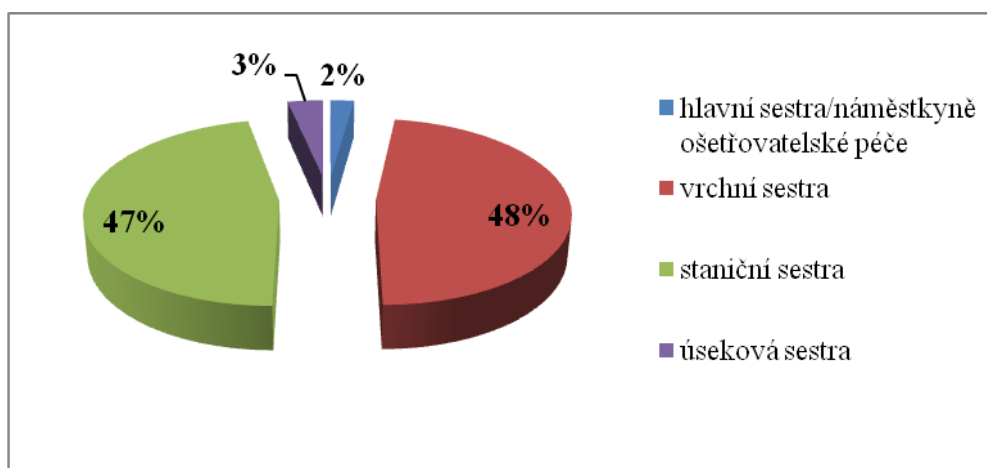


Tabulka 1 a graf 1 znázorňují délku působení sester v nefrologii. Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) označilo první kategorii 0-5 let 6 respondentů (7 %). Kategorii druhou 6-10 let označilo 11 dotazovaných (12 %). 11-20 let praxe uvedlo 45 respondentů (51 %) a 21 a více let praxe udalo 26 dotazovaných (30 %).

Tabulka 2 Manažerská pozice ve zdravotnickém zařízení (souhrnná data)

Jaká je Vaše manažerská pozice v příslušném zdravotnickém zařízení?	počet	%
hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče	2	2,27
vrchní sestra	42	47,73
staniční sestra	41	46,59
úseková sestra	3	3,41

Graf 2 Manažerská pozice ve zdravotnickém zařízení

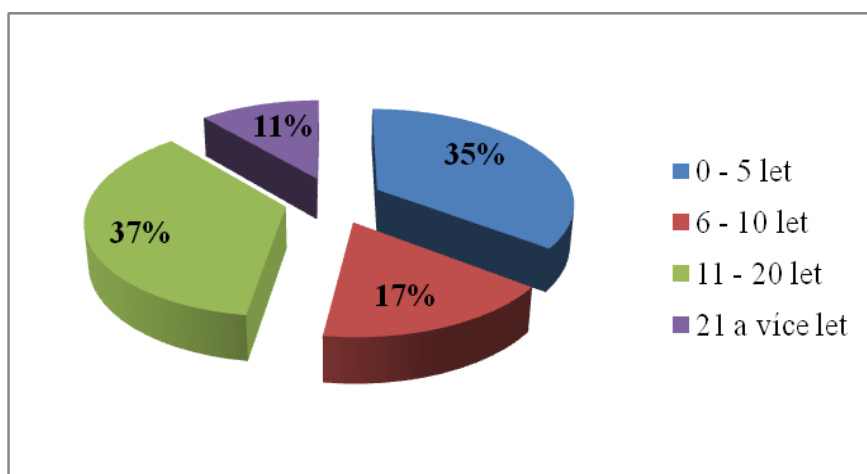


Z tabulky 2 a grafu 2 je patrná manažerská pozice v příslušném zdravotnickém zařízení. Odpověď hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče označili 2 respondenti (2 %). Na pozici vrchní sestry působí 42 dotázaných (47 %). 41 respondentů (48 %) uvedlo, že pracuje ve zdravotnickém zařízení jako staniční sestra a pouze 3 respondenti (3 %) jako sestra úseková.

Tabulka 3 Doba působení v manažerské pozici (souhrnná data)

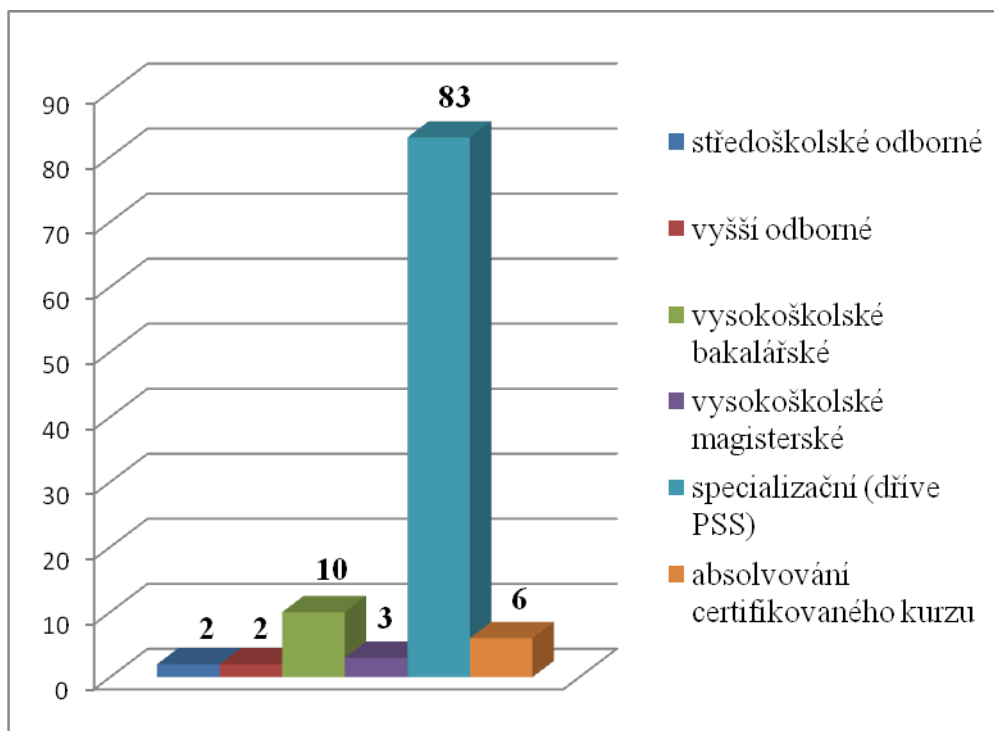
Kolik let působíte v manažerské pozici?	počet	%
0 - 5 let	31	35,23
6 - 10 let	15	17,05
11 - 20 let	32	36,36
21 a více let	10	11,36

Graf 3 Doba působení v manažerské pozici



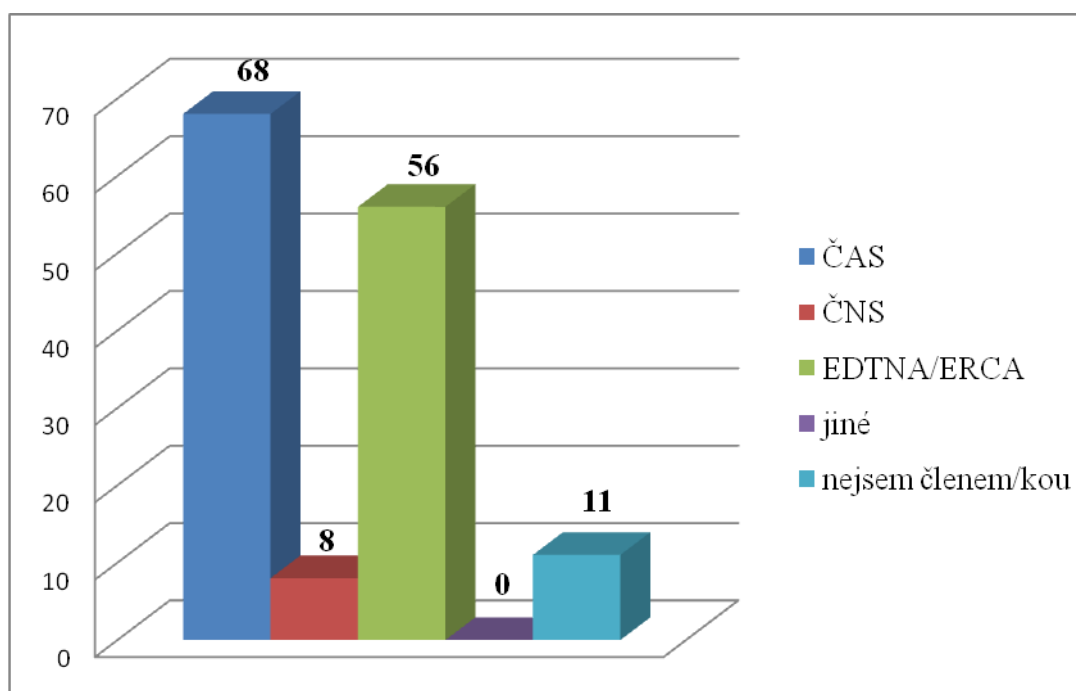
Ze souhrnné tabulky 3 a grafu 3 je patrné, že v manažerské pozici v první kategorii 0-5 let působí 31 respondentů (35 %). Druhou kategorií 6-10 let uvedlo 15 dotázaných (17 %). 11-20 let působení v manažerské pozici označilo 32 respondentů (37 %) a poslední kategorií 21 a více let 10 tázaných (11 %).

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání



Otázkou č. 4 z dotazníku jsme zjišťovali dosažené vzdělání sester. Z grafu 4 je jasné, že 2 z dotazovaných respondentů mají středoškolské odborné vzdělání. Vyšší odborné vzdělání uvádí 2 respondenti. Odpověď vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 10 dotázaných a vysokoškolské magisterské 3 respondenti. Jako nejvyšší dosažené vzdělání označilo 83 tázaných specializační vzdělání (dříve pomaturitní specializační studium) a 6 respondentů označilo odpověď absolvování certifikovaného kurzu.

Graf 5 Členství v profesní organizaci

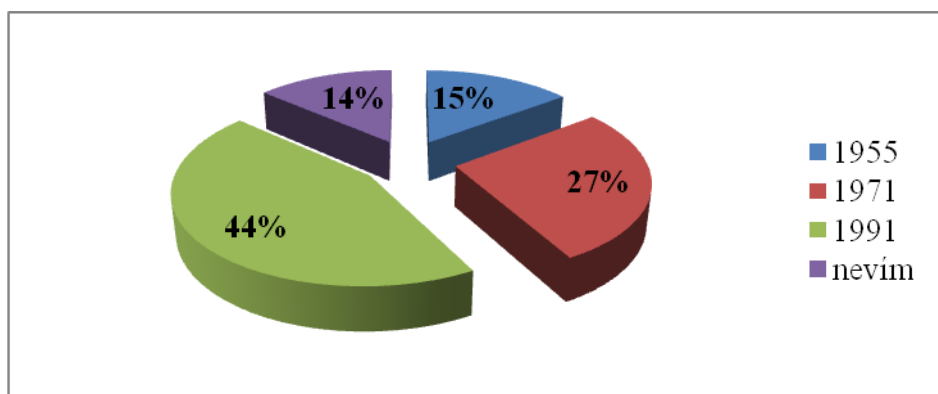


Graf 5 ukazuje, že členem/kou České asociace sester je 68 respondentů. 8 dotázaných má členství v České nefrologické společnosti. Členství v Evropské asociaci dialyzačních a transplantačních sester/Evropské asociaci péče o nemocné s chorobami ledvin uvedlo 56 respondentů. Žádný z respondentů neuvedl v odpovědi jinou profesní organizaci. 11 tázaných odpovědělo, že není členem/kou žádné profesní organizace v oblasti nefrologie.

Tabulka 4 Názory na datování počátku vzniku samostatného nefrologického ošetřovatelství (souhrnná data)

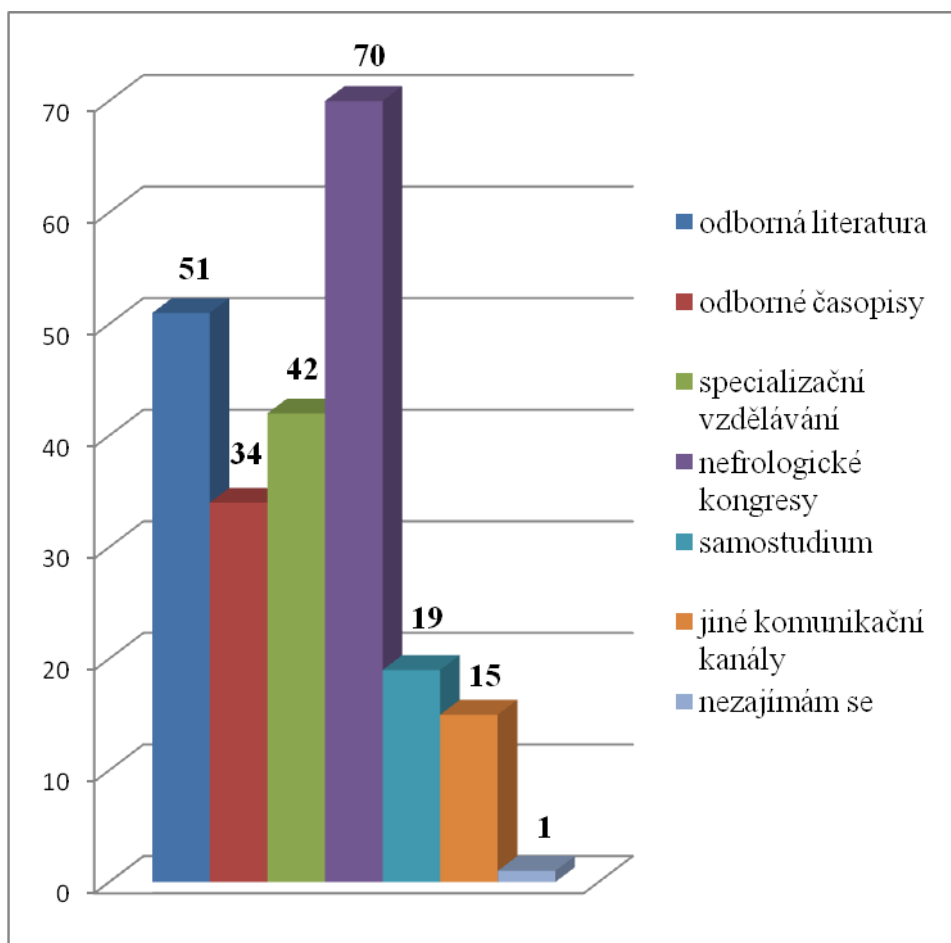
Nefrologické ošetřovatelství jako samostatný obor v ČR se podle Vašeho názoru datuje od roku:	počet	%
1955	13	14,77
1971	24	27,27
1991	39	44,32
nevím	12	13,64

Graf 6 Názory na datování počátku vzniku samostatného nefrologického ošetřovatelství



Podle tabulky 4 a grafu 6 datuje nefrologické ošetřovatelství jako samostatný obor v ČR od roku 1955 13 respondentů (15 %) a od roku 1971 24 dotázaných (27 %). Rok 1991 označilo za počátek samostatného nefrologického ošetřovatelství 39 respondentů (44 %). 12 tázaných (14 %) tento údaj nezná.

Graf 7 Zdroje čerpání informací o historickém vývoji nefrologického ošetřovatelství

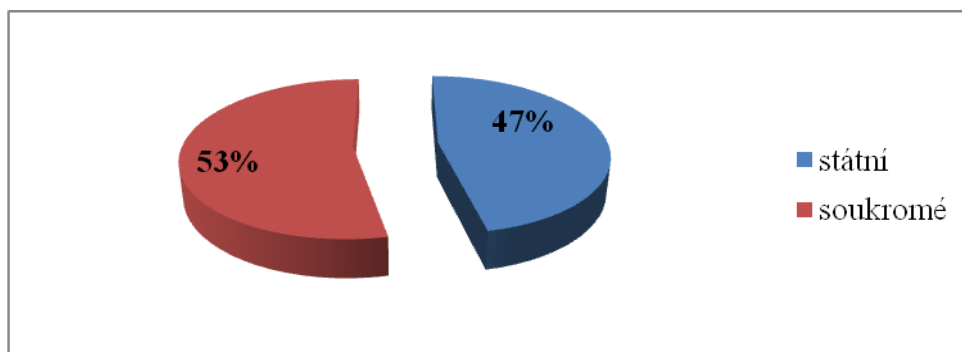


Z grafu 7 je patrné, z jakých zdrojů respondenti získali informace o historickém vývoji nefrologického ošetřovatelství. 51 respondentů uvedlo, že informace čerpalo z odborné literatury a 34 dotázaných z odborných časopisů. 42 respondentů získalo informace v průběhu specializačního vzdělávání. Na nefrologických kongresech, konferencích, sympóziích, atd. obdrželo informace o historickém vývoji 70 respondentů. O historii nefrologického ošetřovatelství se samostudiem zajímalo 19 dotázaných a 15 respondentů využilo pro získání dat jiné komunikační kanály. O historický vývoj nefrologického ošetřovatelství se nezajímá 1 respondent.

Tabulka 5 Typ dialyzačního střediska (souhrnná data)

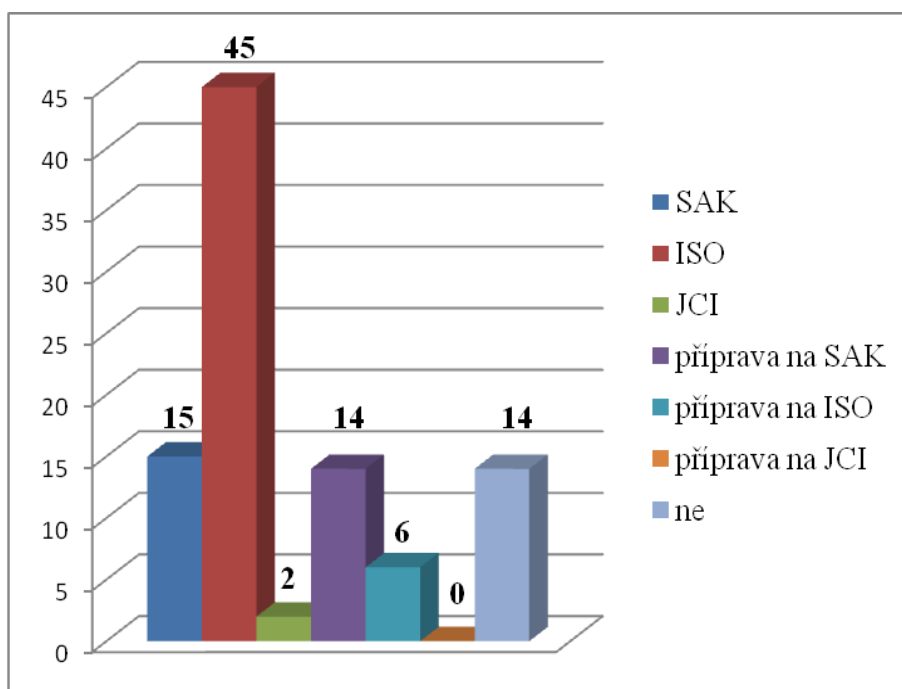
Vaše dialyzační středisko patří k zařízením:	počet	%
státním	41	46,59
soukromým	47	53,41

Graf 8 Typ dialyzačního střediska



Tabulka 5 a graf 8 ukazují odpovědi na otázku o typu dialyzačního střediska. 41 respondentů (47 %) uvedlo, že jejich středisko patří ke státním zařízením a 47 dotázaných (53 %) odpovědělo, že zařízení je soukromé.

Graf 9 Akreditace a certifikace pracovišť

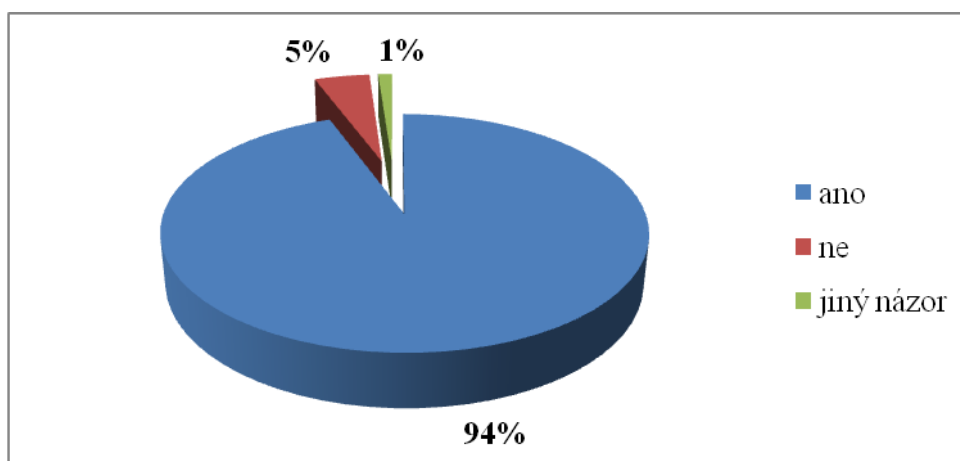


Otázkou č. 9 z dotazníku jsme zjišťovali získání akreditace nebo certifikace dialyzačních pracovišť. 15 respondentů uvedlo, že jejich pracoviště získalo akreditaci SAK, 45 dotázaných uvedlo získání ISO certifikace a pracoviště u 2 respondentů dosáhlo akreditaci JCI. 14 tázaných odpovědělo, že se jejich zařízení připravuje na akreditaci SAK. 6 respondentů uvedlo přípravu pracoviště na certifikaci ISO a na akreditaci JCI se nepřipravuje žádné pracoviště respondentů. 14 dotázaných odpovědělo záporně, tj. že zařízení neprošlo akreditací nebo certifikací.

Tabulka 6 Stanovisko na význam získání specializované způsobilosti (souhrnná data)

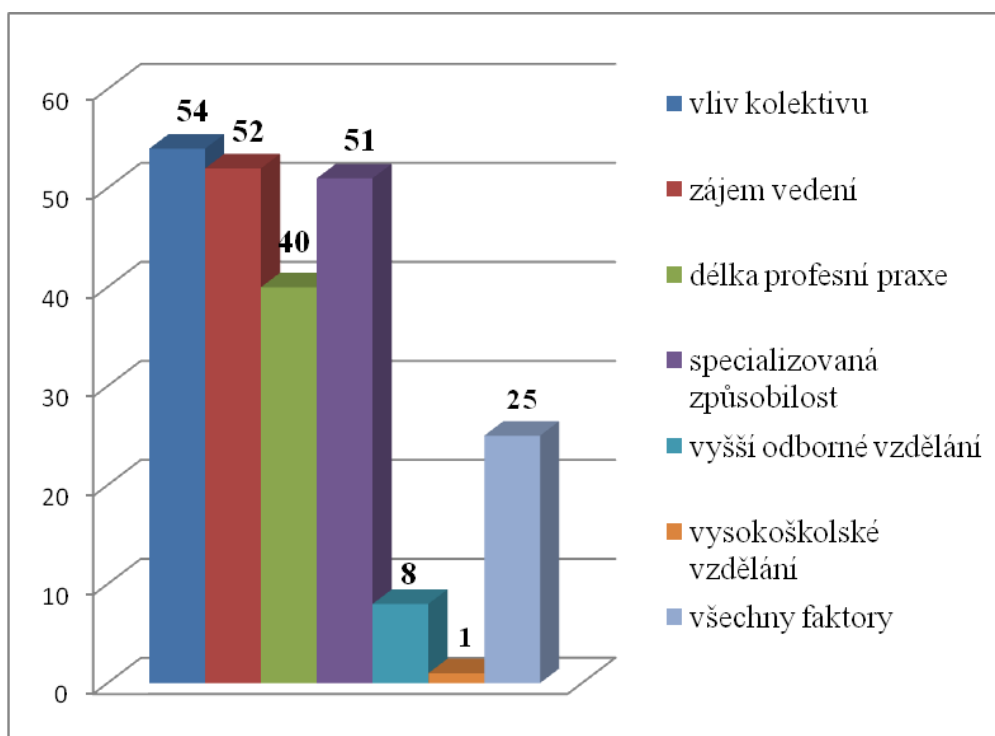
Považujete za důležité získání specializované způsobilosti (dříve PSS) pro práci sestry na vašem oddělení?	počet	%
ano	83	94,32
ne	4	4,55
jiný názor	1	1,14

Graf 10 Stanovisko na význam získání specializované způsobilosti



Z tabulky 6 a grafu 10 je patrné, že 83 respondentů (94 %) označilo odpověď první, tj. že považuje získání specializované způsobilosti (dříve PSS) pro práci sestry na svém oddělení za důležité. 4 dotázaní (5 %) uvedli, že získání specializované způsobilosti důležité pro práci sestry není. Jiný názor označil 1 respondent (1 %), který odpověděl, že na dialyzačním středisku postačí, aby 50 % sester získalo specializovanou způsobilost a 50 % sester zvláštní odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného certifikovaného kurzu.

Graf 11 Názory na aspekty ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče



Ze získaných údajů zpracovaných v grafu 11 a tabulce 7 je jasné, jak odpovídali respondenti na otázku, které aspekty ovlivňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na oddělení považují za nejdůležitější. Vliv kolektivu označilo 54 respondentů, zájem vedení zdravotnického zařízení uvedlo 52 respondentů. 40 dotázaných odpovědělo, že za významný faktor považují délku profesní praxe sestry. Pro 51 tázaných je podstatné získání specializované způsobilosti. Za důležitý aspekt považuje vysokoškolské vzdělání 1 respondent. 25 dotázaných označilo v odpovědi všechny faktory.

Tabulka 7 Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče – pozorované četnosti

	pozorované četnosti
délka profesní praxe sestry	40
specializovaná způsobilost sestry	51
součet	91

Tabulka 8 Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče – očekávané četnosti

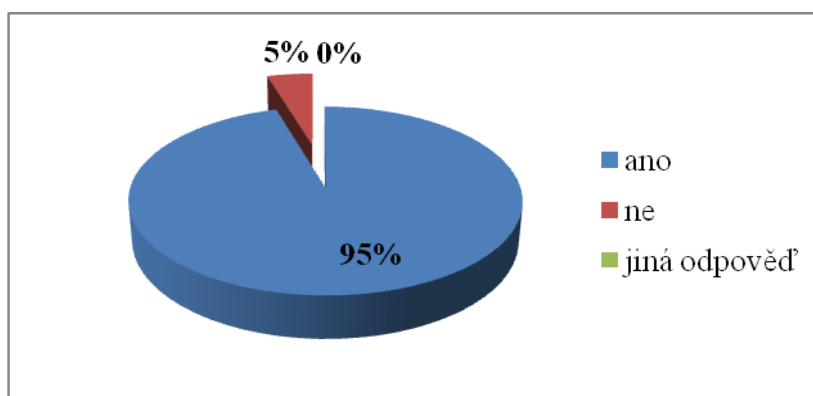
	očekávané četnosti
délka profesní praxe sestry	45,5
specializovaná způsobilost sestry	45,5
součet	91
chí kvadrát test	24,9%

Tabulka 8 uvádí, že dosažená hladina významnosti (p) chí kvadrát (χ^2) testu je 24,9 %, což je větší než hraniční hodnota 5 %. Platí nulová hypotéza, že oba srovnávané faktory mají u dotazovaných sester stejnou váhu. Zamítnout můžeme hypotézu H 2, že v rámci kvality ošetrovatelské péče je více uplatňován faktor profesní zkušenosti sester.

Tabulka 9 Podpora specializačního vzdělávání ze strany zaměstnavatele (souhrnná data)

Podporuje vedení vašeho zařízení specializační vzdělávání sester?	počet	%
ano	84	95,45
ne	4	4,55
jiná odpověď	0	0,00

Graf 12 Podpora specializačního vzdělávání ze strany zaměstnavatele

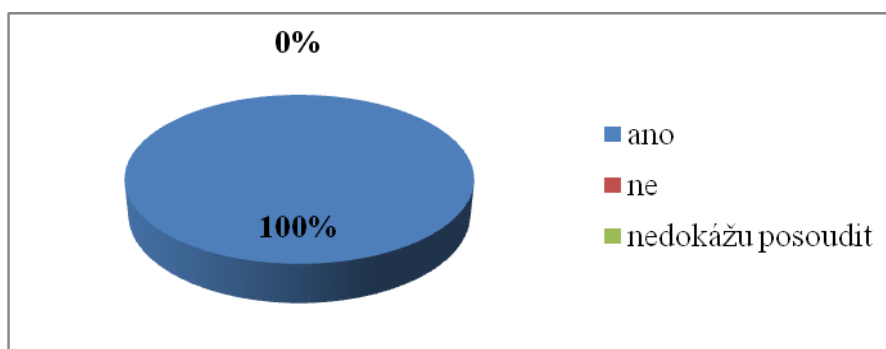


Tabulka 9 a graf 12 ukazují, že z celkového počtu 88 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda podporuje specializačního vzdělávání sester vedení zdravotnického zařízení, kladně 84 dotázaných (95 %). Negativní subvenci označili 4 respondenti (5 %). Jinou odpověď neuvedl žádný tázaný.

Tabulka 10 Potřeba ošetrovatelského standardu v oboru (souhrnná data)

Myslíte si, že jsou potřebné standardy ošetrovatelské péče v nefrologické praxi?	počet	%
ano	88	100,00
ne	0	0,00
nedokážu posoudit	0	0,00

Graf 13 Potřeba ošetrovatelského standardu v oboru

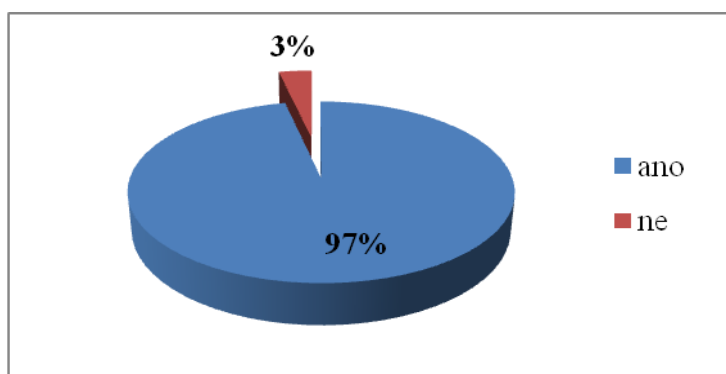


Z tabulky 10 a grafu 13 je patrné, že všech 88 respondentů (100 %) uvedlo potřebu standardů ošetrovatelské péče v nefrologické praxi.

Tabulka 11 Využívání lokálních standardů ošetrovatelské péče (souhrnná data)

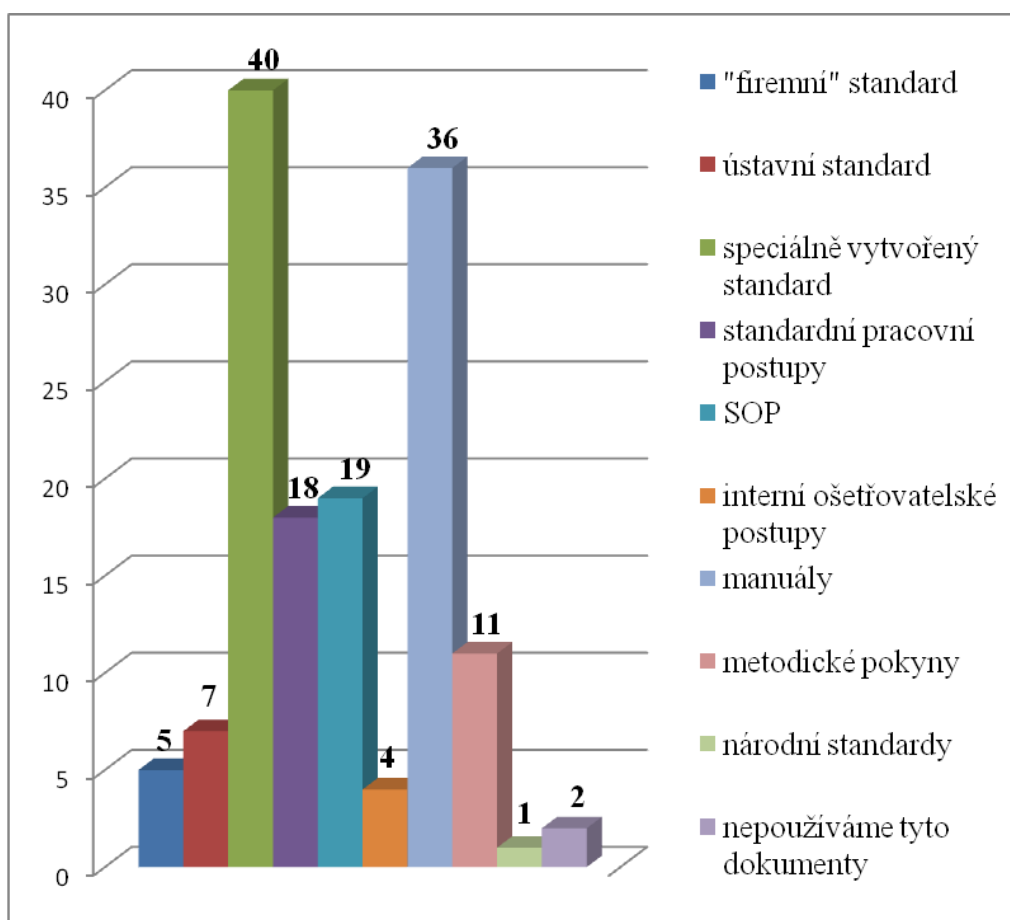
Využívá vaše dialyzační středisko standardy ošetrovatelské péče?	počet	%
ano	85	96,59
ne	3	3,41

Graf 14 Využívání lokálních standardů ošetrovatelské péče



Tabulka 11 a graf 14 znázorňují, že 85 z dotazovaných respondentů (97 %) uvedlo, že jejich dialyzační středisko využívá lokální standardy ošetrovatelské péče. Nevyužívání těchto standardů označili 3 dotázaní (3 %).

Graf 15 Označení dokumentu standardizace ošetrovatelské péče

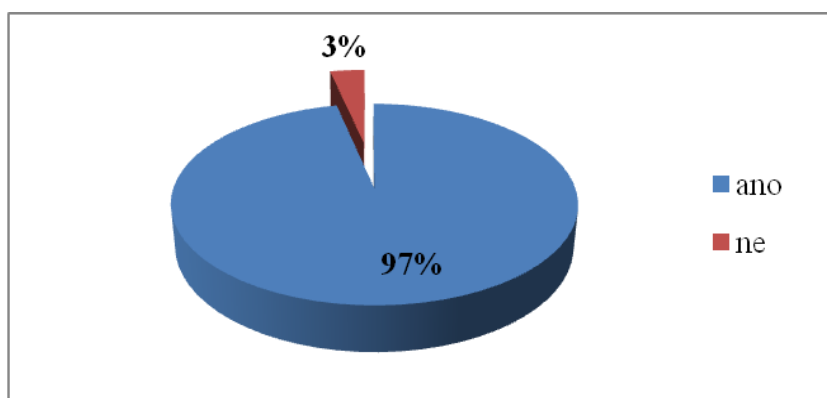


Na otázku z dotazníku, jak se nazývá dokument standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii používaný ve vašem zdravotnickém zařízení, odpovědělo „firemní“ standard 5 respondentů z tázaných, 7 respondentů odpovědělo ústavní (nemocniční) standard a 40 z dotázaných označilo ošetrovatelský standard vytvořen speciálně pro vaše pracoviště. Odpověď standardní pracovní postupy označilo 18 z tázaných, odpověď standardní ošetrovatelské postupy (SOP) 19 respondentů a interní ošetrovatelské postupy 4 respondenti. Manuálem pro konkrétní pracovní postup (např. ošetření CŽK, péče o AVF, manipulace s přístrojovou technikou, bed-side monitor, atd.) pojmenovalo dokument standardizace péče 36 z dotázaných. Název metodické pokyny uvedlo 11 respondentů, národní standard označil 1 tázaný. 2 respondenti dokumenty standardizace ošetrovatelské péče v jejich zdravotnickém zařízení nepoužívají.

Tabulka 12 Dodržování a kontrola lokálních standardů ošetrovatelské péče (souhrnná data)

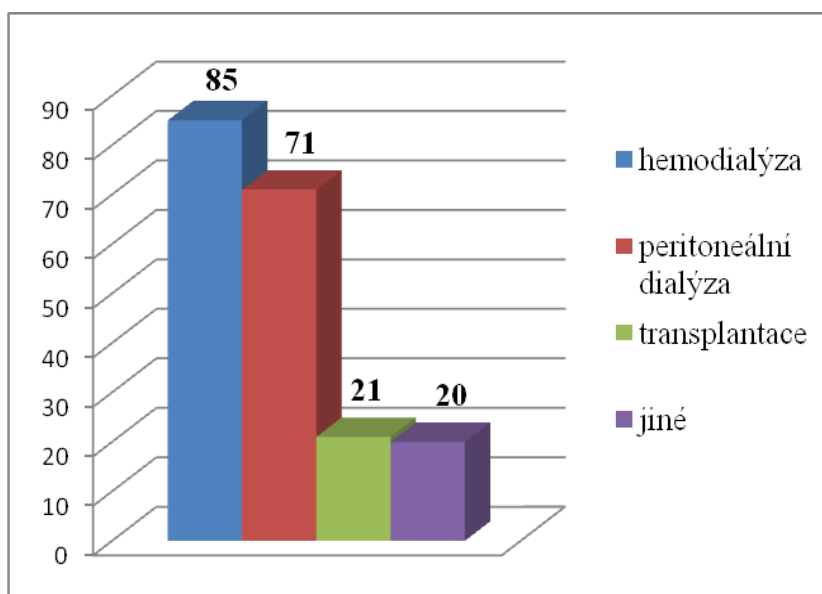
Dodržují a kontrolují se lokální standardy ošetrovatelské péče na vašem pracovišti?	počet	%
ano	85	96,59
ne	3	3,41

Graf 16 Dodržování a kontrola lokálních standardů ošetrovatelské péče



Tabulka 12 a graf 16 ukazují, že dodržování a kontrolu lokálních standardů ošetrovatelské péče na pracovišti uvedlo 85 respondentů (97 %) a 3 dotázaní (3 %) odpověděli, že se standardy ošetrovatelské péče nedodržují a nekontrolují.

Graf 17 Zaměření lokálních standardů ošetrovatelské péče

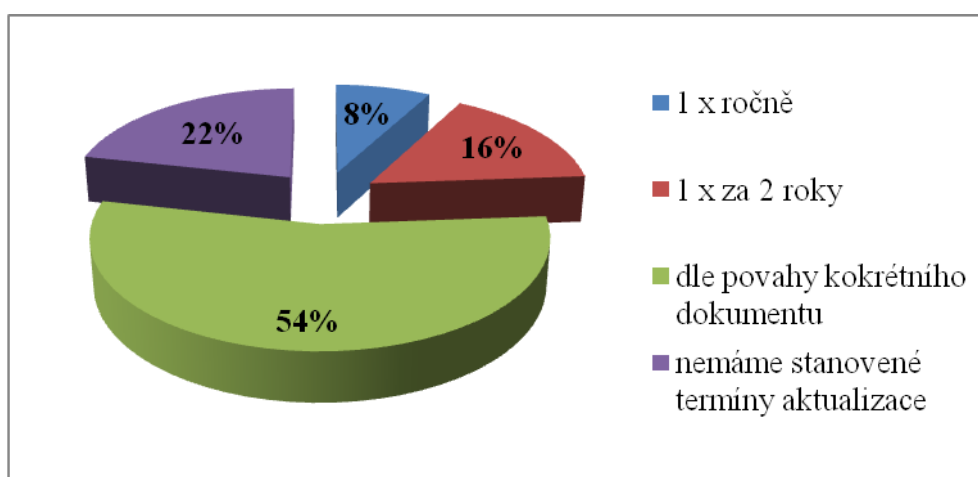


Graf 17 zobrazuje odpovědi na otázku, kterými jsme zjistili, na které oblasti ošetrovatelské péče v nefrologii jsou lokální standardy zaměřeny. 85 respondentů uvedlo zaměření na oblast hemodialýzy, 71 respondentů na oblast peritoneální dialýzy a 21 dotázaných na problematiku transplantace. 20 respondentů označilo odpověď jiné a uvedli následující okruhy: plazmaferéza, hemoperfúze, citrátová hemokoagulace, postupy při mimořádné události, hygiena a také, že standardy úplně chybí.

Tabulka 13 Frekvence aktualizace lokálních standardů ošetrovatelské péče (souhrnná data)

Uved'te, jak často dochází k aktualizaci lokálních standardů ošetrovatelské péče na vašem pracovišti?	počet	%
1 x ročně	7	7,95
1 x za 2 roky	14	15,91
dle povahy konkrétního dokumentu	48	54,55
nemáme stanovené termíny aktualizace	19	21,59

Graf 18 Frekvence aktualizace lokálních standardů ošetrovatelské péče

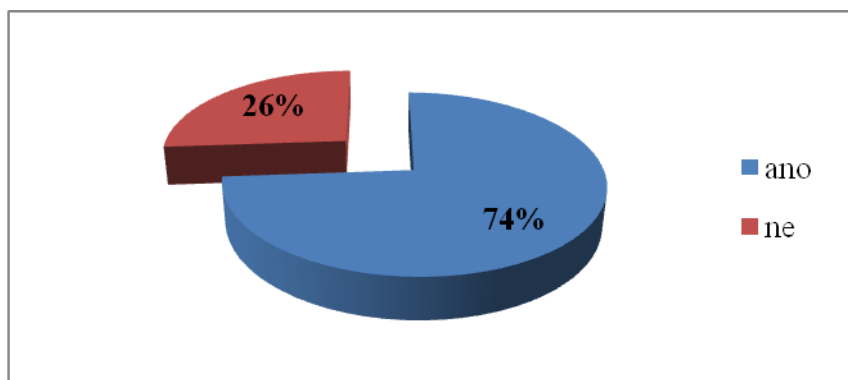


Na otázku z dotazníku, jak často dochází k aktualizaci lokálních standardů ošetrovatelské péče na vašem pracovišti, odpovědělo dle tabulky 13 a grafu 18 7 respondentů (8 %) 1 x ročně. To, že se standardy aktualizují 1 x za 2 roky, uvedlo 14 dotázaných (16 %). Odpověď dle povahy konkrétního dokumentu označilo 48 respondentů (54 %) a termíny aktualizace nemá stanoveno 19 dotázaných (22 %).

Tabulka 14 Účast na tvorbě dokumentů standardizace ošetrovatelské péče (souhrnná data)

Podílíte se osobně na tvorbě dokumentů standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii na vašem oddělení?	počet	%
ano	65	73,86
ne	23	26,14

Graf 19 Účast na tvorbě dokumentů standardizace ošetrovatelské péče

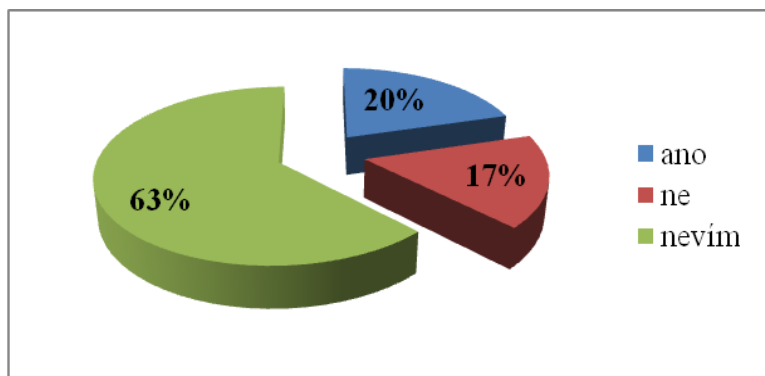


Z tabulky 14 a grafu 19 je patrná participace sester – manažerek ošetrovatelské péče na tvorbě dokumentů standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii na vlastním oddělení. 65 respondentů (74 %) se podílí na tvorbě těchto dokumentů, 23 dotazovaných (26 %) se tvorby neúčastní.

Tabulka 15 Spokojenost s existujícími národními standardy ošetrovatelské péče (souhrnná data)

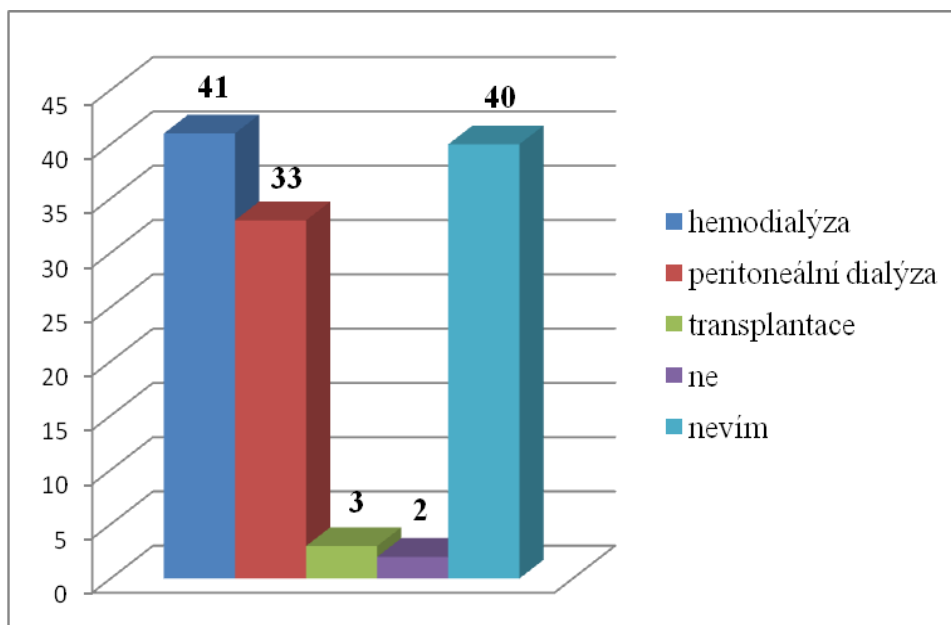
Jsou podle Vás existující národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi vyhovující?	počet	%
ano	18	20,45
ne	15	17,05
nevím	55	62,50

Graf 20 Spokojenost s existujícími národními standardy ošetrovatelské péče



Tabulka 15 a graf 20 ukazují odpovědi na otázku, jsou-li existující národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi vyhovující. 18 respondentů (20 %) si myslí, že národní standardy jsou vyhovující. 15 dotázaných (17 %) uvedlo, že jsou standardy pro nefrologickou praxi nevyhovující v souvislosti s jejich strukturálním charakterem. Většina respondentů, tj. 55 dotázaných (63 %) označilo odpověď nevím.

Graf 21 Oblasti aktualizace národních standardů ošetrovatelské péče

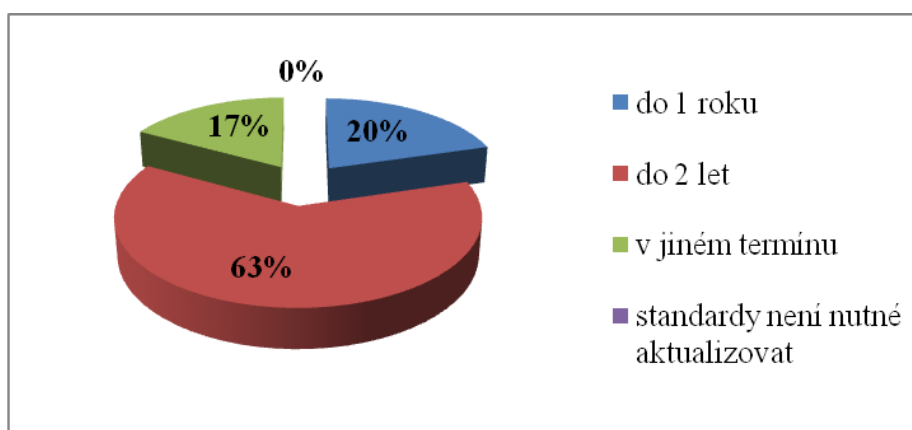


Z grafu 21 je patrný postoj respondentů k aktualizaci národních standardů ošetrovatelské péče v oblastech nefrologického ošetrovatelství. 41 respondentů označilo výhodu aktualizace standardů ošetrovatelské péče v oblasti hemodialýzy, 33 respondentů v oblasti peritoneální dialýzy a 3 dotázaní vidí aktivum pro okruh transplantace. 2 respondenti nechtějí aktualizovat národní standardy ošetrovatelské péče a 40 tázaných neví, zdali mají být standardy ošetrovatelské péče aktualizovány.

Tabulka 16 Časový horizont aktualizace národních standardů ošetrovatelské péče (souhrnná data)

V jakém časovém horizontu by podle Vás měly být národní standardy v ČR aktualizovány?	počet	%
do 1 roku	18	20,45
do 2 let	55	62,50
v jiném termínu	15	17,05
standardy není nutné aktualizovat	0	0,00

Graf 22 Časový horizont aktualizace národních standardů ošetrovatelské péče



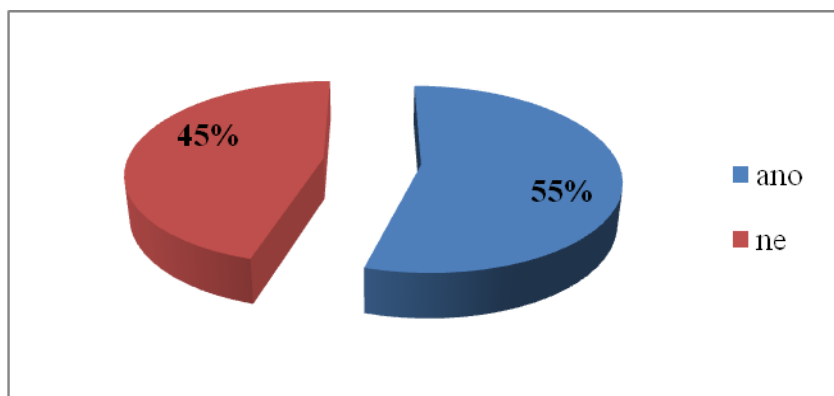
Tabulka 16 a graf 22 ukazují odpovědi na otázku, v jakém časovém horizontu by měly být národní standardy ošetrovatelské péče v ČR aktualizovány. 18 respondentů (20 %) označilo termín do 1 roku. Horizont do 2 let uvedlo 55 dotázaných (63 %). Odpověď v jiném termínu označilo 15 respondentů (17 %). Respondenti nejčastěji

uváděli časový horizont 5 let, dále dle potřeby, při změnách legislativy a na základě nejnovějších vědeckých poznatků. To, že národní standardy není nutné aktualizovat, neoznačil žádný respondent.

Tabulka 17 Ochota spolupracovat na aktualizaci standardů ošetrovatelské péče (souhrnná data)

Byl/a byste ochoten/a spolupracovat na aktualizaci národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?	počet	%
ano	48	54,55
ne	40	45,45

Graf 23 Ochota spolupracovat na aktualizaci standardů ošetrovatelské péče



Z tabulky 17 a grafu 23 je patrná ochota respondentů spolupracovat na aktualizaci národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi. 48 tázaných (55 %) je ochotných participovat na aktualizaci národních standardů ošetrovatelské péče, 40 respondentů (45 %) kooperovat odmítá.

4.2 Výsledky rozhovorů

Rozhovor 1

V: Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetřovatelství?

I: V roce 1972 jsem nastoupila na detašované pracoviště Fakultní nemocnice II na Karlově náměstí. Na Strahově se v roce 1971 začalo budovat dialyzační středisko a na tomto pracovišti bylo potřeba vybudovat tým, který by poskytoval péči dialyzovaným nemocným. Moje profesní dráha se ubírala celkem konzervativně, místa jsem příliš neměnila. Zásadní změna přišla v roce 1988, kdy jsem opustila dialyzační středisko Strahov a nastoupila do tehdejšího Státního sanatoria, jež shánělo zaměstnance pro nově budované pracoviště, které se jmenovalo Nemocnice Na Homolce. Nejprve jsem pracovala na dialýze jako úseková sestra v rámci oddělení akutní medicíny. Od roku 1993 až do roku 2005 jsem zastávala funkci staniční sestry nefrologického pracoviště. V roce 2005 získala nemocnice po přípravné fázi mezinárodní akreditaci podle JCI, která též nastavila pro nemocnici nové požadavky na vzdělávání sester. Svoje zkušenosti se vzděláváním sester, které jsem získala jako předsedkyně nefrologické sekce, jsem začala využívat ve své nové pozici, která se jmenovala specialista vzdělávání sester. Zpočátku to byla práce hodně kreativní, organizovala jsem akce, které byly v souladu s potřebou nemocnice. Pak jsem nastoupila jako staniční sestra do další akreditované nemocnice, Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde jsem „stancovala“ deset měsíců. Dnes pracuji ve funkci staniční sestry na dialýze Interního oddělení Strahov Všeobecné fakultní nemocnice.

V: Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?

I: V nefrologické sekci působím jako řadová členka od roku 1980. Svou činnost jsem začala v době fungování České společnosti sester. Dne 24. ledna 1994 na mimořádné schůzi výboru nefrologické sekce ČSS jsem byla kooptována do funkce předsedkyně sekce. Navrhla mě odstupující Jindra Pavlicová, které byla nabídnuta funkce hlavní sestry MZ ČR. Funkční období, po které zastávám funkci předsedkyně nefrologické sekce, trvá od roku 1994 do voleb v roce 2012. Letos je to tedy šestnáct

let. Kandidovala jsem ve volbách do sekce v roce 1997, poté následovalo v roce 2000 sloučení profesních organizací do jedné. Začaly platit nové statutární normy ČAS, které umožnily „staronovým“ předsedkyním sekcí a regionů kandidovat. Kandidovala jsem a byla opět zvolena. Stávající volební řád ČAS umožňuje kandidovat a být volen opakovaně.

V: V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Postrádáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?

I: Ano, postrádám. Za první: zaškolení sester trvá rok. Za tři měsíce není možné naučit se dialýzu, ještě když je na oddělení několik druhů přístrojů. Za druhé: sestry je potřeba motivovat i finančně. Někdy je však některé starší kolegyně demotivují a tak dochází k jejich fluktuaci.

V: Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěl/a v současném vzdělávání změnit?

I: Souhlasím se současným modulovým systémem specializačního vzdělávání. K prospěchu sester je, že v rámci specializačního studia ARIP se naučí i specifika dalších oblastí, i když jej sestry považují za náročné. Osobně vidím budoucnost v inovačních a certifikovaných kurzech.

V: Jakou důležitost přikládáte používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?

I: Vysokou. Standard, ošetrovatelský postup - stanovuje nepodkročitelnou mez úrovně kvalitní ošetrovatelské péče, tím zajišťuje pacientovi, že dostává kvalitní péči od kterékoliv sestry. Má též význam pro sestru. Prokáže-li sestra, že dodržela standard, chrání se před neoprávněným postihem.

V: Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravu na ně na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích?

I: Já jsem maximálně pro. Přivítala jsem mezinárodní akreditaci v Nemocnici Na Homolce. Nevnímám ji jako obtíž. Akreditace je velký přínos pro zdravotnické zařízení. Přípravným procesem akreditace se dosáhne jednoduše řečeno „velkého úklidu“ v organizaci ve všech jejích složkách, tedy i nezdravotnických provozech.

V: Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?

I: Profesní zkušenost se promítá do vlivu kolektivu. Erudované sestry předávají své zkušenosti profesně mladším sestřám a pozitivně je motivují, takže ano, sdílím tento názor. Problém spatřuji v tom, že některé služebně starší sestry nepředávají své zkušenosti dále a často nejsou nakloněny změnám. Není to vždycky o tom, že ta dlouholetost práce v oboru je pozitivum.

V: Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

I: Dokumenty EDTNA, Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi, které vyšly v roce 1992 a které nefrologická sekce nechala přeložit pro potřeby sester.

V: Co si myslíte o tom, že z dotazníkového šetření pouze 20 % respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?

I: No, souvisí to s nerozlišováním jednotlivých stupňů standardů. Akceptuji, že jsou strukturální, je však naší dlouhodobou vizí jejich zpracování do procesuálních, takže mě tento výsledek ani nepřekvapuje. V současnosti připravujeme webové stránky, které budou přístupné i nečlenkám naší sekce. Tyto stránky chceme spustit do konání nefrologického kongresu v červnu.

V: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvů standardů?

I: Toto je v managementu nemocnice. Někde je nazývají standardní postupy, pracovní ošetrovatelské postupy, které jsou závazné pro celou nemocnici.

V: Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?

I: Ano. Je otázka, jestli bude v pravomoci MZČR, resp. jeho kontrolních orgánů vstupovat do teritorií nestátních zařízení. Je potřeba upřesnit počty sester se specializovanou způsobilostí na jedno lůžko. V současnosti zůstává jen na rozhodnutí managementu při systemizaci míst a stanovení kvalifikační struktury zaměstnanců, jaký si určí počet sester se specializovanou způsobilostí. Ani specializovaná pracoviště, jakými jsou HDS, nepotřebují „převzdělaný“ personál, ale měla by se zaměřit na tvorbu týmu, tak jak to požaduje Koncepce ošetrovatelství a poskytovat ošetrovatelskou péči víceúrovňovým způsobem.

V: V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekci ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě národních procesuálních standardů ošetrovatelské péče v nefrologii?

I: Ano. Pociťuji to jako neodkladnou prioritu v současné činnosti nefrologické sekce ČAS.

V: V jakém časovém horizontu je podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení poradě vedení MZ ČR?

I: Do konce roku 2010.

V: Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

I: Jednoznačně ano, v oblasti nefrologie se zaměřením na práci na HDS bylo v posledních letech uděláno na posílení vzdělávání sester hodně. Sestry měly samy potřebu kontinuálního vzdělávání a usilovaly o vznik samostatné specializace, která se podařila realizovat v roce 1993. Sestry se stejně jako dnes zúčastňovaly celostátních nefrologických konferencí. Vedle přednáškové činnosti si potřebovaly rozšiřovat i praktické dovednosti, zejména pro obsluhu dialyzačních přístrojů. Při fakultních nemocnicích, které fungovaly v rámci krajů, vznikala i dialyzační centra. Mělo-li vzniknout nové dialyzační středisko, prozíravý vedoucí lékař poslal na odbornou stáž obvykle lékaře a několik sester. Sestry se učily jedna od druhé, standardní postupy nebyly, navazovala se nová přátelství a dodnes je tradicí, že se sestry v případě problémů kontaktují.

Rozhovor 2

V: Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetrovatelství?

I: Více než 30 let.

V: Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?

I: Od roku 1975.

V: V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Postrádáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?

I: Ano.

V: Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěla v současném vzdělávání změnit?

I: Přizpůsobili jsme se EU, podle mého mínění je samostatná specializace v nefrologii optimální (specifika oboru).

V: Jakou důležitost přikládáte používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?

I: Standardizace je budoucnost péče a nutnost pro bezpečí pacienta, personálu atd.

V: Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravu na ně na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích?

I: Akreditace je totéž, důležitá je kvalita péče a celková etika.

V: Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?

I: Ano.

V: Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

I: EDTNA/ERCA a dále potřeby a specifika českého nefrologického ošetrovatelství.

V: Co si myslíte o tom, že pouze 20 % respondentů z dotazníkového šetření považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?

I: Národní standardy v nefrologické péči vlastně nejsou dokončené, je pouze „bazal“ a ten je převzatý z EDTNA/ERCA na jejich doporučení.

V: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvů standardů?

I: Tím, že jsou nejednotné, je důkaz, že nejsou národní, ale tak jak si je jednotlivá centra nastavila.

V: Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?

I: Jednoznačně ano.

V: V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekci ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě národních procesuálních standardů ošetrovatelské péče v nefrologii?

I: Ano.

V: V jakém časovém horizontu je podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení poradě vedení MZ ČR?

I: Neumím to odhadnout, přála bych si brzy.

V: Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

I: V tomto oboru je obrovský vývoj, a proto je potřeba pro ošetrovatelskou praxi specializace.

Rozhovor 3

V: Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetrovatelství?

I: 16 let.

V: Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?

I: Zhruba 10 let.

V: V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Vnímáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?

I: Zatím ne, daří se nám volná místa obsazovat.

V: Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěl/a v současném vzdělávání změnit?

I: Specializační vzdělávání je na nefrologii málo zaměřené. Nyní více využíváme akreditovaný certifikovaný kurz pro eliminační metody.

V: Jakou důležitost přikládáte používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?

I: Velkou, sami používáme systém standardizace ošetrovatelské péče.

V: Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích?

I: Mohu posoudit na vlastních dialyzačních střediscích, zde to zásadní vliv nemělo, protože kvalitativní předpoklady jsme splňovali již před tím. Na nedialyzačních pracovištích je vliv sporný, protože sestry chodící na praxi uvádějí, že je tam péče často nekvalitní. Z toho usuzuji, že akreditace bohužel reálný vliv nemá a je jen formální. Bylo by vhodné akreditované pracoviště „auditovat“.

V: Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?

I: Do značné míry ano, zkušenost je sice cenná, ale často je provázena i zažitými zlovyky a nešvary.

V: Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

I: Pokud existují, tak mezinárodní normy a pak nalezení konsenzu profesních sdružení a následně s MZ ČR.

V: Co si myslíte o tom, že z dotazníkového šetření pouze 20% respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?

I: Podle mě jsou příliš vágní a obecné. To dialyzačnímu středisku může vyhovovat pro širokou variabilitu výkladu, jinými slovy, že si to stejně mohou dělat podle svého.

V: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvu standardů?

I: Nevím, možná malá vzdělanost v této oblasti.

V: Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?

I: Ano, jako minimální nepodkročitelnou mez.

V: V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekcí ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě těchto standardů v nefrologii?

I: Ano.

V: V jakém časovém horizontu by bylo podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR?

I: Zhruba 1 rok.

V: Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

I: Ano, je to přirozená potřeba, vývoj.

Rozhovor 4

V: Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetřovatelství?

I: 23 let.

V: Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?

I: Byla jsem členkou ČSS a po sloučení ČSS a ČAS jsem členkou ČAS, zhruba posledních 15 let.

V: V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Vnímáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?

I: Pouze částečně, jiné obory jsou na tom podstatně hůř.

V: Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěl/a v současném vzdělávání změnit?

I: Současný systém vzdělávání nefrologických sester je v zásadě akceptovatelný, chybí však jasná metodika a vzdělávání pro sestry, které pracují v oboru delší dobu.

V: Jakou důležitost přikládáte používání ošetřovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?

I: Implementace ošetřovatelských standardů je z mého pohledu zásadní.

V: Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče na dialyzačních střediscích?

I: Vliv je bezesporu významný, protože zdravotnické zařízení musí přehodnotit svůj QMS (Quality Management System), harmonizovat postupy, procesy apod.

V: Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetřovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?

I: Ano.

V: Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

I: Evropské normy a směrnice. Není potřeba znova pracovat na již objeveném.

V: Co si myslíte o tom, že z dotazníkového šetření pouze 20% respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?

I: Souhlasím s tímto tvrzením, kvalita a obsah zahraničních standardů je vyšší.

V: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvu standardů?

I: Nedokážu s jistotou říct.

V: Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?

I: Určitě ano, ale hodně by to záleželo na kvalitě, obsahu a požadavcích těchto standardů.

V: V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekci ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě těchto standardů v nefrologii?

I: Ano.

V: V jakém časovém horizontu by bylo podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR?

I: To záleží na počtu dokumentů a jejich obsahu, reálný odhad je rok a více.

V: Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

I: Ano.

Rozhovor 5

V: Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetrovatelství?

I: Na nefrologickém oddělení pracuji od roku 1972 a od roku 1973 na hemodialyzačním středisku.

V: Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?

I: Od roku 1974 jsem členkou Purkyňovy společnosti, členkou ČAS pak od jejího založení.

V: V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Vnímáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?

I: Ne, na našem pracovišti má 90 % sester specializaci.

V: Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěla v současném vzdělávání změnit?

I: Současné studium je zbytečně zdlouhavé. Sestry jsou často mimo pracoviště, přičemž některé se nedostaly k nefrologii, což považuji za základ.

V: Jakou důležitost přikládáte používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?

I: Vysokou, práce je sjednocena dle určitých pravidel.

V: Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích?

I: Myslím, že akreditovaná pracoviště poskytují pacientům kvalitnější péči.

V: Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?

I: Ano.

V: Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

I: Zkušenost zdravotnického personálu a úroveň vzdělání a také přihlídnutí ke zkušenostem v zahraničí.

V: Co si myslíte o tom, že z dotazníkového šetření pouze 20% respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?

I: Myslím, že byly okopírované ze zahraničí, a proto nevyhovují našim potřebám.

V: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvu standardů?

I: Každé dialyzační středisko vytvořilo určité podklady pro tvorbu dokumentů, které jsou používány v jednotlivých zařízeních.

V: Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?

I: Má to svoje výhody vzhledem ke kontrole kvality péče, jen nevím, zda je tohle možné realizovat.

V: V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekci ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě těchto standardů v nefrologii?

I: Ne.

V: V jakém časovém horizontu by bylo podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR?

I: Nevím, vidím to tak na 1 rok a déle.

V: Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

I: Ano.

4.2.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

Tabulka 18 Důležitost používání ošetrovatelského standardů v nefrologické péči

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
vysoká	1		1	1	1	4
nepodkročitelná úroveň kvalitní ošetrovatelské péče	1					1
budoucnost péče		1				1
bezpečí pacienta		1				1
bezpečí personálu	1	1				2

Z tabulky 18 je zřejmá vysoká důležitost, kterou přikládají používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče 4 informanti. 1 odpověď zněla, že ošetrovatelský standard určuje nepodkročitelnou mez úrovně kvality ošetrovatelské péče. 1 krát se objevila odpověď, že používání ošetrovatelských standardů je budoucnost ošetrovatelské péče. Po 1 informantovi označili jejich používání za zajištění bezpečí pacienta a ošetrovatelského personálu.

Tabulka 19 Vliv akreditace/certifikace zdravotnického zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu ošetrovatelské péče

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
velký přínos pro zdravotnické zařízení	1			1		2
„velký úklid“ v organizaci ve všech jejích složkách	1					1
akreditace je totéž co standardizace - důležitá je kvalita péče a celková etika		1				1
formální - potřeba akreditované pracoviště auditovat			1			1
přehodnocení QMS, harmonizace postupů a procesů				1		1
poskytování kvalitnější péče					1	1

Tabulka 19 zobrazuje názory na vliv akreditace/certifikace zdravotnického zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích. 2 informanti vnímají akreditaci/certifikaci jako velký přínos pro zdravotnické zařízení. 1 informant považuje přípravný proces akreditace za „velký úklid“ v organizaci, ve všech jejích složkách. Další informant nevidí zásadní rozdíl mezi akreditací a standardizací, klade důraz na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a profesní etiku. 1 informant nespatřuje reálný vliv akreditace na kvalitu ošetrovatelské péče, považuje akreditaci za formální a zdůrazňuje potřebu auditu akreditovaných pracovišť. 1 informant vidí přínos akreditace v přehodnocení QMS (Quality Management System), harmonizaci postupů, procesů apod. 1 informant považuje akreditovaná pracoviště za poskytovatele kvalitnější péče.

Tabulka 20 Sdílení názorů vyplývajících z výsledků dotazníkového šetření a stanoviska k aspektům ovlivňujícím kvalitu ošetrovatelské péče

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
ano	1	1	1	1	1	5
profesní zkušenost se promítá do vlivu kolektivu	1					1
nepředávání zkušenosti, nenaklonění změnám	1					1
zkušenost je cenná, často provázena i zažitými zlovyky a nešvary			1			1

Dle tabulky 20 všech 5 informantů sdílí názor vyplývající z dotazníkového šetření, kdy sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality poskytované ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Po jednom informantovi se vyjádřilo k dalším aspektům ovlivňujícím kvalitu ošetrovatelské péče, tj. promítání profesní zkušenosti do vlivu kolektivu, nepředávání zkušeností některými služebně staršími sestrami profesně mladším kolegyním a jejich neochota ke změnám, dále pak časté provázení zkušeností zlovyky.

Tabulka 21 Zdroje pro tvorbu národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou péči

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi (EDTNA/ERCA)	1	1	1	1		4
nalezení konsenzu profesních sdružení a následně s MZ ČR			1			1
zkušenost zdravotnického personálu v ČR a zahraničí					1	1

Z tabulky 21 jsou patrné relevantní zdroje pro tvorbu národních procesuálních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi, které označili 4 informanti. Jedná se o Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi vydané EDTNA/ERCA. 1 informant uvedl jako možnost zdroje také nalezení konsenzu mezi profesními sdruženími a následně s MZ ČR. 1 informant uvedl jako možný zdroj zkušenost zdravotnického personálu u nás i v zahraničí.

Tabulka 22 Názory na výsledky dotazníkového šetření ke stávajícím národním standardům pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
nerozlišování jednotlivých stupňů standardů	1					1
vypracování pouze základní struktury národních standardů v nefrologické péči		1				1
vágní a obecné - široká variabilita výkladu			1			1
vyšší kvalita a obsah zahraničních standardů				1		1
převzetí zahraničních standardů					1	1

Z tabulky 22 je zřejmý názor informantů na výsledky dotazníkového šetření, kdy pouze 20% respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující. 1 informant spatřuje důvod nízké spokojenosti respondentů v nerozlišování jednotlivých stupňů standardů (strukturální, procesuální). 1 informant dále spatřuje problém v tom, že národní standardy v nefrologické péči nejsou dokončené, je vypracován pouze jejich „základ“, převzatý na doporučení EDTNA/ERCA. Další informant označil jako příčinu nízké spokojenosti respondentů se stávajícím národním standardem jejich vágnost, obecnost a možnost široké variability výkladu managementem dialyzačních středisek. 1 informant upozornil na skutečnost, že je kvalita a obsah zahraničních standardů v nefrologické praxi vyšší než v České

republiky. 1 informant uvedl skutečnost, že standardy převzaté ze zahraničí nejsou upraveny na naše podmínky, a tudíž jsou nevyhovující.

Tabulka 23 Důvody nejednotnosti v názvu používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče v návaznosti na dotazníkové šetření

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
management zdravotnického zařízení	1	1			1	3
nízká vzdělanost v této oblasti			1			1
nedokážu s jistotou říct				1		1

Tabulka 23 se věnuje důvodům nejednotnosti v názvu dokumentů standardizace ošetrovatelské péče, které 3 informanti spatřují v managementu zdravotnického zařízení, kdy si každé dialyzační středisko vytvořilo určité podklady pro tvorbu dokumentů, které jsou používány v konkrétních zařízeních. 1 informant uvádí jako důvod nejednotnosti nízkou vzdělanost v této oblasti. 1 informant se nedokázal k této problematice vyjádřit.

Tabulka 24 Stanovisko k výhradnímu zastoupení národních standardů na dialyzačních střediscích

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
ano	1	1	1	1		4
minimální nepodkročitelná mez			1			1
závislost na kvalitě, obsahu a požadavcích standardů				1		1
potřeba upřesnit počty sester se specializovanou způsobilostí na jedno lůžko	1					1
pravomoci MZ ČR zasahovat do nestátních zdravotnických zařízení	1					1
nejasná možnost realizace					1	1

Tabulka 24 podává přehled o stanoviscích informantů k výhradnímu zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích v České republice. 4 informanti se shodují na jejich výhradním zastoupení. 1 informant toto označil jako minimální nepodkročitelnou mez. 1 informant se vyjádřil, že záleží na kvalitě, obsahu a požadavcích národních standardů. Další informant zdůraznil potřebu upřesnit počty sester se specializovanou způsobilostí na jedno lůžko. 1 informant dále upozornil na otázku pravomoci MZ ČR, resp. jeho kontrolních orgánů, vstupovat do působnosti nestátních zdravotnických zařízení. 1 informant vyjádřil obavu nad možností zavedení výhradního zastoupení národních standardů v nefrologické praxi.

Tabulka 25 Participace na tvorbě národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi v případě sestavení pracovní skupiny nefrologickou sekci ČAS

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
ano	1	1	1	1		4
ne					1	1

Tabulka 25 zobrazuje ochotu informantů participovat na tvorbě národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi v případě sestavení pracovní skupiny nefrologickou sekci ČAS. Na tvorbě národních procesuálních standardů by participovali 4 informanti. 1 informant vyjádřil negativní stanovisko k této spolupráci.

Tabulka 26 Názory na časový horizont předložení návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii MZ ČR

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
závislost na počtu dokumentů a jejich obsahu				1		1
do konce roku 2010	1					1
cca 1 rok			1	1	1	3
neschopnost odhadnout		1				1

Z tabulky 26 je zřejmý názor informantů na to, v jakém časovém horizontu by bylo možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR. 1 krát se objevila odpověď, že záleží na počtu a obsahu předkládaných dokumentů. 1 informant uvedl termín do konce roku 2010 a další 3 odpovědi zněly cca do 1 roku. 1 informant nedokázal časový horizont odhadnout.

Tabulka 27 Vznik specializované ošetrovatelské péče v nefrologii jako potřeba ošetrovatelské praxe

odpověď	informant					celkem
	1	2	3	4	5	
ano	1		1	1	1	4
přirozená potřeba/vývoj		1	1			2
specializační vzdělávání sester	1					1

Z tabulky 27 je jasné, že 4 informanti uvádí vznik specializované ošetrovatelské péče v nefrologii jako potřebu ošetrovatelské praxe. 2 informanti považují vznik specializované ošetrovatelské péče v nefrologii za přirozený vývoj nefrologické praxe. 1 informant uvedl potřebu specializačního vzdělání sester jako impuls pro vznik a vývoj specializované nefrologické ošetrovatelské péče.

4.3 Návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče

Na základě teoretických poznatků a výsledků výzkumu jsme vypracovali návrh národního rámcového procesuálního standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétre (CŽK).

4.3.1 Postup při zpracování návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče „Ošetrovatelská péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétre (CŽK)“

První etapa v sobě zahrnovala důkladné studium odborné literatury týkající se problematiky péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétre (CŽK), stávajících strukturálních národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi (viz příloha 1) a procesu sestavování ošetrovatelských standardů.

Druhá etapa probíhala tak, že po prostudování materiálů, konzultacích s autory zahraničních národních ošetrovatelských standardů v nefrologii i lokálních ošetrovatelských standardů nebo standardních ošetrovatelských postupů, a také na základě vlastní zkušenosti z klinické praxe, byl vypracován návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétre (CŽK) (10, 14, 23, 41).

Během třetí etapy byl vytvořený návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétre (CŽK), včetně jeho obrazové přílohy (viz příloha 4), předložen a konzultován s předsedkyní nefrologické sekce České asociace sester Bc. Jindrou Kracíkovou a vedoucí pracovní skupiny pro kvalitu péče ČAS Mgr. Ditou Svobodovou.

V rámci čtvrté etapy byl návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče zaslán na nezávislé dialyzační pracoviště, kde podle tohoto standardu proběhl ošetrovatelský audit, který ověřil jeho odbornost, relevantnost a proveditelnost.

Pátou a zároveň poslední etapou by měl být proces schválení návrhu národního procesuálního standardu, aby se zabezpečil soulad pracovního postupu s požadavky

vedoucích pracovníků a sester a také s potřebami nemocných, aplikace do klinické praxe a jeho ověření. Tato etapa zatím ještě nebyla uskutečněna a domníváme se, že by byla dobrým námětem pro další šetření.

4.3.2 Návrh standardu ošetrovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK)

Název standardu: **Ošetrovatelská péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK)**

Charakteristika standardu:	procesuální standard ošetrovatelské péče
Ošetrovatelský cíl:	zachovat dlouhodobou funkčnost CŽK; předcházet komplikacím; zajistit dlouhodobě dostatečný průtok krve mimotělním okruhem; zabezpečit jednotný postup ošetřování CŽK; informovat pacienta o ošetřování CŽK v domácím prostředí.
Cílová skupina:	pacienti s CŽK zařazení do dialyzačního programu
Standard je určený pro:	všeobecná sestra, zdravotnický asistent
Datum použití:	
Datum kontroly:	2 x za rok, průběžně, nepravidelně
Kontrolu vykonal/a:	manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra)
Podpis zodpovědného pracovníka:	vedoucí sestra

Standard vytvořil:	Bc. Andrea Kesziová doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.
---------------------------	---

KRITÉRIA STRUKTURY:

S1 Pracovníci: všeobecná sestra (dále jen „sestra“) s odbornou, zvláštní odbornou nebo specializovanou způsobilostí bez odborného dohledu (SZŠ + 3 roky praxe, VOŠ, VŠ), sestra bez odborného dohledu s omezenými kompetencemi v průběhu adaptačního procesu pod vedením mentorky klinické praxe, sestra a zdravotnický asistent pod odborným dohledem sestry s vymezenými kompetencemi

- **sestra 1** – sestra pracující se sterilními pomůckami
- **sestra 2** – sestra/zdravotnický asistent pracující s nesterilními pomůckami – spolupracující sestra

S2 Prostředí: dialyzační středisko

S3 Pomůcky:

- sterilní jednorázové pomůcky: roušky, rukavice, čtverce, tampony, injekční stříkačky velikosti 2 ml, 5 ml a 20 ml, uzávěry katétru, injekční jehla, bodec, propustné krytí s náplastí
- nesterilní jednorázové pomůcky: ústenky pro sestru a pacienta, empír, ochranné brýle, emitní miska, pružné hadicové obinadlo velikosti č. 3, náplast, rukavice, savá jednorázová podložka, holící břit
- ostatní pomůcky: fyziologický roztok, antikoagulancium dle ordinace lékaře, prostředky pro ošetření místa vpichu CŽK dle ordinace lékaře, dezinfekční roztok v dávkovači s rozprašovačem dle doporučení výrobce katétru a hygienicko-epidemiologického řádu pracoviště

S4 Dokumentace: zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace, dialyzační protokol

KRITÉRIA PROCESU:

Na ošetřování CŽK participují vždy 2 sestry, které se po celou dobu ošetřování, připojování a odpojování od mimotělního oběhu řídí zásadami aseptického postupu! Sestry zajistí, aby okna a dveře v místnosti, kde se CŽK ošetřuje, byla uzavřena a aby nedocházelo ke zbytečnému a nadměrnému víření vzduchu a pohybu osob v místnosti (stlaní lůžek, přítomnost návštěv a jiných nelékařských pracovníků – řidičů sanitních vozidel, sanitářů přivázejících pacienty apod.)

Před napojením pacienta na mimotělní oběh:

P1 Sestra poučí pacienta o postupu ošetřování CŽK a seznámí ho s péčí a nutnými opatřeními (hygiena, prevence otevření systému nebo poškození koncovek CŽK apod.) mimo HDS (lůžkové oddělení, domácí prostředí).

P2 Sestra zjistí a analyzuje případné pacientovy problémy s CŽK od minulého ošetření, změří pacientovu tělesnou teplotu a zaznamená ji do dokumentace.

P3 Sestra 2 podává asepticky konkrétní pomůcku vždy bezprostředně před použitím sestře 1 přímo ze sterilního obalu. Alternativně lze postupovat tak, že se bezprostředně před ošetřením CŽK sterilní pomůcky připraví do sterilní vaničky „napojovacího balíčku“.

P4 Sestry 1 a 2 provedou hygienickou dezinfekci rukou podle ošetřovatelského standardu č. ... Sestra 1 si oblékne empír, ústenku, ochranné brýle a asepticky si nasadí sterilní rukavice. Sestra 2 si nasadí ústenku a nesterilní jednorázové rukavice. Sestra 2 nasadí ústenku pacientovi.

P5 Sestra 2 odstraní krytí z koncovek katétru i z okolí místa vpichu katétru (sterilní uzávěry katétru ponechá). Zkontroluje přítom:

a) okolí a místo zavedení CŽK – známky přítomnosti infekce (zarudnutí, otok, sekrece, bolestivost), prosakování krve, alergické a jiné změny na kůži. V případě přítomnosti známek infekce provede (po poradě s lékařem) ještě před dezinfekcí stěr z okolí místa

vpichu CŽK pro bakteriologické vyšetření na kultivaci a citlivost, ev. připraví lékařem ordinované odběry

b) koncovky katétru – neporušenost materiálu katétru a tlaček, případné zalomení nebo jiné poškození katétru, fixace katétru, polohu katétru (např. povytažení)

V případě zjištění jakékoli komplikace sestra informuje ihned lékaře.

P6 Sestra 2 provede oholení okolí místa vpichu CŽK na dostatečné ploše pokud krytí místa vpichu CŽK zasahuje do vousů nebo ochlupení. Sestra 2 dezinfikuje okolí místa vpichu CŽK dezinfekčním přípravkem. Sestra 1 očistí okolí místa vpichu CŽK, při otírání přebytečné dezinfekce nebo při čištění okolí místa vpichu CŽK postupuje od středu (vpichu) směrem ven (od vpichu). Sestra 1 dbá na to, aby se ošetřená místa již znovu nekontaminovala.

P7 Sestra 1 překryje okolí místa vpichu CŽK sterilním čtvercem a náplastí a zároveň tak dostatečně fixuje katétru. Dle ordinace lékaře lze na čtverec aplikovat dezinfekční nebo ATB mast.

P8 Sestra 2 asepticky podá sestře 1 savou podložku k podložení koncovek CŽK a důkladně je dezinfikuje vhodným dezinfekčním přípravkem. Při dezinfekci klade důraz na aplikaci přípravku na celou plochu včetně spodní části koncovek a tlaček a to bezdotykově z dávkovače s rozprašovačem nebo politím nebo systémem „swabing“. Dále pak klade důraz i na výrobcem a hygienicko-epidemiologickým řádem pracoviště předepsanou dobu expozice dezinfekčního přípravku.

P9 Sestra 2 uloží pacienta do Trendelenburgovy polohy. V případě, že se k uzavření katétru používají tzv. konektory, u kterých při napojování dialyzačních setů nedochází k otevření systému, nemusí se pacient při ošetřování CŽK, napojování či odpojování k/od dialyzačnímu přístroji do Trendelenburgovy polohy ukládat. Při výměně „konektorů“ však tato výjimka neplatí.

P10 Sestra 1 podloží dezinfikované koncovky CŽK sterilní rouškou (vhodné je použít roušku s otvorem) a odstraní uzávěry koncovek CŽK. Sestra 2 znovu bezdotykově

rozprašovačem nebo politím dezinfikuje koncovky CŽK, přičemž přípravek neaplikuje proti otevřeným koncovkám CŽK, ale pouze na vnější části (tzn. tak, aby se dezinfekční přípravek nedostal do vnitřního prostoru katétru). Takto postupuje vždy, když v průběhu ošetření koncovky dezinfikuje (při každém rozpojení systému).

P11 Sestra 2 podá sestře 1 dvě sterilní injekční stříkačky velikosti 5 ml a ta odsaje heparinové zátky z koncovek CŽK (podle typu a velikosti katétru obvykle 2-3 ml). Pro každou koncovku použije jednu sterilní stříkačku. V případě odběru krve k vyšetření z koncovek CŽK se ještě provede další aspirace 20 ml krve do zvláštní stříkačky a ihned se krev vrátí zpět do oběhu pacienta. To se opakuje alespoň 3 x za sebou, aby byl zaručen dostatečný proplach koncovky CŽK před vlastním odběrem krve a zabránilo se tak zkreslení výsledků vyšetření. Při každém rozpojení systému katétru v průběhu připojení nebo odpojení pacienta (odstranění uzávěrů, odpojení stříkačky, setu nebo odběrového systému) musí být tlačky CŽK uzavřeny.

P12 Sestra 1 otestuje funkčnost CŽK aspirací krve a následným proplachem fyziologickým roztokem pomocí injekční stříkačky velikosti 20 ml. Takto postupuje u každé koncovky CŽK zvlášť.

P13 Sestra 2 připraví dialyzační monitor k připojení pacienta. Arteriální a venózní konce dialyzačních setů dezinfikuje v délce minimálně 30 cm alkoholovým dezinfekčním přípravkem a po uplynutí předepsané doby expozice je podá sestře 1, která je pevně napojí na koncovky CŽK. Spojení koncovek CŽK a dialyzačních setů zabalí do sterilních čtverců.

P14 Sestra 1 aplikuje do arteriálního portu dialyzačního setu antikoagulaci dle ordinace lékaře a dále postupuje dle ošetrovatelského standardu č. ... – Ošetrovatelská péče o pacienta v průběhu hemodialýzy.

P15 V průběhu ošetření sestra sleduje:

- arteriální a venózní tlak a jejich vývoj v závislosti na průběhu ošetření a poloze pacienta
- fixaci (polohu) CŽK
- změny celkového stavu pacienta

Při odpojování pacienta od mimotělního oběhu:

P16 Sestra 2 podává asepticky konkrétní pomůcku vždy bezprostředně před použitím sestře 1 přímo ze sterilního obalu.

P17 Sestra 1 si oblékne empír, ústenku, ochranné brýle a asepticky si nasadí sterilní rukavice. Sestra 2 si nasadí ústenku a nesterilní jednorázové rukavice. Sestra 2 nasadí ústenku pacientovi a uloží jej do Trendelenburgovy polohy.

P18 Sestra 2 dezinfikuje koncovky CŽK a dialyzačního setu. Po uplynutí předepsané doby expozice dezinfekčního přípravku sestra 1 podloží koncovky novou sterilní rouškou a odpojí arteriální koncovku dialyzačního setu a podá ji sestře 2, která zahájí návrat krve z mimotělního oběhu a dezinfikuje znovu arteriální koncovku CŽK.

P19 Sestra 1 propláchne pomocí injekční stříkačky arteriální koncovku CŽK 20 ml fyziologického roztoku, následně do koncovky aplikuje výrobcem katétru předepsané množství antikoagulancia (k aplikaci použije pro každou koncovku novou stříkačku o objemu 2 ml) a koncovku uzavře sterilním uzávěrem. Před uzavřením koncovky CŽK tláčkou je třeba udržovat tlak na píst stříkačky tak, aby nemohlo dojít k samovolnému zpětnému vniknutí krve z oběhu pacienta do CŽK.

P20 Sestra 1 odpojí po ukončení návratu krve venózní koncovku setu a podá ji sestře 2. Sestra 2 dezinfikuje venózní koncovku CŽK. Sestra 1 dále postupuje u venózní koncovky CŽK stejně jak je uvedeno v kritériu P19 u arteriální koncovky CŽK.

P21 Sestra 1 překryje okolí místa vpichu CŽK sterilním propustným krytím s náplastí a zároveň tak dostatečně fixuje katétr. Krytí se opatří nápisem s popisem typu použitého antikoagulantia, dále se na krytí zaznamená datum ošetření a podpis sestry, která ošetření provedla. Koncovky CŽK uloží do sterilních čtverců a ty fixuje přetažením pružného hadicového obinadla nebo náplastí. U nově implantovaných katétrů nebo v případě, že v průběhu ošetření došlo ke znečištění krytí okolí místa vstupu permanentního CŽK, případně pokud je podezření, že v průběhu ošetření došlo k dislokaci nebo jinému poškození katétru, provedou sestry převaz okolí místa vpichu CŽK stejně jako je popsáno v P5 – P7.

P22 Sestra 2 zajistí dekontaminaci a uložení použitých pomůcek. Jednorázové pomůcky uloží do nádob určených pro infekční odpad. Pomůcky pro opakované použití dezinfikuje dle hygienicko-epidemiologického řádu pracoviště.

P23 Sestra 1 zaznamená všechny potřebné údaje do dokumentace pacienta (průtok krve, venózní a arteriální tlaky, případné komplikace související s CŽK a pozorování). O případných komplikacích bezprostředně informuje lékaře.

Ošetření místa vpichu CŽK mimo dialyzační ošetření:

P24 Při ošetření místa vpichu CŽK mimo dialyzační ošetření se postupuje stejně jako v kritériích P5, P6 a P23.

P25 Sestra 1 poučí pacienta/blízké osoby o:

- fyzickém šetření (nevykonávat prudké pohyby)
- významu nošení vzdušného a čistého oblečení
- důležitosti zvýšené osobní hygieny (upřednostnit sprchování, nevhodné jsou bazény, přírodní nádrže)
- významu nemanipulování s ostrými předměty v okolí CŽK
- způsobu ošetřování CŽK v domácím prostředí v případě porušení sterilního krytí
- potřebě okamžitého hlášení změn zdravotního stavu

KRITÉRIA VÝSLEDKU:

V1 Pacient/blízké osoby jsou informováni o postupu ošetřování CŽK v domácím prostředí.

V2 Pacient je asepticky a bezpečně napojen na mimotělní oběh dialyzačního monitoru.

V3 Pacient má ošetřený CŽK předepsaným způsobem.

V4 Pacient má v dokumentaci zaznamenané všechny potřebné údaje.

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT STANDARDU č. ...

Vyhodnocení splnění standardu „Ošetřovatelská péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK)“.

Dialyzační středisko:

Auditoři:

Datum:

Metody auditu:

- kontrola plnění kvalifikačních požadavků v osobním spise
- kontrola pracovního prostředí
- kontrola pomůcek
- kontrola ošetřovatelské dokumentace
- otázka pro sestru
- pozorování sestry při výkonu
- otázka pro pacienta/blízké osoby

S	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
T	S ₁₋₃	Jsou splněny podmínky v kritériích struktury S1- S3?	kontrola plnění	3 b	0b
			kvalifikačních požadavků v osobním spise		
			kontrola prostředí		
U	S ₄	Má sestra k dispozici zdravotnickou/ ošetrovatelskou dokumentaci pacienta?	kontrola dokumentace	1b	0b

P	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
R	P ₁	Poučila sestra pacienta o postupu ošetřování CŽK?	otázka pro pacienta	1b	0b
	P ₂	Zjistila sestra případné problémy pacienta v souvislosti s CŽK?	kontrola dokumentace	1b	0b
	P ₃	Postupovaly sestry při používání sterilních pomůcek asepticky?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₄	Provedly sestry před výkonem hygienickou dezinfekci rukou?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₅	Zkontrolovala sestra kritéria uvedené v P5?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b

P R O C E S	P ₆	Ošetřila sestra místo vpichu CŽK způsobem předepsaným v bodě P5 ?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₇	Zakryla sestra místo vpichu správným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₈	Dezinfikovala sestra správně koncovky CŽK?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₉	Uložila sestra pacienta do Trendelenburgovi polohy?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₀	Podložila sestra koncovky CŽK sterilní rouškou? Dezinfikovala sestra otevřené koncovky předepsaným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₁₁	Odsála sestra heparinové zátky a propláchla koncovky předepsaným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₂	Otestovala sestra funkčnost CŽK?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₃	Aplikovala sestra antikoagulaci dle ordinace lékaře?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₄	Dodržela sestra podmínky uvedené v kritériu P14 před napojením pacienta?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₅	Sledovala sestra kritéria uvedené v P15?	kontrola dokumentace	1b	0b

P R O C E S	P ₁₆	Dodržely sestry při odpojování pacienta zásady asepse?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₁₇	Použily sestry předepsané ochranné pracovní prostředky? Uložily pacienta do Trendelenburgovy polohy?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₁₈	Dezinfikovala sestra správně koncovku CŽK?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₁₉	Aplikovala sestra správně zátku s předepsaným antikoagulanciem?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₂₀	Ošetřily sestry venózní koncovku CŽK předepsaným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₂₁	Ošetřila sestra místo vpichu a koncovky CŽK předepsaným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	2b	0b
	P ₂₂	Zajistila sestra dekontaminaci a uložení použitých pomůcek?	kontrola pomůcek	1b	0b
	P ₂₃	Zaznamenala sestra do dokumentace pacienta potřebné údaje?	kontrola dokumentace	1b	0b
	P ₂₄	Ošetřila sestra místo vpichu CŽK mimo dialyzační ošetření?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	P ₂₅	Poučila sestra pacienta/blízké osoby podle kritérií uvedených v P25?	otázka pro pacienta/blízké osoby	1b	0b

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V Ý S L E D E K	V ₁	Jsou pacient/blízké osoby poučeni o postupu ošetřování CŽK v domácím prostředí?	otázka pro pacienta/blízké osoby	1b	0b
	V ₂	Je pacient asepticky a bezpečně napojen na mimotělní oběh dialyzačního monitoru?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	V ₃	Má pacient ošetřený CŽK předepsaným způsobem?	pozorování sestry při výkonu	1b	0b
	V ₄	Jsou v dokumentaci pacienta zaznamenány potřebné údaje?	kontrola dokumentace	1b	0b
Součet:					

Standard je **splněný** při dosažení počtu **42 bodů** (100 %)

Standard je **splněný částečně** při dosažení počtu **38 bodů** (90 %)

Standard je **nesplněný** při dosažení počtu méně než **34 bodů** (80 %)

5 DISKUZE

5.1 Diskuze k výsledkům dotazníků a hypotézám práce

Kvantitativní část výzkumu vycházela z pěti cílů práce a z pěti hypotéz, které na tyto cíle navazovaly. Použitý dotazník obsahoval 23 otázek, které měly potvrdit či vyvrátit hypotézy, které jsme si určili. Dotazník byl určen všem vedoucím sestřám – manažerkám ošetrovatelské péče na dialyzačních střediscích v České republice. Získaná data byla upravena pomocí tabulek a grafů, z kterých tato diskuze vychází.

Pro zajištění validity dat byly první tři otázky zaměřeny na délku profesní praxe sester v nefrologii (tabulka 1, graf 1), manažerské pozice ve zdravotnickém zařízení (tabulka 2, graf 2) a dobu působení v manažerské pozici (tabulka 3, graf 3). Délka profesního působení sester v nefrologii byla rozdělena na čtyři kategorie. Nejvíce jich bylo z věkové kategorie 11-20 let (51 %). Zastoupení respondentů s délkou praxe v nefrologii 21 a více let bylo také významné (30 %). Nejvyšší počty v těchto kategoriích si vysvětlujeme tím, že zastoupení sester na dialyzačních střediscích s touto délkou profesní praxe je běžné, sestry jsou osobnostně i profesionálně zralé pro náročnou práci na těchto odděleních. Zjistili jsme, že délka profesní praxe sester je dle názoru sester manažerek jedním z významných faktorů, které ovlivňují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče dialyzovaným pacientům (graf 11). Nejmenší zastoupení bylo u respondentů s dobou sesterské praxe 0-5 let (7 %) a 6-10 let (12 %). To by se dalo vysvětlit tím, že sestry zajímá atraktivní práce na stále se rozrůstajícím poli specializovaných pracovišť, jakým oddělení dialýzy bezesporu je. Jak se dalo předpokládat, valná většina respondentů působí v příslušném zdravotnickém zařízení na pozicích vrchní (47 %) a staniční sestry (48 %). To si vysvětlujeme tím, že nestátní zdravotnická zařízení preferují pozici vrchní sestry před pozicí sestry staniční. Ta je typická spíše pro státní sektor. Zastoupení respondentů na pozici úseková sestra bylo zanedbatelné (3 %). Ačkoliv se dotazníkového šetření účastnilo minimum hlavních sester/náměstkyň ošetrovatelské péče, jejich 2% účast byla brána jako nadstandardní, protože to jsou zástupci top managementu dvou největších nestátních zdravotnických zařízení provozujících dialyzační střediska nejen v České republice. Doba působení

v manažerské pozici byla rozdělena mezi kategorie 0-5 let (35 %) a 11-20 let (37 %). Dále se rovnoměrně rozděluje do kategorií 6-10 let (17 %) a 21 a více let (11 %)

Hypotéza H 1 zněla: Sestry v manažerských pozicích mají povědomí o datování počátku vzniku samostatného nefrologického ošetrovatelství v České republice. Tuto hypotézu přímo ověřovala otázka č. 6, která se zabývala tím, zdali respondenti vědí, od kdy se datuje počátek nefrologického ošetrovatelství jako samostatného oboru v ČR (tabulka 4, graf 6). Toto povědomí má 44 % respondentů. Zbylé procento respondentů tento časový údaj nezná. Tento fakt si vysvětlujeme převážným zájmem respondentů o prohlubování potřebných praktických dovedností na úkor opakování teoretických vědomostí. Hypotézu H1 dále ověřovala otázka č. 7. Vzhledem k hypotéze nás zajímalo, z jakých zdrojů respondenti čerpali informace o historickém vývoji nefrologického ošetrovatelství. Nejvyšší počet respondentů, 70, čerpalo informace o historickém vývoji ošetrovatelství na nefrologických kongresech, konferencích, sympóziích, atd. Tento stav si vysvětlujeme vysokou odbornou úrovní sdělení autorů na historická témata. 51 respondentů čerpalo informace z odborné literatury, 42 respondentů získalo informace v průběhu specializačního vzdělávání a 34 dotázaných z odborných časopisů. Toto přičítáme dostupnosti literárních pramenů a periodik také v elektronické podobě a dále obsahu přednášek v rámci specializačního vzdělávání sester.

Hypotéza H 1 se nepotvrdila.

Hypotéza H 2 zněla: Sestry v manažerských pozicích přikládají v rámci kvality ošetrovatelské péče větší váhu faktoru profesní zkušenosti než specializované způsobilosti sestry. Tuto hypotézu přímo ověřovaly otázky č. 10 a 11. Na otázku č. 11 bylo možné označit více možností. Celých 94 % respondentů považuje získání specializované způsobilosti (dříve PSS) pro práci sestry na svém oddělení za důležité. To také potvrzují výsledky k otázce č. 4, která tuto hypotézu ověřovala. 5 % dotázaných uvedlo, že získání specializované způsobilosti důležité pro práci sestry není a 1 % respondentů odpovědělo, že na dialyzačním středisku postačí, aby 50 % sester získalo specializovanou způsobilost a 50 % sester zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti absolvováním akreditovaného certifikovaného kurzu. I přes

nízký počet respondentů, uvádějících tuto odpověď, hodnotíme toto stanovisko z pohledu celoživotního vzdělávání sester jako velmi významné a svědčí o tom, že pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče lze absolvovat kromě již zmiňovaného specializačního vzdělávání i existující akreditovaný certifikovaný kurz. Sestry přikládaly důraz námi očekávaným aspektům ovlivňujícím kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na dialyzačním oddělení. 54 respondentů označilo jako významný vliv kolektivu a téměř stejný počet, tj. 52 respondentů, uvedlo zájem vedení zdravotnického zařízení. Chí kvadrát testem jsme ověřovali nulovou hypotézu, zdali jsou délka profesní praxe sestry a specializovaná způsobilost zastoupeny stejně. Dosažená hladina významnosti chí kvadrát testu vyšla 24,9 %, což je větší než hraniční hodnota 5 %, tudíž nulová hypotéza platí. Oba srovnávané faktory mají u dotazovaných sester stejnou váhu. Hypotézu H 2 dále ověřovaly otázky č. 4 a 12. Většina respondentů, až 83, získala specializovanou způsobilost absolvováním specializačního vzdělávacího programu v oboru nefrologie podle dřívějšího systému vzdělávání (pomaturitní specializační studium v úseku práce „Nefrologie“ nebo inovované studium v úseku práce „Intenzivní péče v nefrologii“) nebo současným modulovým systémem („Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve“). Kracíková uvádí, že „vzhledem k tomu, že na HDS v roce 2006 pracovalo 1051 sester, se lze domnívat, že více než 50 % sester absolvovalo specializační vzdělávání v oboru, ve kterém pracují“ (27). Z toho usuzujeme, že zájem o specializační vzdělávání mezi vedoucími sestrami pracujícími na dialyzačních střediscích byl a je značný. Nejméně respondentů, 2, mělo středoškolské odborné vzdělání, 2 vyšší odborné vzdělání a akreditovaný certifikovaný kurz se zaměřením na nefrologickou problematiku absolvovalo 6 respondentů. Z výsledků dotazníku jsme zjistili, že se 10 vedoucích sester celoživotně vzdělává i formou vysokoškolského bakalářského a 3 formou navazujícího magisterského studia. Až 95 % respondentů uvedlo podporu specializačního vzdělávání sester ze strany zaměstnavatele.

Hypotéza H 2 se nepotvrdila.

Hypotéza H 3 zněla: Lokální ošetrovatelské standardy na většině dialyzačních středisek v České republice existují, ale často nejsou využívány v praxi. Tuto hypotézu přímo ověřovala otázka č. 14. Celých 97 % respondentů využívá lokální ošetrovatelské standardy na dialyzačních střediscích. To si vysvětlujeme odpověďmi na otázky č. 13 a 16, kdy 100 % dotazovaných respondentů označilo kladné stanovisko k potřebě standardů ošetrovatelské péče v nefrologické praxi a 97 % respondentů dodržuje a kontroluje lokální ošetrovatelské standardy na svých pracovištích. Dále hypotézu ověřovaly otázky č. 8, 9, 15, 17, 18 a 19. Odpovědi u typu dialyzačního střediska byly velmi vyrovnané, 47 % respondentů působí ve státní a 53 % v soukromé sféře. 15 respondentů uvedlo, že dialyzační střediska, ve kterých pracují, získala akreditaci SAK. Získání ISO certifikace uvedlo 45 dotázaných a zdravotnické zřízení 2 respondentů dosáhlo mezinárodní akreditaci JCI. 14 tázaných odpovědělo, že se jejich zařízení připravuje na akreditaci SAK, 6 respondentů uvedlo přípravu pracoviště na ISO certifikaci. Z výše uvedeného usuzujeme, že zdravotnická zařízení kladou velký důraz na programy kontinuálního zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Odpovědi na otázku, která zkoumala označení dokumentu standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii, byly překvapujícím zjištěním. Názvy používaných dokumentů se na jednotlivých dialyzačních střediscích významně liší. Nejpoužívanějšími označeními byly: 40 krát ošetrovatelský standard vytvořený speciálně pro konkrétní pracoviště, 36 krát manuál pro konkrétní pracovní postup (např. ošetření CŽK, péče o AVF, manipulace s přístrojovou technikou, bed-side monitory, atd.), standardní ošetrovatelské postupy 19 krát a standardní pracovní postup 18 krát. Je alarmující, že 2 respondenti dokumenty standardizace ošetrovatelské péče v jejich zdravotnickém zařízení nepoužívají. 87 lokálních standardů ošetrovatelské péče je zaměřeno na hemodialýzu a 71 na peritoneální dialýzu. To si vysvětlujeme druhem zajišťovaného chronického dialyzačního programu v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Na otázku, jak často dochází k aktualizaci standardů ošetrovatelské péče na dialyzačních pracovištích, nadpoloviční většina (54 %) označila odpověď dle povahy konkrétního dokumentu. To pramení také ze zmiňované nejednotnosti názvu dokumentu standardizace

ošetřovatelské péče v nefrologii. Potěšující je, že se 74 % respondentů osobně podílí ve svých zařízeních na tvorbě dokumentů standardizace ošetřovatelské péče.

Hypotéza H 3 se nepotvrdila.

Hypotéza H 4 zněla: Manažerky ošetřovatelské péče dialyzačních středisek považují existující národní standardy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi za nedostačující. Tuto hypotézu přímo ověřovala otázka č. 20. Pouze 20 % respondentů se domnívá, že existující národní standardy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi, zveřejněné na webových stránkách nefrologické sekce České asociace sester (41), jsou vyhovující. Tento výsledek nás nepřekvapil a předpokládali jsme jej z důvodu, že národní standardy (příloha 1) jsou vypracovány na strukturální úrovni podle Evropských norem pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi (69) a pro okamžité použití v klinické praxi je zapotřebí je rozpracovat procesuálně. Další důvod spatřujeme v nedostatečné prezentaci stávajících národních standardů ošetřovatelské péče odbornou společností. Hypotézu dále ověřovaly otázky č. 21 a 22. Aktualizaci národních standardů v oblasti hemodialýzy by uvítalo 41 respondentů, v oblasti peritoneální dialýzy 33 respondentů, v oblasti transplantace pouze 3 respondenti. To si opět vysvětlujeme druhem zajišťovaného dialyzačně-transplantačního programu. Až 40 respondentů na otázku neumělo odpovědět. To si vysvětlujeme tím, že se respondenti doposud neseťkali se stávajícími národními standardy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi. Na otázku, v jakém časovém horizontu by měly být národní standardy ošetřovatelské péče v ČR aktualizovány, nejvíce respondentů (63 %) označilo časový horizont do 2 let. Pro zajímavost uvádíme i některé další odpovědi, kterými jsou časový horizont 5 let, dle potřeby, pokaždé při změnách legislativy a dále na základě nejnovějších vědeckých poznatků.

Hypotéza H 4 se potvrdila.

Hypotéza H 5 zněla: Členové nefrologické sekce České asociace sester budou spolupracovat na procesu vzniku návrhu národního procesuálního standardu ošetřovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům. Tuto hypotézu přímo ověřovaly otázky č. 5 a 23. Jako pozitivum vnímáme fakt, že většina respondentů působí v profesních organizacích v oblasti nefrologie. 68 respondentů jsou

členy největší a nejsilnější odborné profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků u nás - České asociace sester, konkrétně její nefrologické sekce. 56 respondentů má členství v EDTNA/ERCA. Překvapivým zjištěním bylo, že 11 tázaných vedoucích sester – manažerek ošetrovatelské péče nejsou členkami žádné profesní organizace v oblasti nefrologie. Poslední otázka směřovala k ochotě spolupracovat na aktualizaci národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi. Celkově hodnotíme výsledek (55 % je ochotno participovat, 45 % kooperaci odmítá) vzhledem k vytíženosti vedoucích sester dialyzačních středisek vysoce kladně.

Hypotéza H 5 se potvrdila.

5.2 Diskuze k výsledkům rozhovorů a výzkumným otázkám

Kvalitativní část výzkumu vycházela z prvního a posledního cíle práce a dvou na cíle navazujících výzkumných otázek a částečně z již provedené kvantitativní části. Odpovědi předních osobností nefrologického ošetrovatelství, které mají bohaté zkušenosti nejen s tvorbou ošetrovatelských standardů v nefrologické praxi, byly kategorizovány v tabulkách v kapitole 4.2.1 Kategorizace výsledků rozhovorů.

Jak uvádí Staňková, „ošetrovatelské standardy jsou zaměřeny na jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče tak, aby přesně vymezovaly základní kritéria pro výkon nelékařského povolání a pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče“ (54). Většina informantů přikládá používání ošetrovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče vysokou, zásadní důležitost. Další odpověď zněla, že ošetrovatelský standard určuje nepodkročitelnou úroveň kvality ošetrovatelské péče. Někteří označili jejich používání za budoucnost nefrologické ošetrovatelské péče, další za zajištění bezpečí pacienta a ošetrovatelského personálu. Bezpečí ošetrovatelského personálu v tomto smyslu tkví v dodržování zásad standardizace ošetrovatelské péče, tedy v ochraně sester před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že dodržely příslušný standard.

Dále nás zajímal vliv přípravy nebo samotné akreditace, resp. certifikace dialyzačních středisek na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Pro činnost zdravotnického zařízení je ze strategického pohledu podle Škrlových „důležité

používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované léčebné a ošetrovatelské péče“ (63). Někteří informanti nerozlišují mezi akreditací a standardizací jako takovou, předmětem jejich zájmu je především kvalita a etické aspekty poskytované péče. Je zarážející, že pouze 1 dotazovaný odborník připisuje vlivu akreditace, resp. certifikace zdravotnických zařízení poskytování kvalitnější zdravotní péče. Pouze 2 osobnosti nefrologické obce je považují za velký přínos zdravotnických zařízení. Překvapivým zjištěním také bylo, že 1 informant nespatřuje reálný vliv akreditace na kvalitu ošetrovatelské péče, považuje ji za formální a zdůrazňuje potřebu auditu poskytované péče na akreditovaných pracovištích. Další informanti považují přípravný proces na akreditaci nebo certifikaci za možnost restrukturalizace ve všech složkách zdravotnického zařízení, (QMS - Quality Management System, harmonizaci postupů, procesů), změny způsobu myšlení na všech jeho úrovních.

V kvantitativní části výzkumu jsme prostřednictvím dotazníkového šetření zjistili názory vedoucích sester – manažerek ošetrovatelské péče na aspekty ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče. Z provedeného dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že vedoucí sestry preferovaly vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry před faktorem profesní zkušenosti sester. V kvalitativní části nás tedy zajímaly názory předních osobností nefrologické praxe na výsledky dotazníkového šetření. Tento názor sdílí všichni informanti. Po jednom informantovi se vyjádřili k dalším aspektům ovlivňujícím kvalitu ošetrovatelské péče. Jednalo se o promítání profesní zkušenosti do vlivu kolektivu, kdy si sestry předávají svoje vědomosti a dovednosti, kladné i ty záporné. Někdy ale dochází i k nepředávání zkušeností některými služebně staršími sestrami profesně mladším kolegyním. Vyskytuje se i jejich neochota k zavádění změn na pracovišti.

Dále jsme v rozhovorech získali názory na zdroje potřebné pro vytvoření národních procesuálních ošetrovatelských standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi. Očekávaným výsledkem bylo, že téměř všichni tázaní uvedli jako zdroj pro vytvoření národních procesuálních standardů Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi vydané EDTNA/ERCA v roce 1992 (69). Jejich českou mutaci

vydala nefrologická sekce ČAS v roce 1994. Potěšující bylo, že 1 informant uvedl jako možný zdroj zkušenosti zdravotnického personálu, a to u nás i v zahraničí. Bylo zmíněno také nalezení konsenzu mezi profesními sdruženími, sdružujícími „nefrologické“ sestry a následně s MZ ČR.

V prvně provedené kvantitativní části výzkumu jsme prostřednictvím dotazníkového šetření zjistili míru spokojenosti ze stávajícími národními standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi. Z výsledku tohoto šetření vyplynul závěr, že pouze 20 % respondentů považovalo stávající národní standardy za vyhovující. Zajímá nás názor představitelů profesních organizací ČAS a EDTNA/ERCA na tento výsledek. Důvody nízké spokojenosti respondentů spočívaly podle našich informantů v nerozlišování jednotlivých typů standardů (4). Na toto tvrzení navazuje další výpověď, dle které je vypracován pouze „základ“ neboli struktura národních standardů v nefrologické péči - nejsou tedy dokončené na procesuální úrovni. Stávající podoba těchto standardů byla převzatá z EDTNA/ERCA na jejich doporučení. Byla také zmíněna obecnost a tedy možnost široké variability výkladu managementem dialyzačních středisek. Vyskytlo se také tvrzení, že jsou stávající národní standardy převzaty ze zahraničí, nejsou upraveny na naše podmínky, a tudíž jsou nevyhovující. 1 informant podotkl důležitou skutečnost, že kvalita a obsah zahraničních standardů v nefrologické praxi je vyšší než v České republice. Dle slov prezidentky EDTNA/ERCA mají národní standardy zavedeny země jako Velká Británie, Španělsko a Slovensko.

Byla zkoumána také problematika nejednotnosti názvů dokumentů standardizace ošetrovatelské péče. Tato nejednotnost by mohla spočívat dle Škrlových v postoji a filozofii managementu zdravotnického zařízení (63), kdy si každé dialyzační středisko vytvořilo určité podklady pro tvorbu dokumentů standardizace, které jsou používány v konkrétních zařízeních. 1 informant uvádí jako důvod nejednotnosti nízkou vzdělanost respondentů v této oblasti. Překvapilo nás, že se 1 informant nedokázal k této problematice vyjádřit.

V současné době se nachází v České republice 97 dialyzačních středisek. Pro zajištění kvality ošetrovatelské péče je nevyhnutné výhradní zastoupení národních

standardů (63). Převážná část informantů by uvítala jejich výhradní zastoupení, přičemž jeden z nich označil toto jako minimální nepodkročitelnou mez pro nastolení a zachování kvality ošetrovatelské péče. Zazněly i názory, že záleží na kvalitě, obsahu a požadavcích národních standardů, což nás nepřekvapilo. Jako užitečné se nám jeví zdůraznění potřeby upřesnit počty sester se specializovanou způsobilostí na jedno lůžko ve zdravotnickém zařízení. Ideální by bylo upřesnit i počty všech dalších pracovníků, poskytujících nefrologickou ošetrovatelskou péči. Pro zavedení národních standardů nefrologické praxe je velice důležité jasně vymezit pravomoce MZ ČR. Zatímco přímo řízeným organizacím může ministerstvo používání národních standardů nařídit, soukromým poskytovatelům zdravotní péče pouze doporučit. Byla vyjádřena i obava nad možností zavedení výhradního zastoupení národních standardů v nefrologické praxi.

Prostřednictvím odpovědí na ochotu participovat na tvorbě národních procesuálních standardů v případě sestavení pracovní skupiny nefrologickou sekci ČAS (3) jsme hledali odpovědi na 2. výzkumnou otázku: „Budou ochotni zástupci nefrologické sekce České asociace sester participovat na procesu vzniku návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům?“. Potěšujícím faktem byla participace 4 předních osobností nefrologické obce. Překvapivým zjištěním bylo naopak vyjádření negativního stanoviska k ochotě spolupracovat ze strany 1 informanta.

Pro vytvoření a následnou implementaci národních procesuálních standardů ošetrovatelské péče do nefrologické praxe je důležité znát také časovou náročnost jejich přípravy. Proto jsme se informantů dotazovali na časový horizont pro předložení návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR. Nejčastěji se vyskytovala odpověď kolem 1 roku. Při určování tohoto časového úseku záleží na počtu a obsahu předkládaných národních standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče. Kontrová popisuje proces tvorby slovenských rámcových procesuálních ošetrovatelských standardů v nefrologii takto: „Při přípravě a tvorbě standardů nebylo lehké vybrat to nejdůležitější z množství zdravotních výkonů, protože práce sester v nefrologickém ošetrovatelství je rozsáhlá a velmi specifická. Cílem

pracovní skupiny bylo selektovat ty výkony a postupy, které vykonávají sestry na nefrologických, dialyzačních a transplantačních pracovištích nejčastěji“ (23). 1 krát se objevila odpověď, kdy informant nedokázal časový horizont odhadnout.

Odpovědi na 1. výzkumnou otázku, která zněla: „Vznikla specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii jako potřeba ošetrovatelské praxe?“ jsme hledali dvěma metodami kvantitativního výzkumu, a to zkoumáním dokumentů a rozhovory s předními představiteli nefrologické odborné společnosti. Z dostupných literárních pramenů vyplývá, že poskytování specializované ošetrovatelské péče nemocným se selháním ledvin úzce souvisí s bezpečnou obsluhou dialyzační techniky. Na sestry byly a jsou kladeny vysoké nároky z ošetrovatelského a psychosociálního hlediska. Přes obtížnost práce na rozvíjejících se dialyzačních jednotkách byly sestry vždy aktivní, participovaly v odborné obci. Toto dokládá i vznik nefrologické sekce ČAS v roce 1979. Provázanost vzniku nefrologické sekce a vzniku specializované péče v nefrologii komentuje její předsedkyně Kracíková takto: „Vznik nefrologické sekce úzce souvisí se vznikem a rozvojem dialyzační léčby u nás a potřebou položit základy ošetrovatelství o pacienta s různým stupněm selhání ledvin“ (26). Z výsledků provedených rozhovorů vyplývá, že naši informanti sdílí podobné názory. Specializovanou ošetrovatelskou péčí v nefrologii považují za potřebu ošetrovatelské praxe a její přirozený vývoj. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče podmiňuje erudice „nefrologických“ sester, již v roce 1978 byla poprvé zorganizován „Tématický kurz v problematice práce sestry na dialyzační jednotce“. Od té doby se sestry, vědomy si náročnosti práce v tomto intenzivním oboru, aktivně celoživotně vzdělávaly, ale až 12 let po založení sekce, 1. září 1993, bylo zahájeno první vlastní pomaturitní specializační studium v úseku práce „Nefrologie“ v Brně (27). Naši informanti označili potřebu specializačního vzdělání sester jako impuls pro vznik a vývoj specializované nefrologické ošetrovatelské péče.

6 ZÁVĚR

Nefrologická péče je specifickým odvětvím ošetrovatelství, která klade nároky na vysokou erudici sester především v citlivé ošetrovatelské péči o chronicky nemocné a také v používání dialyzační techniky. Práce na dialyzačním oddělení patří mezi způsoby léčby, kdy se mezi samotného pacienta a ošetrovatelský tým „vsouvá“ život zachraňující přístroj nazývaný „umělá ledvina“. Tato léčba přináší sestřím svá specifika ve dvou základních sférách, kam patří ošetrovatelská a psychosociální péče. „Nefrologické“ sestry pracují v nemocnicích, satelitních pracovištích i v rámci komunitního ošetrovatelství, v multidisciplinárním týmu, kde sehrávají důležitou roli při vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb nemocných léčených dialýzou a udržování vysokého standardu péče o ně. Mezi sestrou, pacientem a jeho rodinnými příslušníky se často vytvářejí dlouhodobé vztahy. V této oblasti vznikají nelehké a mnohdy emočně vypjaté situace, při kterých je nesmírně důležitá profesionální podpora a psychohygienu sester poskytujících ošetrovatelskou péči v nefrologii.

Hlavním cílem této práce bylo vypracovat přehled historického vývoje ošetrovatelství v nefrologii, zmapovat historické mezníky v rozvoji nefrologického ošetrovatelství v České republice (v bývalém Československu) od jejich počátku až po současnost. Abychom mohli tento úkol splnit, bylo zapotřebí pečlivě prostudovat dostupné literární zdroje, protože z historie je třeba čerpat poučení pro současnost i budoucnost, a to se týká nejen medicíny, ale i ošetrovatelství. V jednotlivých dílech teoretické části práce byly popsány různé kontexty problematiky nefrologického ošetrovatelství (historický, legislativní, společenský, vztahový, vzdělanostní) a jejich vzájemné interakce. Z tohoto výzkumného cíle vycházela a byla zodpovězena výzkumná otázka, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe.

Práce byla dále zaměřena na analýzu aspektů ovlivňujících kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v nefrologii a využívání a dodržování existujících lokálních ošetrovatelských standardů na jednotlivých dialyzačních střediscích v České republice. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a zajištění bezpečnosti nemocného je

nezbytné stanovení profesní úrovně kvality, neboli zavedení ošetřovatelských standardů do všech oblastí ošetřovatelské péče v nefrologii. Management mnoha zdravotnických zařízení se postupně seznamuje s principy akreditačního procesu, s programy kontinuálního zvyšování kvality péče a postupně je zavádí do praxe, což je patrné i z výsledků šetření. Klíčové bylo také zjištění, že si sestry samy uvědomují potřebu ošetřovatelského standardu v oboru jako nástroje zvyšování kvality a bezpečí ošetřovatelské péče. Za nejdůležitější aspekty ovlivňující kvalitu poskytované péče na svých odděleních sestry označily také získání specializované způsobilosti v oboru, vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a délku profesní praxe sestry. Na většině dialyzačních středisek s různým statutem na území Česka jsou lokální ošetřovatelské standardy zavedeny. Sestry je využívají, kontrolují jejich dodržování a také se podílejí na tvorbě a aktualizaci standardů ošetřovatelské péče. Negativem však zůstává nejednotnost názvu dokumentů standardizace ošetřovatelské péče v nefrologii.

Dalším cílem bylo zjistit míru spokojenosti s existujícími národními standardy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi a posledním cílem bylo vytvořit návrh národního procesuálního standardu ošetřovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům. Předpokládali jsme, že výsledky výzkumu nám potvrdí, že existující národní nefrologické standardy jsou vzhledem k jejich strukturálnímu charakteru pro klinickou praxi nevyhovující. Národní profesní organizace je převzala ze zahraničí a doporučila zavést do praxe na základě vypracovaných Evropských norem pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi. Pro okamžité použití však nejsou procesuálně rozpracované na ošetřovatelské výkony a postupy, které vykonávají sestry na nefrologických, dialyzačních a transplantačních pracovištích nejčastěji. Součástí diplomové práce je návrh národního rámcového procesuálního standardu „Ošetřovatelské péče o dialyzovaného pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrem (CŽK)“. Tento cévní přístup u nemocných léčených dialýzou je zaveden alespoň jednou v průběhu jejich léčení. Návrh národního standardu je zařazen do výsledků výzkumu. Z výše uvedeného posledního výzkumného cíle vycházela výzkumná otázka, která se týkala participace zástupců nefrologické sekce České asociace sester na procesu vzniku národních procesuálních standardů

ošetřovatelské péče v nefrologii. Návrh ošetřovatelského standardu byl předložen a konzultován se zástupci ČAS s kladným doporučením pro klinickou praxi. Výsledky ošetřovatelského auditu, který proběhl na nezávislém dialyzačním středisku, prokázaly odbornost, relevantnost a proveditelnost návrhu národního procesuálního standardu v praxi. V další fázi vývoje očekáváme schvalovací proces národního standardu ošetřovatelské péče poskytované dialyzovaným pacientům, aplikaci do klinické praxe a jeho ověření. Tato etapa nebyla uskutečněna a domníváme se, že by byla dobrým námětem pro další výzkum. Výzkumná otázka byla zodpovězena a všechny výzkumné cíle byly splněny.

Práce by měla být přínosem pro všechny sestry pracující v nefrologii a poskytující specifickou ošetřovatelskou péči dialyzovaným pacientům. Poskytuje informace o historickém vývoji nefrologického ošetřovatelství a potřebě ošetřovatelského standardu v oboru. Zjištěné výsledky by měly dále sloužit jako studijní materiál pro studenty interních ošetřovatelských oborů, sestry specialistiky, ale i začínající sestry na nefrologických odděleních v rámci adaptačního procesu. Byly bychom rádi, kdyby byl návrh národního procesuálního standardu ošetřovatelské péče v nefrologii schválen jako vzor pro tvorbu dalších rámcových národních standardů v oboru a uveden do klinické praxe. Právě jednotnost standardů nefrologické ošetřovatelské péče by měla pomoci překonávat bariéry a komunikační problémy a tím snížit vysokou variabilitu poskytování péče mezi jednotlivými dialyzačními pracovišti a zdravotnickými pracovníky. Práce by celkově měla přispět ke zvýšení kvality a bezpečí ošetřovatelské péče v nefrologii, k čemuž slouží i vypracovaný ošetřovatelský standard, který se dá při ošetřování klienta/pacienta s akutním nebo permanentním centrálním žilním katétrek okamžitě využít.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Adresář HDS*. [on-line]. 2010 [cit. 2009-03-17]. Dostupný z WWW: <http://www.nefrol.cz/modules/nefro_hds/adresar_hds.php>.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. *Česká asociace sester*. [on-line]. 2010 [cit. 2010-05-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.cnna.cz/o-spolecnosti/>>.
4. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
5. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
6. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
7. DINGWALL, R. R. *Pro lepší porozumění: příručka pro psychosociální práci*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 95 s. ISBN 80-7013-406-2.
8. European Practice Database 2002-2003. Studijní projekt Rady pro výzkum Evropské asociace dialyzačních a transplantačních sester/Evropské Asociace renální péče. 26 s.
9. GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

10. HAJSKÝ, L., HULKOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský standard č. 3. Péče o akutní nebo permanentní centrální žilní katétr pro dialyzační ošetření (CŽK)*. B Braun Avitum SOP form, 2007, 10 s.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. 175 s. ISBN 11-107-75.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. 376 s. ISBN 11-094-85.
13. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. HIČÍKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelský štandard č. 4. Ošetrovatelská starostlivosť o dialyzovaného pacienta s centrálnym venóznym katétrom (CVK)*. Nefrodialyzačné centrum s. r. o. Martin, 2007, 2 s.
15. HONZÁK, R. Jak jsme zakládali SpolDaT. *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2009, roč. 20, č. 3, s. 7-11. ISSN 1210-0153.
16. HONZÁK, R. Pocta kreativnímu a urputnému vizionáři, který zachránil miliony lidských životů. *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2009, roč. 20, č. 1, s. 3-6. ISSN 1210-0153.
17. JANDA, J., FEBER, J., ŠPATENKA, J. Chronická nedostatečnost ledvin a jejich selhání u dětí. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2004, roč. 6, č. 3, s. 152-158. ISSN 1212-4117.
18. JANDA, J. Historie dětské nefrologie v bývalém Československu a později v České republice. In: MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK, I., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, 2009, s. 176-186.

19. JELÍNEK, L. XX. výročí založení SpolDaT. *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2009, roč. 20, č. 3, s. 5-6. ISSN 1210-0153.
20. JURÁSKOVÁ, D., GUTOVÁ, L. a kol. Sledování mimořádných událostí – indikátory kvality zdravotní péče. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 8-10. ISSN 1210-0404.
21. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
22. KLENER, P. 130. výročí založení 1. interní kliniky – kliniky hematologie a nefrologie 1. LF UK a VFN. *Nemocnice*. Praha: 2001, č. 5, s. 10-11.
23. KONTROVÁ, L., BORBÉLYOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatel'ské štandardy v nefrológii*. Martin: Osveta, 2006. 83 s. ISBN 80-8063-237-5.
24. KOVÁČ, A. *Hemodialyzačná liečba v praxi*. Martin: Osveta, 1993. 320 s. ISBN 80-217-0510-8.
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
26. KRACÍKOVÁ, J. Čas pro nefrologickou sekci. *Florence*. Praha: 2010, roč. 6, č. 4, s. 6-7. ISSN 1801-464X.
27. KRACÍKOVÁ, J. *Vzdělávání všeobecných sester v nefrologii. Historie, současné možnosti a budoucnost*. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 2008.
28. KRACÍKOVÁ, J., PAVLICOVÁ, J. Nefrologická sekce ČAS bilancuje. *Florence*. Praha: 2009, roč. 5, č. 9, s. 13. ISSN 1801-464X.
29. KŘEMENOVÁ, E. Primární péče o cévní přístup hemodialyzovaného pacienta. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 4, s. 16. ISSN 1210-0404.

30. KÜNTZLE, W., THOMAS, N. *European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing*. Luzern: EDTNA/ERCA, 1992. 55 s. ISBN 92-9140-0017.
31. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
32. LACHMANOVÁ, J. TESAŘ, V. Historie nefrologie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. In: MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK, I., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, 2009, s. 67-81.
33. LOPOT, F. Vývoj dialyzační techniky v České republice. In: MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK, I., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, 2009, s. 197-250.
34. MAHON, A., JENKINS, K. *Chronické onemocnění ledvin (CKD). STADIA 1-3. Úvod do klinické praxe*. Překlad: ROCHE s. r. o. 1. vyd. Praha: RRD, 2007. ISBN 978-84-611-8259-6.
35. MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK, I., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2009. 456 s. ISBN 978-80-903750-8-6.
36. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. Spojená akreditační komise [on-line]. 2009 [cit. 2009-09-17]. Dostupný z WWW: <http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf>.
37. MENGEROVÁ, O. Jak se stravovat? *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2009, roč. 20, č. 2, s. 26-34. ISSN 1210-0153.

38. *Metodický návod Ministerstva zdravotnictví o podmínkách zřizování pracovišť dialyzační služby a klinické praxe v dialyzační službě*. Věstník MZ ČR, 1995, částka 4, s. 3-4.
39. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
40. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
41. *Národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi*, [on-line]. 2009 [cit. 2009-05-17]. Dostupný z WWW: <http://www.cnna.cz/docs/sekce/12_standardy_2005.pdf>.
42. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, [on-line]. 2009 [cit. 2009-12-08]. Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb156-04.pdf>>.
43. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, [on-line]. 2010 [cit. 2010-02-18]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_935_3.html>.
44. *Nephrology Nurse Profile*, [on-line]. 2000 [cit. 2009-16-05]. Dostupný z WWW: <<http://edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>>.
45. NISSENSON, A. L., FINE, R. N. *Clinic dialysis*. 4th ed. McGraw-Hill Professional, 2005. 1169 s. ISBN 978-00-714-1939-0.
46. PAVLICOVÁ, J. Historické mezníky a rozvoj ošetrovatelství v nefrologii. In: MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK, I., DUSILOVÁ SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, 2009, s. 335-344.

47. PAVLICOVÁ, J. „Nefrologie je srdcová záležitost“. *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2009, roč. 20, č. 1, s. 26-29. ISSN 1210-0153.
48. PAVLICOVÁ, J. Rozvoj ošetrovatelství v nefrologii. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
49. SALVAGE, J. *Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. WHO Regional Publications, European Series, No. 48. ISBN 92-890-1312-5.
50. SCHOTT, H. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994. 648 s. ISBN 80-85873-16-8.
51. SCHŮCK, O. a kol. *Nefrologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1994. 213 s. ISBN 80-7013-165-9.
52. SOBOTOVÁ, D. Ohlédnutí do minulosti a nové trendy v nefrologii. *Universitas*. Praha: 2004, roč. 37, č. 2, s. 54-59. ISSN 1211-3384.
53. *Standardy ošetrovatelské péče*, [on-line]. 2009 [cit. 2009-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osevratelske-pece.html>>.
54. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
55. *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2009*, [on-line]. 2006-2009 [cit. 2010-07-12]. Dostupný z WWW: <http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/230_Dialyza_prehled_zakl_udaju_2009.pdf>.
56. SULKOVÁ, S. Hemodialýza jako metoda léčby selhání ledvin. *Sestra v diabetologii*. Praha: Geum, 2006, roč. 2, č. 1, s. 23-25. ISSN 1801-2809.

57. SULKOVÁ, S. Rozhovor s prof. MUDr. Sylvii Sulkovou. *Stěžeň*. Praha: SpolDaT, 2003, roč. 14, č. 4, s. 17-19. ISSN 1210-0153.
58. SULKOVÁ, S. a kol. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.
59. SULKOVÁ, S. a kol. *Peritoneální dialýza*. Praha: Jesenius, 1993. 109 s. ISBN 80-85800-04-7.
60. SULKOVÁ, S. NERMUTOVÁ, L. *Peritoneální dialýzy pro sestry*. Brno: IDVPZ, 1998. 131 s. ISBN 80-7013-261-2.
61. SÝKOROVÁ, V. Odbornost nefrologické sestry. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.
62. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. s. 35-44. ISBN 80-247-1777-8.
63. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
64. ŠKUBOVÁ, J. Jindra Kracíková a nefrologická sekce. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 6. ISSN 1801-464X.
65. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra. O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCO NZO, 2004. 141 s. ISBN 80-7013-407-0.
66. *The National Database*, [on-line]. 2010 [cit. 2010-07-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database.aspx>>.
67. VÁLEK, A. a kol. *Život s umělou ledvinou*. Praha: Avicenum, 1982. 180 s. ISBN 08-075-82.

68. VÁLEK, A. *Chronické selhání ledvin*. Praha: Avicenum, 1973. 296 s. ISBN 08-045-73.
69. WAELEGHEM, J. P. v, EDWARDS, P. *European Standards for Nephrology Nursing Practice*. Luzern: EDTNA/ERCA, 1992. 55 s. ISBN 92-9140-000-9.
70. WING, A. J., MAGOWAN, M. *The Renal Unit*. London: Macmillan, 1975. 281 s. ISBN 333-19877-8.
71. *Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) změna: zákon č. 189/2008 Sb.* [on-line]. 2008 [cit. 2009-05-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/966-962004-sb.html>>.
72. ZNOJOVÁ, M. *Dialyzační sestra z pohledu pacienta. Sestra*. Praha: 2001, roč. 11, č. 10, s. 33-44. ISSN 1210-0404.
73. ZNOJOVÁ, M. *Psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení*. In: SULKOVÁ, S. a kol. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000, s. 504-517.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

historický vývoj

nefrologické ošetřovatelství

osobnosti

potřeby

standards

vzdělávání v nefrologii

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Rozhovor - polostandardizovaný

Příloha 4 – Obrazová příloha k návrhu národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče

NÁRODNÍ STANDARDY PRO NEFROLOGICKOU OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

HEMODIALÝZA

Hemodialyzační léčba nezvratného stadia selhání ledvin poskytuje pacientům co nejvyšší možnou kvalitu života, ale i nejlepší snášenlivost léčby v rámci všech bio-psycho-sociálních potřeb, které jsou dané zdravotním stavem pacientů.

Struktura

- Hemodialyzační jednotka (dále HDJ) má mít systém úpravy vody a zařízení pro hemodialýzu, které vyhovuje všem národním předpisům, ISO normám.
- HDJ má mít zkušený nefrologický ošetrovatelský tým, který je proškolen v péči o nefrologické pacienty, dále v obsluze dialyzačního zařízení včetně technik dialýzy v rámci multidisciplinárního týmu.
- HDJ má mít k dispozici technika pro zajištění veškerého technického vybavení.
- Dialyzovaní pacienti mají mít přístup na HDJ pro případ akutní potřeby i mimo svůj program.
- Pacienti mají mít zajištěn přístup i k jiným formám léčby ledvinového selhání (peritoneální dialýza, transplantace) podle potřeby.
- Na HDJ má být zajištěn prostor - izolace pro případnou infekci.
- Dále má být zajištěno bezpečné odstraňování klinických odpadů a infikovaných materiálů.
- Spotřební materiál má být používán a skladován podle doporučení výrobců a podle předpisů o bezpečnosti a kontrole kvality péče.

Proces

- Nefrologická sestra využívá ošetrovatelský proces pro individuální péči.
- Kontinuálně informuje a školí pacienta i jeho rodinu, dbá na optimální

rehabilitaci a nezávislost pacienta (v souladu a po dohodě s lékařem).

- O průběhu péče procesu vede ošetrovatelskou dokumentaci za účelem zajištění optimální kvality péče.
- V multidisciplinárním týmu poskytuje pacientovi a jeho rodině podporu podle individuálních potřeb i při všech změnách.
- Dále poskytuje pacientovi a rodině konzultaci podle potřeby. Přispívá k celkové přípravě pacienta na budoucí transplantaci.
- Nefrologická sestra je plně kompetentní v péči o cévní přístup pacienta.
- Snaží se o minimalizaci komplikací, rovněž školí průběžně pacienta v této péči.
- Nefrologická sestra zajišťuje veškeré ordinace lékaře včetně správného složení dialyzačního roztoku.
- Zajišťuje adekvátnost dialýzy podle všech předpisů.
- Zajišťuje spolehlivé odstraňování klinického odpadu, infikovaného odpadu opět v souladu s předpisy.
- Nefrologická sestra zajišťuje pacientovi i náboženské potřeby (viz zákon, etický kodex, normy ČAS, ICN).
- Nefrologická sestra sleduje novinky v oboru.

Výsledek

- HDJ je vedena, vybavena a provozována podle všech národních předpisů.
- Pacienti, rodiny a multidisciplinární tým jsou chráněni před možnou infekcí.
- Tým na HDJ je multidisciplinární, kvalifikovaný, v dostatečném počtu.
- Počet odpovídá klinickému stavu pacientů a také tomu, zdali má HDJ pouze program chronický nebo zajišťuje i akutní výkony a ostatní eliminační metody.
- Ošetrovatelská péče zajišťuje komplexní program včetně programu kvality péče.
- Pacient ví, že má přístup k HDJ podle potřeby, ev. k jiným formám léčby náhrady ledvinné funkce.
- Dialyzační monitory a ostatní zařízení jsou udržovány v optimálním stavu.
- Klinický odpad a infikované materiály se odstraňují bezpečně.
- Znalosti pacienta o jeho stavu a léčbě jsou účinně zajištěny, rovněž aktuální

informace pro pacientovu rodinu.

- Je zajištěno i průběžné vzdělávání a školení.
- Je dosažena pacientova soběstačnost a rehabilitace.
- HD terapie se poskytuje bezpečně, kvalitně a efektivně.
- V rámci ošetrovatelského procesu je správně vše zdokumentováno.
- Pacientovi a rodině je podle potřeby a nutnosti poskytována podpora ev. konzultace.
- Pacient je vhodně připraven k ev. transplantaci.
- Výsledky HD terapie jsou optimální včetně všech parametrů.
- Pacient nemá žádné potíže a komplikace v souvislosti s dialyzačním zařízením nebo se systémem úpravy vody a nevykazuje žádné známky nevhodného léčení.
- Veškeré výsledky plánované péče vyhodnocuje sestra i pacient.

PERITONEÁLNÍ DIALÝZA

Peritoneální dialýza, dále PD je alternativní způsob léčby pacientů s nezvratným selháním ledvin: poskytuje nejvyšší dostupnou kvalitu života a neoptimálnější snášení této léčby v rámci bio-psycho-sociálních potřeb a omezení zdravotního stavu pacienta.

Struktura

- PD jednotka má zajistit patřičné informace a edukaci pacienta a jeho rodiny tak, aby měli potřebné znalosti a evokovalo to jejich zájem o péči.
- PD jednotka má mít takový hygienický režim a kontrolu infekce, aby byl chráněn pacient, rodina a zdravotnický tým a aby se omezila možnost výskytu peritonitidy.
- Má být zajištěno bezpečné odstraňování klinického odpadu.
- Nefrologická sestra má být odborně vzdělaná a má mít takové kompetence, aby se mohla podílet při rozhodování o umístění peritoneálního katétru a o vybavení celé jednotky, o použití zdravotnického materiálu, který je potřebný pro PD léčbu.
- Pro domácí PD má být zajištěno místo, které je náležitě vybaveno pro bezpečné provádění PD.
- Místo má splňovat hygienický režim a ostatní nezbytné předpisy pro PD.
- Pacient na domácí PD má mít kontinuální možnost telefonického spojení s nefrologickou sestrou a možnost nouzového zásahu od vyškolených sester.
- Nefrologická sestra má zajistit plánované kontroly pacienta a jeho stavu a má zajistit odstraňování klinického odpadu z bytu pacienta.
- Proto má sestra přístup k edukačním programům v nefrologii a nefrologického ošetřovatelství.
- Nefrologická sestra se má průběžně vzdělávat v oblasti PD a ošetřovatelství.

Proces

- Nefrologická sestra zajišťuje informovanost, edukaci a praktickou výuku pacienta a jeho rodiny tak, aby podpořila nezávislost a rehabilitaci pacienta.
- Vede ošetřovatelskou dokumentaci, zaznamenává výsledky, učí pacienta

správnému hygienickému režimu, aby bylo zabráněno infekci.

- Sleduje znalosti pacienta, a postoje k jeho zdravotnímu stavu a také požadavky na terapii.
- Pacienta podporuje a pomáhá mu do doby, kdy si je jistá, že pacient zvládl asepsi, je nezávislý a je schopen si výměny provádět samostatně.
- Sestra vede o kompletní péči ošetrovatelskou dokumentaci a průběžně informuje členy multidisciplinárního týmu o terapii, ev. o problémech.
- Sestra průběžně podporuje a povzbuzuje pacienta.
- Pro domácí peritoneální dialýzu platí stejná pravidla a normy jako při hospitalizaci.
- Pacient pod vedením sestry se musí naučit rozpoznat příznaky peritonitidy.
- Nefrologická sestra se stará o to, aby pacient pochopil a dodržoval celý léčebný režim včetně dietního, pitného a je potřeba, aby pacient i rodina využívali nutričních hodnot potravin.
- V případě komplikací (peritonitis) zajistí sestra vzorky z katétrů a vaků na vyšetření.
- Nefrologická sestra se trvale vzdělává, aby měla nejnovější znalosti v oboru PD a ošetrovatelství.

Výsledek

- Pacientovi byly poskytnuty informace, edukace a zaškolení pro PD.
- Pacient je schopen si provádět výměny sám s použitím aseptických technik a bezpečně.
- Je si vědom různých typů léčby a byl při jejich volbě.
- Pacient souhlasí s PD, převzal odpovědnost za vlastní péči a prokázal znalosti ve zvládnutí i menších problémů a komplikací.
- Nemá vykazovat podle místních předpisů žádné známky peritonitidy.
- Pacient uvede, že PD vyhovuje jeho potřebám, je schopen práce doma, ev. v zaměstnání.
- V případě potřeby je pacientovi poskytnuta rychlá a účinná pomoc.
- Dokumentace je správná, kompletní a jsou v ní prokazatelně zásahy multidisciplinárního týmu.

- Nefrologická sestra prokázala v oboru PD a ošetrovatelství patřičné znalosti a odbornou úroveň.
- Sestra je odpovědná společně s multidisciplinárním týmem za dodržování programu kvality péče.
- Sestra je schopná se dále vzdělávat v oboru.
- Pacient na PD je správně dialyzován, má dobrý nutriční stav a měl by se cítit dobře.

TRANSPLANTACE A DÁRCOVSTVÍ ORGÁNŮ

Předtransplantační péče

Nefrologický pacient a jeho rodina mají dostat vhodné a podstatné informace a takové poučení, aby byl pacient schopen na základě informovanosti dát souhlas s transplantací.

Struktura

- Mají být zajištěny vhodné informace a edukace tak, aby se mohl pacient v období před výkonem dobře rozhodnout.
- Měl by existovat systém správné komunikace mezi dialyzační jednotkou a transplantačním centrem, aby v období čekání na výkon transplantace, mohla být pacientovi a jeho rodině poskytována účinná podpora.
- Jeden člen týmu, který je k tomu určený má být zodpovědný za kontrolu seznamu osob čekajících na transplantaci.
- Po přijetí pacienta by měl sestavit a schválit program předtransplantační péče a edukace.
- Transplantační centrum má mít vhodné zázemí, kde může pacient i s rodinou prodiskutovat problematiku transplantace.
- Měl by být zajištěn účinný kontakt s pacientem a jeho rodinou, rovněž má mít stanovený vhodný program edukace a všestranné podpory.

Proces

- Nefrologická sestra naplňuje a sleduje vývoj pacienta.
- Nefrologická sestra může zorganizovat návštěvu transplantační jednotky, aby se pacient a rodina seznámili s jejím zařízením a seznámili se s týmem.
- Nefrologická sestra program pacienta dle potřeby aktualizuje.
- Pacient má mít možnost kontaktu s určeným členem týmu podle svých potřeb. Rovněž mu sestra nabízí instruktážní materiál a vede pacienta k tomu, aby využil čas k výuce, eventuelně pro fyzickou podporu (během přípravy na výkonu

transplantace).

- Nefrologická sestra zajišťuje respektování všech potřeb pacienta i rodiny včetně náboženských.

Výsledek

- Pacient je schopen učinit informované rozhodnutí o své transplantaci.
- Zná svou nefrologickou sestru, která odpovídá za organizaci a kontrolu nad jeho ošetrovatelskou péčí v období před transplantací.
- Pacient si je vědom všech důsledků transplantace, včetně imunosupresivní terapie a je připraven k výkonu.
- V průběhu čekání má dostatek všech informací a podle možností využívá čekací dobu ke svému prospěchu eventuelně ku prospěchu rodiny.
- Pacientova rodina je schopna pacienta podporovat po celou dobu.
- V ošetrovatelském plánu jsou uvedeny kulturní a náboženské názory pacienta.

Péče v průběhu transplantace

Pacientovi, který podstupuje transplantaci orgánu, se musí dostat před, v průběhu i po transplantaci takové odborné ošetrovatelské péče, aby bylo zajištěno jeho optimální zotavení.

Struktura

- Příslušné oddělení, které ošetřuje pacienta před transplantací, má zajistit vhodné podmínky soukromí podle potřeb pacienta a to vše v souladu s chirurgickými a hygienickými předpisy.
- Nefrologická sestra má mít zkušenosti a specializaci pro ošetrovatelskou péči a výuku pacientů a jejich rodin.
- Multidisciplinární tým má určovat, provádět hodnotit a kontrolovat potřeby péče transplantovaného pacienta od přijetí až po propuštění.
- Ošetrovatelská péče je určena ošetrovatelským procesem a má být poskytována po celou dobu pobytu pacienta.
- Zahrnuje veškeré bio-psych-sociální potřeby, včetně výukového programu.
- Nefrologická sestra má být vyškolená a musí rozumět hygienickým předpisům transplantační jednotky.
- Pro poskytování podpory nefrologickým sestram, má být na transplantační jednotce zajištěn vzdělávací program.

Proces

- Nefrologická sestra má zajišťovat, plánovat, provádět a kontrolovat péči a vzdělávání pacienta.
- Nefrologická sestra pokračuje ve svém vzdělávání.
- Má rozpoznat a zohledňovat etické, kulturní a náboženské názory pacienta před, v průběhu i v pooperační fázi pacienta po transplantaci.
- Nefrologická sestra navrhuje a provádí individuální výukový program pacienta a jeho rodiny.

Výsledek

- Transplantovanému pacientovi byla poskytována péče v bezpečném prostředí.
- Pacient měl pro svoje veškeré potřeby soukromí.
- Pacient a jeho rodina jsou spokojeni s respektováním jejich etických, náboženských a kulturních potřeb.
- Pacient po propuštění se cítí být připraven na to, aby se mohl starat sám o sebe.
- V období rekonvalescence pociťoval pacient minimální komplikace a před propuštěním do domácího prostředí byly provedeny veškeré náležitosti.

Příloha 2 Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a momentálně zpracovávám diplomovou práci s názvem „**Historický vývoj nefrologického ošetrovatelství a potřeba ošetrovatelského standardu v oboru**“. Dovoluji si obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé práce. Zjištěné výstupy z dotazníku využiji nejen ve své diplomové práci, ale předložím je také vedení nefrologické sekce České asociace sester. Pokud s vyplněním dotazníku souhlasíte, Vaše jednotlivé odpovědi prosím označte, příp. dopište.

1. Uveďte, kolik let působíte jako sestra v nefrologii?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

2. Jaká je Vaše manažerská pozice v příslušném zdravotnickém zařízení?

- hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče
- staniční sestra
- vrchní sestra
- úseková sestra

3. Kolik let působíte v manažerské pozici?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

4. Jaké je Vaše dosažené vzdělání? (lze označit více možností)

- středoškolské odborné
- vyšší odborné
- vysokoškolské bakalářské
- vysokoškolské magisterské
- specializační (dříve PSS)
- absolvování certifikovaného kurzu

5. Uveďte název profesní organizace v oblasti nefrologie, které jste členem/kou:

(lze označit více možností)

- Česká asociace sester (ČAS)
- Česká nefrologická společnost (ČNS)
- Evropská dialyzační a transplantační asociace sester (EDTNA/ERCA)
- jiné, uveďte jaké.....
- nejsem členem/kou žádné profesní organizace v oblasti nefrologie

6. Nefrologické ošetřovatelství jako samostatný obor v ČR se podle Vašeho názoru datuje od roku:

- 1955
- 1971
- 1991
- nevím

7. Informace o historickém vývoji nefrologického ošetřovatelství jste získal/a z:

(lze označit více možností)

- odborné literatury
- odborných časopisů
- specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků
- nefrologických kongresů, konferencí, sympózií, atd.
- samostudia
- jiných komunikačních kanálů
- nezajímám se o historický vývoj

8. Vaše dialyzační středisko patří k zařízením:

- státním soukromým

9. Prošlo vaše pracoviště akreditací nebo certifikací? (SAK, JCI, ISO)

- ano, jakou.....
 zařízení se připravuje, uveďte prosím na jakou.....
 ne

10. Považujete za důležité získání specializované způsobilosti (dříve PSS) pro práci sestry na vašem oddělení?

- ano
 ne
 jiný názor.....

11. Nejdůležitější aspekt ovlivňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na vašem oddělení je dle Vašeho názoru: (lze označit více možností)

- vliv kolektivu
 zájem vedení zdravotnického zařízení
 délka profesní praxe sestry
 specializovaná způsobilost sestry
 vyšší odborné vzdělání
 vysokoškolské vzdělání
 všechny faktory

12. Podporuje vedení vašeho zařízení specializační vzdělávání sester?

- ano
 ne
 jiná odpověď

13. Myslíte si, že jsou potřebné standardy ošetrovatelské péče v nefrologické praxi?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

14. Využívá vaše dialyzační středisko lokální standardy ošetrovatelské péče?

- ano
- ne

15. Jaký je interní název pro dokumenty standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii ve vašem zdravotnickém zařízení? Doplňte název nebo označte vhodnou variantu:

- „firemní“ standard
- ústavní (nemocniční) standard
- ošetrovatelský standard vytvořen speciálně pro vaše pracoviště
- standardní pracovní postupy
- standardní ošetrovatelské postupy (SOP)
- interní ošetrovatelské postupy
- manuály pro konkrétní pracovní postup (např. ošetření CŽK, péče o AVF, manipulace s přístrojovou technikou, bed-side monitor, atd.)
- metodické pokyny
- národní standardy
- nepoužíváme tyto dokumenty

16. Dodržují a kontrolují se lokální standardy ošetrovatelské péče na vašem pracovišti?

- ano
- ne

17. Na kterou oblast ošetrovatelské péče v nefrologii jsou lokální standardy zaměřeny? (lze označit více možností)

- hemodialýza transplantace
 peritoneální dialýza jiné, uveďte jaké.....

18. Uveďte, jak často dochází k aktualizaci lokálních standardů ošetrovatelské péče na vašem pracovišti?

- 1 x ročně dle povahy konkrétního dokumentu
 1x za 2 roky nemáme stanovené termíny aktualizace

19. Podílíte se osobně na tvorbě dokumentů standardizace ošetrovatelské péče v nefrologii na vašem oddělení?

- ano ne

20. Jsou podle Vás existující národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi vyhovující?

- ano
 ne, z důvodu.....
 nevím

21. Uvítal/a byste aktualizaci národních standardů v konkrétní oblasti nefrologického ošetrovatelství?

- ano, v oblasti.....
 ne
 nevím

22. V jakém časovém horizontu by podle Vás měly být národní standardy v ČR aktualizovány?

- do 1 roku
- do 2 let
- v jiném termínu, uveďte jakém
- standardy není nutné aktualizovat

23. Byl/a byste ochoten/a spolupracovat na aktualizaci národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?

- ano
- ne

Vaše další návrhy, podněty a připomínky

.....

.....

Děkuji za Váš čas a spolupráci. Přeji Vám hodně úspěchů ve Vaší práci.

Bc. Andrea Kesziová,
studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství
ve vybraných klinických oborech

Příloha 3 Rozhovor – polostandardizovaný

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Andrea Kesziová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Momentálně zpracovávám diplomovou práci s názvem „**Historický vývoj nefrologického ošetřovatelství a potřeba ošetřovatelského standardu v oboru**“. Mým úkolem je vypracovat přehled historického vývoje nefrologického ošetřovatelství, zjistit důležitost aspektů ovlivňujících kvalitu poskytované ošetřovatelské péče v nefrologii a také analyzovat využití a dodržování ošetřovatelských standardů jednotlivých dialyzačních středisek v České republice. Dalšími cíli práce jsou zjistit míru spokojenosti s existujícími národními standardy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi a vytvořit návrh národního procesuálního standardu ošetřovatelské péče poskytované dospělým hemodialyzovaným pacientům.

1. Jak dlouho se věnujete nefrologickému ošetřovatelství?
2. Kolik let působíte v nefrologické sekci ČAS?
3. V současné době se české zdravotnictví potýká s nedostatkem všeobecných sester i sester specialistek. Vnímáte tento nedostatek i v řadách „nefrologických“ sester?
4. Jaký je Váš názor na stávající systém vzdělávání „nefrologických“ sester a co byste chtěla v současném vzdělávání změnit?
5. Jakou důležitost přikládáte používání ošetřovatelských standardů v jednotlivých oblastech nefrologické péče?
6. Jaký je Váš názor na vliv akreditace/certifikace zdravotnických zařízení nebo přípravy na ně na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče na dialyzačních střediscích?

7. Dotazníkové šetření ukázalo, že sestry v manažerských pozicích více upřednostňují v rámci kvality ošetrovatelské péče vliv kolektivu, zájem vedení zdravotnického zařízení a specializovanou způsobilost sestry než faktor profesní zkušenosti sester. Sdílíte také tento názor?
8. Jaké zdroje jsou podle Vás relevantní pro tvorbu národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi?
9. Co si myslíte o tom, že z dotazníkového šetření pouze 20% respondentů považuje stávající národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi za vyhovující?
10. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je nejednotnost v názvech používaných dokumentů standardizace ošetrovatelské péče na jednotlivých střediscích. Kde spatřujete důvod nejednotnosti názvu standardů?
11. Uvítal/a byste z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče v nefrologii výhradní zastoupení národních standardů na všech (státních i nestátních) dialyzačních střediscích?
12. V případě sestavení pracovní skupiny pro tvorbu národních procesuálních standardů v nefrologické ošetrovatelské praxi nefrologickou sekcí ČAS byste byl/a ochoten/na participovat na tvorbě těchto standardů v nefrologii?
13. V jakém časovém horizontu by bylo podle Vašeho názoru možné předložit návrh národního procesuálního standardu ošetrovatelské péče v nefrologii ke schválení MZ ČR?
14. Domníváte se, že specializovaná ošetrovatelská péče v nefrologii vznikla jako potřeba ošetrovatelské praxe?

Příloha 4

Obrazová příloha k návrhu standardu ošetrovatelské péče v nefrologii



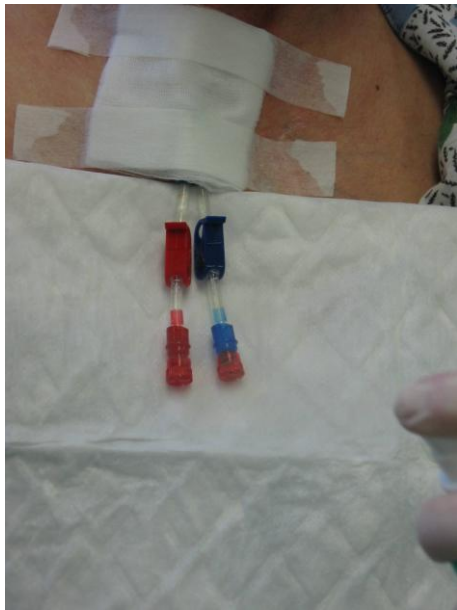
Obr. 1

Ukázka prostředků vhodných pro ošetřování CŽK.



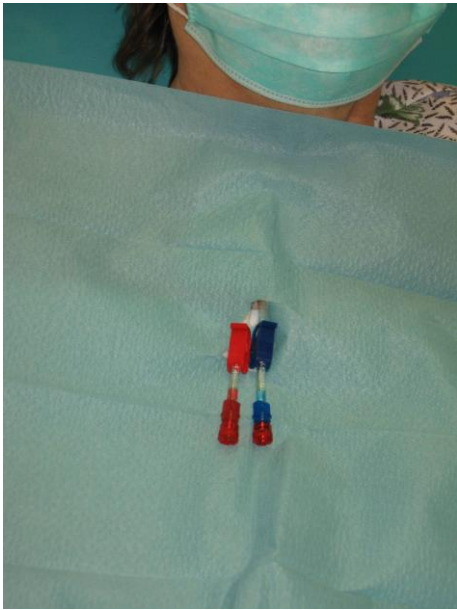
Obr. 2

Sestra 2 podává sestře 1 pomůcky tak, aby byly dodrženy zásady aseptického postupu. Na snímku natahování antikoagulantů do injekční stříkačky – sestra 1 má sterilní rukavice, injekční stříkačku a jehlu. Sestra 2 má nesterilní jednorázové rukavice, přidržuje ampuli s léčivem, jejíž propichovací uzávěr předtím dezinfikovala.



Obr. 3

Po úvodním ošetření okolí místa vpichu CŽK se místo vpichu kryje sterilním čtvercem, který se fixuje náplastí. Koncovky CŽK jsou podloženy savou podložkou (ta zabraňuje potřísnění oděvu pacienta a ložního prádla dezinfekčním přípravkem). Koncovky CŽK jsou důkladně dezinfikovány.



Obr. 4

Po skončení doby expozice dezinfekčního přípravku se koncovky CŽK podloží sterilní jednorázovou rouškou s otvorem.



Obr. 5

Odsátí zátky s antikoagulanciem injekční stříkačkou velikosti 5 ml.



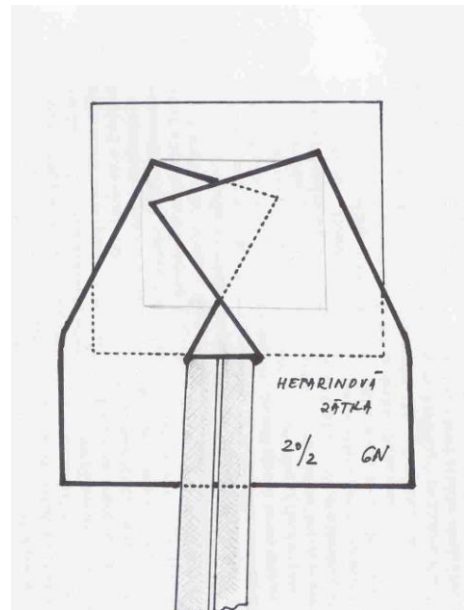
Obr. 6

Proplach koncovky CŽK fyziologickým roztokem aplikovaným z injekční stříkačky velikosti 20 ml.



Obr. 7

Po aplikaci zátky s předepsaným antikoagulanciem se udržuje tlak na píst injekční stříkačky až do uzavření koncovky CŽK tlačkou.



Obr. 8 a 9

Po závěrečném ošetření se okolí místa vpichu CŽK kryje sterilní fixační náplastí se čtvercem a fixační náplastí rozstříženou do tvaru písmene V (viz nákres). Koncovky CŽK se zabalí do sterilních čtverců a krytí se opatří upozorněním dle použitého typu antikoagulancia (např. „heparinová zátka“), dále se na krytí zaznamená datum ošetření a podpis sestry, která ošetření provedla.

Zdroj: B Braun Avitum SOP form