



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Dopad nefrostomií na úroveň života nemocného

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Adéla Táborská

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Dopad nefrostomií na úroveň života nemocného*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Adéla Táborská

Poděkování

Toto poděkování bych chtěla věnovat vedoucí mé práce Mgr. Zdeňce Pavelkové, Ph.D., a to především za cenné rady, odborné vedení, motivaci a věnovaný čas při zpracovávání bakalářské práce. Touto cestou bych chtěla poděkovat i Nemocnici České Budějovice a.s. za umožnění výzkumného šetření. Děkuji také dotazovaným pacientům za poskytnutí rozhovoru k výzkumnému šetření.

Dopad nefrostomií na úroveň života nemocného

Abstrakt

Tato bakalářská práce popisuje problematiku dopadu nefrostomie na úroveň života nemocného. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá především zavedenou nefrostomií a ošetrovatelskou péčí o pacienty se zavedenou nefrostomií. Podstatou teoretické části bylo popsat, jakým způsobem a do jakých oblastí běžného života zasahuje zavedení nefrostomie.

Empirická část bakalářské práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu, ke kterému byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. První cíl výzkumného šetření zjišťoval, jaký je dopad nefrostomie na životní komfort nemocného. K tomuto cíli se pojí první výzkumná otázka, která zjišťovala, jak ovlivňuje zavedená nefrostomie běžné denní aktivity nemocného. Druhá výzkumná otázka prvního cíle se tázala, jaké změny nastávají v životě nemocného po zavedení nefrostomie. Druhý stanovený cíl zjišťoval, s jakou problematikou ošetrovatelské péče o nefrostomie se nemocný potýká. K dosažení druhého cíle byla stanovena třetí a čtvrtá výzkumná otázka. Třetí výzkumná otázka se tázala, s jakou problematikou se nemocný potýká při ošetrování nefrostomie. Čtvrtá výzkumná otázka se soustředila na komplikace, které se mohou vyskytnout při ošetrování nefrostomie. Data ke zpracování výzkumného šetření, byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru od šesti pacientů, kteří měli dlouhodobě zavedenou nefrostomii. Získaná data byla následně zpracována, kategorizována a vyhodnocena. Výsledky výzkumného šetření mimo jiné odhalily nedostatečnou edukaci zdravotnického personálu v oblasti informovanosti pacientů o zavedených nefrostomiích. Na základě této skutečnosti bylo vytvořeno doporučení pro všeobecné a praktické sestry, které obsahuje v bodech nejdůležitější informace, které by měl pacient od sester získat.

Klíčová slova

nefrostomie; kvalita života; ošetrovatelská péče; onemocnění močového systému; pacient

The impact of nephrostomy to the standards of the life of the patient

Abstract

This bachelor thesis deals with an issue of the impact of nephrostomy on patient's standard of life. The bachelor thesis is divided into theoretical and empiric parts. The theoretical part deals with an inserted nephrostomy catheter as well as with a nursing care about patients with an inserted nephrostomy catheter. The theoretical part focuses on how an inserted nephrostomy influences everyday life and which part of it.

The empiric part of the bachelor thesis is performed through a qualitative survey which has two aims and four research questions set. The first aim of the survey construction was focused on a possible impact of nephrostomy on patient's life comfort. This aim is connected with the first research question which investigated how an inserted nephrostomy influences patient's common daily activities. The second research question surveyed possible changes in patient's life after inserting nephrostomy. The second set aim dealt with possible problems of nursing care about nephrostomy patients. For reaching the second aim, the third and fourth research questions were set. The third research question deals with patient's possible problems during nephrostomy nursing. The fourth research question focused on possible complications during nephrostomy nursing. The data for processing the research construction was collected through half-structured interviews with six patients with a long-term inserted nephrostomy. Obtained data was processed, categorised and assessed. Results of the research construction revealed, among other things, insufficient education of medical personnel in the field of patient's awareness of inserted nephrostomy. Based on this fact, a recommendation for general and practical nurses was created, which contains the most important information in points, which should a patient obtain from nurses.

Key words

nephrostomy, quality of life, nursing care, urinary system diseases, patient

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Onemocnění močového systému	10
1.1.1 Onkologická onemocnění močového systému	10
1.1.2 Urolitiáza.....	11
1.1.3 Hydronefróza.....	12
1.1.4 Léčba onemocnění močového systému	12
1.2 Nefrostomie	13
1.2.1 Indikace nefrostomie.....	14
1.2.2 Předoperační příprava	15
1.2.3 Zavedení nefrostomie	16
1.2.4 Pooperační péče.....	17
1.2.5 Komplikace nefrostomie.....	18
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty se zavedenou nefrostomií.....	19
1.3.1 Propuštění pacienta do domácího léčení.....	22
1.3.2 Dispenzarizace pacienta.....	23
1.4 Založení nefrostomie a její dopad na běžný život pacienta	24
1.4.1 Pohybový režim nefrostomika.....	25
1.4.2 Spánek a odpočinek nefrostomika.....	26
1.4.3 Hygienická péče nefrostomika	26
1.4.4 Stravování nefrostomika	27
1.4.5 Zaměstnání nefrostomika	28
1.4.6 Ošetřování nefrostomie v domácím prostředí	28
1.4.7 Stomické poradny a spolky	30
2 Cíl práce, výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31

2.2	Výzkumné otázky.....	31
3	Metodika.....	32
3.1	Použité kvalitativní metody	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
4	Výsledky.....	33
4.1	Identifikační údaje pacientů.....	33
4.2	Výsledné kategorie a podkategorie	34
4.2.1	Kategorie 1 Vnímání zavedení nefrostomie pacientem.....	35
4.2.2	Kategorie 2 Sociální dopad zavedení nefrostomie	37
4.2.3	Kategorie 3 Vykonávání běžných denních aktivit.....	38
4.2.4	Kategorie 4 Ošetřování nefrostomie	41
4.2.5	Kategorie 5 Manipulace s nefrostomií a se sběrným močovým sáčkem.....	45
4.2.6	Kategorie 6 Komplikace zavedené nefrostomie.....	46
4.2.7	Kategorie 7 Agentura domácí péče, stomické kluby a poradny.....	47
5	Diskuze.....	49
	Závěr.....	56
	Seznam použité literatury	58
	Seznam příloh	62

Úvod

Bakalářská práce se zabývá celkovým dopadem zavedené nefrostomie na úroveň života nemocného. Zaměřit se na tuto problematiku je důležité, protože každým dnem přibývají pacienti se zavedenou nefrostomií, se kterou se musejí naučit žít a přizpůsobit jí svůj životní styl. Navíc se tomuto tématu nedostává takového prostoru jako rozsáhleji diskutovaným stomiím střevním.

Teoretická část práce obsahuje tři podkapitoly. První se věnuje klíčovými informacím o zavedených nefrostomiích. Druhá se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s nefrostomií a třetí podkapitola popisuje dopad zavedené nefrostomie na běžný život pacienta. Zmiňovaný dopad je následně mapován v praktické části bakalářské práce.

Empirická část práce je zpracována za pomoci kvalitativního výzkumu. Pro realizaci výzkumného šetření jsou stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. Prvním cílem je zjistit dopad nefrostomie na životní komfort nemocného. K dosažení tohoto cíle jsou stanoveny dvě výzkumné otázky, z nichž první se zabývá tím, jak zavedená nefrostomie ovlivňuje běžné denní aktivity nemocného. Druhá pak zaznamenává změny, které nastávají v životě nemocného po zavedení nefrostomie. Druhý cíl mapuje problematiku ošetrovatelské péče o nefrostomie, se kterou se nemocný potýká. K tomu byly vytvořeny další dvě výzkumné otázky, které zjišťují, s jakou problematikou se nemocný potýká při ošetrování nefrostomie a jaké komplikace se mohou při ošetrování nefrostomie vyskytnout. Pro dosažení cílů a zodpovězení výzkumných otázek je vytvořen polostrukturovaný rozhovor, který obsahuje dvacet šest otázek. Sběr potřebných dat bude uskutečněn se šesti pacienty, kteří mají dlouhodobě zavedenou nefrostomii.

Celkové pojetí bakalářské práce se zaměřuje na dopad zavedené nefrostomie na běžný život pacientů, který není ve všech případech vnímán kladně. Vzhledem k citlivému tématu předpokládáme dva problémy, které mohou nastat při zpracovávání empirické části. Jednak možné odmítnutí pacientů poskytnout rozhovor, kterak problém při realizaci rozhovoru, kdy kladení otázek může u pacientů vyvolávat nepříjemné pocity.

Tato rizika jsme se snažili eliminovat, nicméně respektujeme právo pacienta odmítnout poskytnout rozhovor a nechceme nikoho ke spolupráci nutit. Případné negativní emoce spojené s dotazováním jsme se rozhodli minimalizovat vstřícným přístupem, klidným tempem rozhovoru a zvýšenou pozorností na neverbální signály, na které bychom mohli reagovat.

1 Současný stav

1.1 Onemocnění močového systému

Onemocnění je definováno jako patologický stav těla, který je projevem změny funkce buněk. V důsledku této patologie dochází k morfologickému poškození buněk tkání a orgánů lidského organismu. Onemocnění obecně negativně působí na organismus a na psychické rozpoložení jedince (Čeledová a Čevela 2010). Močový systém může být postižen širokou škálou onemocnění, mezi která patří zánětlivá, onkologická a vrozená onemocnění vylučovacího systému, urolitiáza či glomerulopatie. Do onkologických onemocnění močového systému se řadí nádory ledvin, horních cest močových, karcinom močového měchýře a nádory varlat a penisu (Hanuš et al., 2015).

1.1.1 Onkologická onemocnění močového systému

Velkou skupinu tvoří onkologická onemocnění, která se mohou vyskytovat ve všech částech vylučovacího systému. Nádory ledvin zastupují ve výskytu asi 2–3 % všech zhoubných nádorů. Česká republika je na prvním místě v celosvětovém žebříčku ve výskytu karcinomu ledviny. Počet nově diagnostikovaných nádorů ledvin má v posledních desetiletích narůstající tendenci. Tento fakt souvisí především s rozsahem provádění diagnostických metod v ultrasonografii (dále jen UZ) a výpočetní technice (dále jen CT). Většina takto zjištěných nádorů je diagnostikována náhodně u pacienta, který nepociťoval žádné příznaky. Pokud dojde k projevům nádorů ledvin, je přítomna krev v moči (hematurie) a bolestivý tlak v oblasti beder. Pravděpodobnost výskytu nádorů ledvin může určit i lékař při palpačním vyšetření ledvin, kdy cítí hmatný novotvar (Hanuš et al., 2015).

Karcinom ledvinové pánvičky a močovodu tvoří 6–8 % všech nádorů ledvin (Teplan et al., 2011). Lokálními příznaky jsou především bolest v bederní krajině, makroskopická hematurie, která je vidět ve vyloučené moči, a mikroskopická hematurie, která při vylučování vidět není a k jejímu prokázání slouží laboratorní vyšetření moči. Mezi celkové příznaky patří únava, nechutenství, zvýšená teplota a úbytek hmotnosti (Babjuk et al., 2009). Karcinom močového měchýře je nejčastější onkologické onemocnění močového ústrojí, které se projevuje makroskopickou a mikroskopickou hematurií, pálením, řezáním při močení a častým močovým nucením. Mohou se objevit i bolesti lokalizované na různých místech, které jsou způsobeny

prorůstáním karcinomu do okolních tkání (Teplan, 2017). Velmi významným rizikovým faktorem je kouření cigaret, které zvyšuje riziko vzniku malignit močového měchýře až čtyřnásobně. Výskyt nádorů v urologii obecně stoupá s věkem, nejvíce je postižena věková skupina od 60 do 80 let. Všechny nádory, které postihují močový trakt, způsobují obstrukci močových cest a následně městnání moči v ledvině (Hanuš et al., 2015).

1.1.2 Urolitiáza

Urolitiáza je onemocnění, při kterém dochází k tvorbě močových konkrémentů (kamenů) ve vývodných cestách močových a v ledvinách. Močové konkrémenty se vyskytují kdekoli v močových cestách a jsou velmi častou příčinou obstrukce, krvácení, bolestí a sekundární infekce (Teplan, 2017). Na vzniku urolitiázy se podílí velké množství faktorů. Z příčinných mezi ně patří přesycení moči litogenními látkami, změna pH moči, obstrukční uropatie, patologická morfologie ledvin a přítomnost cizího tělesa v močových cestách. Největším rizikovým faktorem jsou metabolické poruchy, vyskytující se až u 90 % nemocných. Dalšími faktory jsou klinické stavy postihující močové ústrojí, rodinný výskyt urolitiázy, nízký objem moči, zaměstnání, těhotenství a laktace (Hanuš et al., 2015). Urolitiáza může mnoho let probíhat asymptomaticky, to znamená bez výskytu příznaků. Diagnostika onemocnění v tomto případě probíhá zcela náhodně při vyšetření ledvin a močových cest pro jiné břišní onemocnění či vertebrogenní potíže. Pokud dojde k projevům onemocnění, je nejčastějším příznakem hematurie. Druhým nejčastějším příznakem je ledvinová neboli renální kolika, která je způsobena putováním a zaklíněním konkrémentu v močovodu. Typickým projevem renální koliky je velmi náhlá, kolikovitá bolest v bederní oblasti, která projektuje do třísla, u mužů do varlat a u žen do velkých stydkých pysků. U některých pacientů bývá doprovázena pocitem na zvracení či zvracením, pocením nebo plynatostí (Tesař et al., 2015). Pacienti s probíhající renální kolikou jsou neklidní a hledají polohu, která by jim zajistila úlevu od bolesti (Ürge et al., 2016). Po vyléčení urolitiázy může dojít v průběhu života až u 70 % pacientů k recidivujícímu výskytu konkrémentů (Tolinger, 2014).

1.1.3 Hydronefróza

Hydronefróza je patologický stav ledviny, u které došlo k nepřirozené dilataci neboli rozšíření ledvinové pánvičky. Dilatace je způsobená městnáním moči v ledvinové pánvičce, to je zapříčiněno obstrukcí vyskytující se v různých úsecích močových cest. Hydronefrózu dělíme dle vzniku na primární a sekundární. Primární hydronefróza může být způsobena zúžením dutého orgánu konkrementem či karcinomem pánvičky. Sekundární hydronefróza je zapříčiněna přítomností konkrementu a probíhajícím onkologickým onemocněním močovodu, obstrukcí močového měchýře, zvětšenou prostatou a karcinomem prostaty. V ojedinělých případech ji může způsobit infekce močových cest, kdy dojde k přechodné ochablosti svalstva močovodu. Průběh hydronefrózy je buď akutní – náhle vzniklý, nebo chronický – dlouhodobě trvající. Akutní forma se projevuje především kolikovitou bolestí. Chronická hydronefróza probíhá většinou asymptomaticky nebo se projevuje tupou bolestí v boku na příslušné straně poškozené ledviny. Lékař může hmatat zvětšenou pánvičkou, a to především při výskytu nemoci u dětí. V 10 % případů tohoto onemocnění je přítomna krev v moči. Hydronefróza je často komplikována infekcí s přítomností hnisu v moči, bolestí v bederní krajině a horečkou. V důsledku dlouhodobé močové stáze může dojít ke vzniku nových močových konkrementů. Dlouhodobé rozšíření ledvinové pánvičky způsobuje ochabnutí svalstva, ztrátu peristaltické aktivity a tlakovou atrofii renálního parenchymu. Tento stav vede postupně k selhání funkce ledvin (Teplan, 2017).

1.1.4 Léčba onemocnění močového systému

Terapie všech zmíněných onemocnění se rozděluje na medikamentózní a chirurgickou. (Tesař et al., 2015). U nádorových onemocnění se přistupuje k chemoterapii či radioterapii (Klener a Klener 2013). Urolitiáza je léčena rázovými vlnami, které roztlačují konkrement, ten je následně vyloučen močením. Pokud se nezdaří léčba rázovými vlnami, provádí se perkutánní extrakce konkrementu, která invazivní cestou odstraní konkrement z močového systému (Tesař et al., 2015). Jednou z doprovodných terapií onemocnění močového systému je derivace moči. Ta zajišťuje odtok moči umělými vývody, které jsou zaváděny do různých úseků močového traktu. Jednou z metod derivace moči je vyústění ledviny, které se odborně nazývá nefrostomie (Hanuš et al., 2015).

1.2 Nefrostomie

Termín nefrostomie se skládá ze slova nefros a stomie. Nefros je latinský název ledvin a pojem stomie pochází z řeckého slova stoma, které znamená ústa, ústí a otvor. Z lékařského hlediska je stomie vývod dutého orgánu na povrch těla (Drlíková et al., 2016). Účelem vytvoření stomie je především zlepšení kvality života, prodloužení délky života a zahojení určitého úseku dutého orgánu pod založenou stomií (Krška et al., 2011). Člověk, který má založenou stomii, je odborně nazýván stomikem. Stomik je definován jako zdravotně znevýhodněný občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Tím dochází ke změně základních fyziologických funkcí a k nutnosti používat stomické pomůcky. Založení stomie má za následek výrazné zhoršení celkové kvality života (Lúčan, 2011). Stomie se rozdělují dle délky trvání na dočasné a trvalé. Dočasná stomie je vyústěna pouze na dobu, která je nutná pro zhojení a obnovení plné funkce daného orgánu. Trvalá či permanentní stomie se zakládá v případě nemožnosti obnovení přirozeného fungování dutého orgánu. Tento typ stomie je u pacienta zaveden po celý život (Janíková a Zeleníková, 2013). Stomie se dále rozdělují na plánované, kdy je její založení předem naplánováno a pacient je o založení včas informován, a urgentní, u které je založení stomie život zachraňující výkon (Vytejková et al., 2013).

Nefrostomie je umělé vyústění ledviny na povrch těla. Jedná se o terapeutický výkon, při kterém je zaveden sterilní nefrostomický drén do dutého systému ledviny, tedy do ledvinové pánvičky. Patří do skupiny derivačních stomií, jelikož zajišťuje odtok moči z ledviny jinou než přirozenou cestou (Volf a Drábek, 2017). Účelem založení nefrostomie je rychlé a efektivní řešení obstrukce vývodných cest močových, a tím zajištění odtoku moči z ledviny. Nefrostomie rozlišujeme dle doby trvání na dočasné a trvalé. Dočasná nefrostomie je zavedena na omezenou dobu, která je potřeba k vyléčení obstrukčního onemocnění a která slouží jako přístup pro odstranění konkrementu z močového systému. K odvodu moči při dočasné nefrostomii slouží tenký drén, který je fixován pouze pár stehy ke kůži. Doživotní derivace moči pomocí trvalé nefrostomie je zajištěna speciálním drénem, který má větší průsvit a je opatřen balonkem pro fixaci drénu v ledvinové pánvičce (Hanus et al., 2015).

1.2.1 Indikace nefrostomie

Důvodem zavedení nefrostomie jsou především již zmíněná urologická onemocnění způsobující obstrukci vývodných cest močových. Obstrukce bývá převážně zapříčiněna konkrementy a nádory vyskytujícími se v močovém systému (Teplan et al., 2010). Při obstrukčním onemocnění dochází k nedostatečnému či žádnému odtoku moči z ledviny, které má za následek městnání moči v ledvině (Nermuťová a Vávrová, 2013). Městnání moči v ledvině je život ohrožující stav, způsobující nepřirozené rozšíření ledvinové pánvičky, které postupně vede k selhání ledviny. Obstrukce může být lokalizována na různých místech, počínaje glomerulem a konče zevním ústním močové trubice (Teplan, 2017). Za absolutní indikaci se považuje obstrukce, která je následně spojená s infekcí, jelikož se nedoporučuje manipulace v močovém měchýři a v močovodech kvůli riziku vzniku urosepse (Hanuš et al., 2015). Nefrostomie může být indikována i u onemocnění, která nevytvářejí obstrukci. Jedná se především o hnisavé záněty močových cest, patologické zúžení trubicovitých orgánů a útlaky močovodů, způsobené patologickými procesy v okolí (Teplan et al., 2010). Neobstrukční indikací jsou také komplikovaná poranění močovodu, u kterých nefrostomie zajišťuje odložení definitivní rekonstrukce močovodů na pozdější dobu (Hanuš et al., 2015). Častou neobstrukční indikací bývá poškození orgánů močového systému po radioterapii malé pánve (Pešl a Zámečnick, 2017). Další indikací pro zavedení perkutánní nefrostomie může být iatrogenní poranění způsobené lékařem při diagnostických a terapeutických výkonech prováděných na vývodných cestách močových (Teplan et al., 2010). Perkutánní nefrostomie bývá zaváděna i jako přístup pro zajištění perkutánní extrakce konkrémentu (PEK). Pokud nedojde k jeho rozdrčení a následnému vyloučení močí extrakorporální litotripsí, přistupuje se k endoskopickému odstranění konkrémentu pomocí PEK. Výkon spočívá v proniknutí do ledvinové pánvičky přes kůži pomocí nefroskopu technikou perkutánní nefrostomie. Následně dojde k dilataci kanálu a odstraní se konkrementy nebo jeho předem nadrcené úlomky. Pacient má po výkonu kromě permanentního močového katétru zaveden i dočasný nefrostomický drén, který zajišťuje pooperační derivaci moči z ledviny, po co nejkratší dobu (Slezáková et al., 2010). Nefrostomie je dále indikována jako vhodná forma paliativní derivace u pacientů, u kterých nelze provést vývod močového měchýře z důvodu pokročilého rozsahu nádoru, špatného celkového stavu a krátké prognózy pacienta (Matoušková et al., 2013). V některých závažných případech však není možné

výkon u pacienta provést. Absolutní kontraindikací je nekorigovatelně zvýšená krvácivost pacienta, u kterého hrozí velké riziko krvácení. Další možné kontraindikace jsou nádory ledvin, výrazné deformity páteře, extrémní obezita a nespolupracující pacient (Volf a Drábek, 2017). Hanuš et al. (2015) doplňuje další relativní kontraindikaci, kterou je probíhající infekce, u níž nebyla zahájena léčba antibiotiky.

1.2.2 Předoperační příprava

Péče o pacienta před výkonem je komplexní činnost, na které se mohou podílet lékař internista, urolog, onkolog a jejich týmy. Nedílnou součástí je spolupráce s ošetřujícími všeobecnými sestrami a s psychologem, eventuálně s psychiatrem (Zachová et al., 2010). Z lékařského hlediska je před výkonem důležité zvážit celkový zdravotní stav pacienta, anatomii a anatomické odchylky dutých orgánů močového systému. U nádorů a konkrementů se zjišťuje jejich velikost a počet. Z laboratorních vyšetření kromě biochemického vyšetření krve a krevního obrazu je především důležité vyšetření zjišťující srážlivost krve. Jestliže bude pacient trpět sníženou srážlivostí krve, hrozí velké riziko masivního krvácení při výkonu. U odebrané moči se provádí bakteriologické vyšetření se stanovením citlivosti bakterií na antibiotika (Hanuš et al., 2015). Vyšetření je důležité pro zjištění zánětlivého onemocnění, které by mohlo po výkonu zhoršit zdravotní stav pacienta. Dojde-li k prokázání infekčního onemocnění vyskytujícího se i mimo vylučovací systém, zahajuje se antibiotická léčba a výkon se odkládá. V případě, že výkon zachraňuje funkci ledviny nebo je jeho provedení nezbytné pro zajištění lepší kvality života, je proveden i za přítomnosti infekčního onemocnění. U pacientů, kterým nebylo diagnostikováno zánětlivé onemocnění, se i přesto podávají širokospektrá antibiotika, aby se zajistila prevence vzniku pooperačního ledvinového infekčního onemocnění (Seidlová et al., 2018). Většinou je pacient den před samotným výkonem podrobně informován lékařem o účelu a povaze zákroku a o důsledcích a rizicích, která poté mohou nastat (Mach et al., 2013).

K provedení výkonu je zapotřebí podepsaný informovaný souhlas, který pacientovi předkládá lékař, jakmile jej seznámí se zákrokem (Jairath et al., 2017). Každá nemocnice si vytváří své vlastní informované souhlasy. Nejčastěji jsou v nich popsány účel, technika a všechny komplikace výkonu. Informovaný souhlas je též důkazem, který vyvrací nařčení pacienta, že nebyl zcela poučen od lékaře, dříve než vyslovil souhlas s provedením výkonu (Mach, 2010). Slouží také jako ochrana při podání žaloby pacientem, který viní lékaře z výskytu pooperačních komplikací (Ptáček et al., 2011).

1.2.3 Zavedení nefrostomie

Nefrostomický drén je zaváděn urologickými lékaři za asistence sálové sestry na operačním sále. Na ten přijíždí pacient bez veškerých šperků, oblečení, bez zubní náhrady, s oholeným místem vpichu a podle zvyklostí oddělení i s označenou operovanou stranou (Seidlová et al., 2018). Zavedení nefrostomického drenážního systému je možné provést několika způsoby. Jedním z nich je zavedení drénu při otevřené břišní operaci. Další možností je zavedení drénu přes kůži. Tato metoda se nazývá perkutánní nefrostomie a bývá nejčastěji volenou technikou při zavádění nefrostomického drénu (Volf a Drábek, 2017). Perkutánní nefrostomie je invazivní výkon, který provádí lékař pomocí punkce v lokálním znecitlivění místa vpichu za současné ultrasonografické a skiaskopické kontroly (Zachová et al., 2010). Pro založení perkutánní nefrostomie jsou předem připraveny sterilní sety se speciálními nástroji potřebnými pro operační výkon. Ve sterilním setu je obsažena punkční jehla s mandrémem, rentgen-kontrastní látka, vodič, dilatátory, nefrostomický drén, fixační pomůcky a jímací sáček. Při výkonu pacient zaujímá standardně polohu na břiše, někdy na boku, ale to záleží na zvyklostech pracoviště a operátéra. Základním předpokladem úspěšného založení nefrostomie je dilatace kalichopánvičkového systému, který se na ultrazvukovém monitoru zobrazuje jako specificky tvarovaná dutina vyplněná močí. V lokální anestezii pacienta je nejčastěji pod ultrasonografickou kontrolou s pomocí adaptéru zavedena punkční jehla, jejíž cesta tkání je na obrazovce značena fixní dokreslenou linií. Punkce je vedena ze zadní axilární čáry, kde je nejbližší konvexita ledviny, a je zásadně vedena přes jeden z kalichů ledvin. Punkční jehla je opatřena mandrémem. Po jeho vyjmutí je jehlou zaveden drátěný vodič, který zůstává v ledvině až do konce operace. Po vodiči je pod skiaskopickou kontrolou provedena dilatace punkčního kanálu a do ledvinové pánvičky je zaveden měkký Malecotův nebo pigtail

nefrostomický drén (Hanuš et al., 2015). Malecotův katétr má speciální dvoukřídlové zakončení (Zeman et al., 2011). Pigtail katétr je na svém konci speciálně zakroucený (Vytejková et al., 2015). Kontrola správné polohy nefrostomického drénu se provádí rentgenováním ledvinové pánvičky po nástřiku kontrastní látky. Po zjištění správné polohy drénu je nefrostomie fixována v ledvině tvarem jeho zakončení, naplněním speciálního balonku a přišitím drénu pár stehy ke kůži. Fixace chrání před nežádoucím vytažením drénu z ledvinové pánvičky. Pro dočasné nefrostomie jsou připraveny tenké nefrostomické drény, které se fixují jen stehy ke kůži. U dlouhodobých nefrostomií se zavádí drény se silnějším průsvitem, které jsou fixovány stehy ke kůži, ale i naplněním balonku sterilním roztokem Aqua pro injekce. Balonek by se nikdy neměl naplňovat fyziologickým roztokem, jelikož obsahuje soli a v případě prasknutí balonku by mohly soli zanést nefrostomický drén a následně ho ucpat. Zevní konec nefrostomie je posléze napojen na uzavřený odtokový systém, který zajišťuje sběr moči (Hanuš et al., 2015).

1.2.4 Pooperační péče

V pooperačním období je pacient poučen o klidovém režimu na lůžku a je mu zajištěno signalizační zařízení, kterým může kdykoli přivolat zdravotnický personál. V pooperačním období je nutná pravidelná kontrola krevního tlaku, pulzu a tělesné teploty. Zjišťuje se intenzita bolesti u pacienta pomocí vizuální analogové škály bolesti (VAS). Kontroluje se bilance tekutin pomocí dokumentu, do které se zapisuje příjem tekutin a výdej moči. Hodnotí se barva a příměsi v moči. Bedlivě se kontroluje krvácivost operačního místa a pokožka kolem ústí nefrostomie. Zarudlá pokožka svědčí o začínajícím zánětlivém onemocnění nebo o nově vzniklé alergii na materiál, ze kterého je drén vyroben. Pokud bude okolí nefrostomie prosáklé močí, došlo k ucpání nefrostomického drénu, nejčastěji krevní sraženinou nebo nahromaděním minerálních solí.

V případě výskytu zmíněných komplikací by se měla sestra neprodleně obrátit na lékaře. Sleduje se i celkový stav pacienta včetně psychického rozpoložení (Janíková a Zeleníková, 2013). Polohu pacienta volíme obecně dle operačního výkonu. U založených nefrostomií je důležité, aby pacient zaujímal takové polohy, které mu jsou příjemné a které zabraňují zalomení a zalehnutí drénu. V oblasti hygienické péče dbáme na čistotu nefrostomického drénu a jeho ústí. Pacienta postupně vedeme k soběstačnosti (Burda a Šolcová, 2016). Důležitou roli hraje v pooperačním období edukace o nově založené nefrostomii a o zvláštnostech režimu, které jsou spojeny se zavedenou nefrostomií (Zachová et al., 2010).

1.2.5 Komplikace nefrostomie

Nefrostomická drenáž patří mezi běžně používané léčebné metody. Její zavedení, extrakce (vytažení) a výměna jsou v drtivé většině provedeny bez výskytu komplikací. Přesto je důležité mít na paměti, že komplikace se mohou kdykoliv vyskytnout (Krausová et al., 2016). U perkutánní nefrostomie jsou těmi nejčastějšími krvácení, vznik infekce ledviny, proděravění ledvinové pánvičky, nežádoucí vytažení drénu, vznik infekce v okolní pokožky nefrostomického drénu, která se projeví zarudlostí, a ucpání drénu krevní sraženou nebo usazeninami minerálních solí (Nermuťová a Vávrová, 2013). Nejzávažnější komplikací je krvácení. Prakticky každá nefrostomie je po provedení výkonu doprovázena hematurií, která ustává bez léčby během několika dní. Pokud hematurie přetrvává i nadále, je nutné provést angiografii s případnou embolizací traumatizované tepny. U 1–2 % pacientů vyžaduje krvácení aplikaci transfuze (Teplan et al., 2011). Krvácení může nastat i jako komplikace po extrakci drénu. Zástava je v tomto případě také zajištěna angiografií s embolizací (Krausová et al., 2016). Přítomnost urosepsy je další nejčastější komplikací, vyskytující se u 1–7 % pacientů (Teplan et al., 2011). Nеспецифickými projevy urosepsy je horečka nad 38° Celsia, zvýšená tepová frekvence nad 90 pulsů za minutu, snížený krevní tlak a zvýšená dechová frekvence (Krohmer et al., 2018). V mnoha případech dochází k omezení funkce ledvin, které může přejít až v anurii (snížení tvorby moči na 100 ml/24 hodin a méně), (Schuler et al., 2008). Léčba urosepsy spočívá především v podávání antibiotik a v celkovém sledování zdravotního stavu pacienta, popřípadě je indikována výměna nefrostomického drénu (Krohmer et al., 2018).

Pokud dojde k výskytu komplikací v domácím ošetřování, je vždy nutné vyhledat lékařskou pomoc. Zvláště u hematurie je nutností okamžitě navštívit obvodního lékaře nebo přímo urologické oddělení kvůli hrozícímu riziku velkých krevních ztrát. Pokud dojde k vypadnutí nebo vytržení nefrostomického drénu, musí pacient neodkladně navštívit urologickou ambulanci, protože kanálek, kterým prochází nefrostomický drén, se rychle uzavírá a znovuzavedení drénu již vytvořeným kanálkem je velmi obtížné (Kalábová, 2016).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty se zavedenou nefrostomií

Ošetrovatelská péče je poskytována nelékařskými zdravotnickými pracovníky ve zdravotnických zařízeních, která zajišťují různé oblasti poskytované péče a u kterých je dbáno na holistický přístup (Plevová et al., 2011). Oblast hygienické péče je ve zdravotnickém zařízení zajištěna zpravidla dvakrát denně a dále dle potřeb pacienta. Ráno pacient provádí hygienu vsedě na lůžku nebo u umyvadla v koupelně. Umývá si převážně obličej, podpaží, záda, genitálie a hýždě. Při večerní hygieně provede pacient celkovou koupel ve sprše. Do ranní a večerní hygienické péče dále patří česání vlasů (Vytejková et al., 2011). Zvláštní a důležitá je péče o dutinu ústní, a to převážně u starších osob. Provádí se při ranní a večerní hygieně. Pokud má pacient vlastní chrup, vyčistí si jej pomocí zubní pasty a zubního kartáčku. Jestliže má pacient zubní protézu, pečuje o ni, ale i o dutinu ústní. Umělý chrup si pacient mechanicky očistí od zbytků potravy a vloží jej do předem určené nádoby s vodou a s čistící tabletou na zubní náhrady, pokud ji pacient má a používá. Hygienická péče také zahrnuje stříhání nehtů, holení, odšívování vlasů, hygienu po vyprázdnění, péči o oči, uši, nos a péči o kůži, opruzeniny a proleženiny. U zcela nesoběstačných pacientů či méně soběstačných a mobilních pacientů provádí hygienickou péči zdravotnický personál (Burda a Šolcová, 2015).

Polohování pacientů je další oblastí ošetrovatelské péče. Polohy si soběstačný a mobilní pacient mění sám dle libosti. U imobilních pacientů zajišťuje polohování pacientů zdravotnický personál. Polohy pacientů se mění převážně každé dvě hodiny. Obecně platí, že čím menší je interval mezi výměnou poloh, tím je pacient méně ohrožen vznikem dekubitů a opruzenin. Nejvíce preferovanými polohami jsou poloha vleže na zádech, poloha na levém či pravém boku a poloha na břiše. Při polohování využívá zdravotnický personál velkou škálu pomůcek. Mezi nejvíce používané patří

hrazdička, polohovací pomůcky různých tvarů, které zajišťují fixaci ošetřovaného v dané poloze, a polohovací podložka, která slouží k manipulaci imobilního pacienta na lůžku. Po uvedení pacienta do polohy je důležité zajistit podložení a odlehčení predilekčních míst a zaujmout takovou polohu pacienta, která je mu příjemná, není bolestivá, nezpůsobuje spasticitu svalů a pocit nejistoty (Vytejková et al., 2011).

Specifická ošetrovatelská péče o pacienty se zavedenou nefrostomií spočívá v celkové kontrole nefrostomického drénu, okolní pokožky a v převazování ústí nefrostomie. Pravidelně jednou denně se nefrostomie sterilně převazují. Sestra si na provedení převazu připraví pojízdný sterilní stolek, na který si nachystá pomůcky. Potřebnými pomůckami jsou sterilní pinzety a sterilní čtverce z gázy, které jsou výrobcem nastříhnuty do tvaru Y. Tvar zajišťuje snadné obemknutí nefrostomického drénu. Pokud není oddělení vybaveno speciálně nastřiženou gázou, vezme si sestra klasické sterilní gázové čtverce a pomocí sterilních nůžek je nastříhne do požadovaného tvaru. Na čtverce se doporučuje v prvních dnech aplikovat vhodný dezinfekčním roztok, který předem určí lékař. Pomůcka, kterou nepokládáme na sterilní stolek, je postřiková dezinfekce na kůži a náplast. Ta by měla být dostatečně velká a měla by mít dobré lepící vlastnosti. Pokud bude mít pacient alergii na náplast nebo mu bude po čase zjištěna, je potřeba používat vhodnou hypoalergenní náplast. Po uložení všech pomůcek překryje sestra stolek další sterilní rouškou pomocí podávkových kleští. S připraveným sterilním stolem jde sestra za pacientem, který je omezen v pohyblivosti nebo je zcela imobilní (Vytejková et al., 2015). Pokud pacient chodí bez potíží, sestra jej vyzve, aby se dostavil na převaz do vyšetřovací místnosti, kam si lehne na lehátko. V obou případech je postup převazu stejný. Sestra pobídne pacienta, aby si vyhrnul či svlékl horní část oděvu a zaujal polohu na zádech či na boku. Před samotným odstraněním původního krytí si sestra umyje a odezinfikuje ruce, oblékne si jednorázové rukavice a šetrně odlepí a odstraní krytí. Důkladně zkontroluje okolí nefrostomie, a to především případnou zarudlost, oteklost a jiné podráždění okolní pokožky, a zda nedošlo k prosakování moči kolem ústí nefrostomického drénu. Také zkontroluje stehy, jestli nedošlo k jejich uvolnění. V případě, že bude vše pořádku, sestra rozprašovačem aplikuje dezinfekci do okolí nefrostomického drénu. Po aplikaci dezinfekce odstraní vrchní roušku ze sterilního stolu a nasadí si sterilní rukavice. V tuto chvíli si může brát pomůcky ze sterilního stolu, aniž by došlo k jeho kontaminaci. Sestra nejdříve pinzetami nasadí čtverec pod drén a zlehka jej překříží, čímž dojde k obalení ústí a následně se okolí přelepí náplastí. Převaz je hotov a sestra může odstranit veškerý

odpad pomocí kontejnerů na infekční odpad. Použité nástroje vloží do dekontaminačního kontejneru s dezinfekčním přípravkem. Po uplynutí doby zajišťující dekontaminaci, kterou určuje výrobce dezinfekčního přípravku, sestra nástroje vyndá, opláchne tekoucí vodou, důkladně osuší a vloží do sterilizátoru (Schneiderová, 2014). Pacient zůstává ležet na lůžku nebo se z vyšetřovací místnosti odebírá zpět na pokoj. Při převazu je nutné, aby byla sestra co nejopatrnější a nedošlo k nechtěnému vytažení drénu (Kalábová, 2016).

Další oblastí ošetrovatelské péče je péče o vyprazdňování pacienta. Jelikož má pacient zaveden nefrostomický drén, je moč odváděna do sběrných neboli jímacích sáčků. Za předpokladu, že je druhá ledvina funkční, je u pacienta zachováno přirozené vyprazdňování močového měchýře. Nahromaděná moč ve sběrných sáčcích se pravidelně jednou za den vypouští a množství moči se zapisuje do dokumentace pacienta. Jestliže je tvorba moči větší, močový sáček se vypouští dle potřeby. Průhlednost sáčků slouží ke kontrole moči. U té by měla být pravidelně kontrolovaná barva, množství a příměsi. Koncentrovaná, tmavá a silně zapáchající moč značí snížený příjem tekutin. Jantarově žlutá barva moči svědčí o dostatečném příjmu tekutin a hydrataci pacienta. Při hospitalizaci se kontroluje příjem a výdej tekutin. Sestra dále kontroluje příměsi, které se mohou v moči objevit. Nejčastější příměsí je krev, která se zpočátku objevuje běžně, jelikož došlo k narušení prokrvených struktur. V drénu se mohou vytvářet i usazeniny minerálních solí z moči, které jsou nejčastější příčinou ucpání nefrostomického drénu (Kalábová, 2016). V tomto případě se přistupuje k proplachu nefrostomického drénu. Do stříkačky se natáhne maximálně 5 mililitrů Aqua pro injekce a nasadí se speciální nástavec pro zajištění nasazení stříkačky do koncového ústí nefrostomického drénu. Stlačením pístu stříkačky se aplikuje Aqua pro injekce a nasadí se sběrný sáček, do kterého by měla být odváděna moč i s kousky, které způsobily ucpání. Proplachování je prováděno za aseptických podmínek (Košnářová, 2018). Když bude proplach neúčinný a moč nebude odcházet, přistupuje se k výměně nefrostomického drénu (Kalábová, 2016).

Dále do holistické ošetrovatelské péče, kterou zajišťuje zdravotnický personál, patří zajištění výživy pacienta, sledování fyziologických funkcí, podávání léků dle ordinace lékaře, péče o lůžko pacienta a prevence imobilizačního syndromu (Burda a Šolcová, 2015). Při poskytování veškeré péče je zdravotnický personál obezřetný při manipulaci s nefrostomickým drénem a se sběrným sáčkem. Je důležité pečovat

o založenou nefrostomii takovým způsobem, aby co nejdéle a bez komplikací odváděla moč z ledvinové pánvičky (Kalábová, 2016).

Při hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení pečují o nefrostomii nejdříve všeobecné sestry a urologičtí lékaři. Musí se brát na vědomí, že pacienti budou propuštěni do domácího ošetřování a budou se o nefrostomie starat sami. Předpokladem pro správné ošetřování nefrostomie je dostatečná a hlavně srozumitelná edukace od lékaře a všeobecných sester. V případě, že je v nemocnici zaměstnaná stomická sestra, většina úkolů a edukace je především v její kompetenci (Zachová et al., 2010). Edukaci lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Jednodušeji tento pojem znamená výchovu a vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010). V ošetrovatelské praxi není smyslem edukace jen získání vědomostí. Pro pacienta-stomika je nejdůležitější osvojit si dovednosti nezbytné pro každodenní život. Sestra poučuje pacienta o důležitých zásadách péče o nefrostomie, o režimových opatřeních v oblasti pohybu, stravování, hygienické péči, oblékání a jak má postupovat a na koho se obrátit v případě výskytu jakékoli komplikace a změny zdravotního stavu. Důležité je, aby se pacient naučil převazovat nefrostomický drén a manipulovat se sběrným močovým sáčkem. Sestra dále vysvětlí, kde si stomik může opatřit všechny pomůcky, které potřebuje, a zda se bude finančně spolupodílet na jejich pořizování. Smyslem edukace je kromě získání dovedností i podpora pacienta při utváření postojů k sobě a k okolí během návratu do původního života. Edukace probíhá v prostředí, které je příjemné pro pacienta i pro sestru. Může se odehrávat i v momentě, kdy sestra ošetřuje či převazuje nefrostomii a pacient ji pozoruje; ten může být v některých případech do péče aktivně zapojen. Se souhlasem pacienta může sestra pozvat na edukační setkání jeho příbuzné a blízké přátele. Dobře edukovaný pacient získává jistotu a schopnosti se sám o sebe postarat. Dochází u něho ke snížení pocitu úzkosti, strachu a nejistoty z nově vzniklého stavu (Zachová et al., 2010).

1.3.1 Propuštění pacienta do domácího léčení

Nový stomik odchází domů řádně edukován a s pocitem, že zvládne sebeděči a péči o nefrostomii. Lékař pacientovi před odchodem předává všechny dokumenty, které následně odevzdá praktickému lékaři. Pacient obdrží propouštěcí zprávu s datem příští návštěvy v urologické ambulanci, při které proběhne výměna nefrostomického

drénu. Důležité je předat pacientovi kontakt na oddělení nebo na urologickou ambulanci, kam se může obrátit v případě výskytu jakékoli komplikace a pokud by si nevěděl rady s ošetřováním nefrostomie. Dle zvyklostí oddělení může být pacientovi předán i kontakt na psychologa, se kterým by řešil svůj psychický stav. Následně je pacient vybaven veškerými pomůckami potřebnými k převazu a sběrnými sáčky na několik dnů, než si zajistí pomůcky u svého praktického lékaře. Můžeme pacientovi předat i kontakty na různá stomická či nefrostomická sdružení a poradny, kde lze získat mnoho cenných informací ohledně nefrostomií. V neposlední řadě poskytneme pacientovi edukační materiály týkající se ošetřování nefrostomií (Zachová et al., 2010).

1.3.2 Dispenzarizace pacienta

Dispenzarizace pacienta je souvislá a nepřetržitá léčebná péče, probíhající v určitých časových intervalech, na kterou je pacient aktivně zván lékařem. Dispenzarizace je určitou formou péče o pacienty, kteří trpí závažným chronickým onemocněním, nebo u nich hrozí riziko vzniku onemocnění. Dispenzarizace pacienta je v kompetencích praktického lékaře nebo jiného specialisty (Sikorová, 2012). Všichni pacienti, kteří ukončili léčbu onkologického onemocnění močového systému, vyžadují doživotní sledování. Způsob dispenzarizace závisí na výskytu a rozsahu nádoru (Babjuk et al., 2009). U zavedené nefrostomie je sledování zajištěno docházením pacienta na pravidelnou výměnu nefrostomického drénu. Časový interval mezi výměnami je dán výrobcem drénu, ale nejčastěji se bez výskytu komplikací vyměňuje jednou za tři měsíce. Výměna je zpravidla prováděna ambulantně na urologickém oddělení. Lékař nejdříve odstraní fixující stehy, vyfoukne balonek a následně vytáhne původní drén. Pod ultrasonografickou kontrolou zavede vytvořeným kanálem nový nefrostomický drén. Nástřikem kontrastní látky a následným rentgenováním zjišťuje jeho polohu. Za předpokladu správného uložení drénu je výkon u konce. Na drén se nasadí sběrný sáček s přechodkou a následně se drén fixuje v ledvinové pánvičce napuštěním balónku roztokem Aqua pro injektione a přichycením drénu pár stehy ke kůži (Hanuš et al., 2015). Výkon trvá jen pár minut a nebývá bolestivý. Pacient se po výkonu odebírá do domácího prostředí za předpokladu, že se během a po výkonu nevyskytly žádné komplikace, jestliže nefrostomie odvádí moč a pacient se cítí dobře (Kordulová a Bittner, 2012).

1.4 Založení nefrostomie a její dopad na běžný život pacienta

Technika zavedení perkutánní nefrostomie je považována za invazivní výkon, který nejméně traumatizuje organismus pacienta. Na druhou stranu ale významně zasahuje do jeho dosavadního života. Pacient může často vnímat nefrostomii jako něco, za co by se měl stydět a co snižuje jeho postavení ve společnosti. Obvykle pacient trpí poruchou přijetí obrazu svého těla a komplexem méněcennosti (Kalábová, 2016). Domnívá se, že po založení nefrostomie se již nemůže vrátit zpátky k běžnému životu a k běžným aktivitám, které před založením nefrostomie provozoval (Salomé et al., 2014). Rozpaky a strach začíná pacient pociťovat ihned poté, co se dozví o založení nefrostomie. Emotivní a psychologický dopad může ovlivnit nejen pacienta, ale i jeho příbuzné. V důsledku toho se mohou negativně narušit jejich společné vztahy (Salomé et al., 2015). Obecné přijetí nefrostomie souvisí s povahou a postoji stomika a s oporou, kterou získává od svých blízkých. Neodmyslitelnou roli v přijetí nefrostomie hraje i veřejnost. Kterákoliv stomie je širokou veřejností považována za něco nečistého, zapáchajícího a odpuzujícího. Z tohoto důvodu informaci o založení nefrostomie těžce přijímá většina pacientů i jejich rodiny, u kterých se předpokládá, že se budou později podílet na ošetřování nefrostomie. Důsledkem negativního přijetí zavedení nefrostomie se pacienti uzavírají do sebe, jsou plačtiví, nechtějí se vidat s příbuznými, nechtějí chodit do společnosti a v některých vážnějších případech myslí i na sebevraždu. Nejobtížnější je po zavedení nefrostomie přijetí vlastního vzhledu, a to i přesto, že se dá močový sáček schovat pod oblečení tak, že není na první pohled vůbec viditelný. Stomik se bojí, jaké budou reakce okolí, zda zvládne ošetřování nefrostomie, kde by hledal potřebnou pomoc a jak se bude starat o rodinu. K těmto obavám se přidružuje i strach o samotný život (Kalábová, 2016).

Je důležité vědět, že reakce stomiků jsou individuální a ošetřovatelský personál by je měl všechny znát a vědět, jak na ně reagovat. Důležitou úlohou personálu je kvalitní komunikace s pacientem, trpělivost a především tolerance. Zavedení nefrostomie s sebou přináší mnohá omezení v různých oblastech. Největší změny jsou zaznamenány v pohybu, při vykonávání domácích prací, vykonávání hygienické péče, stravování a při celkové péči o nefrostomie (Zachová et al., 2010).

1.4.1 Pohybový režim nefrostomika

Pohybová aktivita je důležitou součástí k udržení fyzické zdatnosti a pevného zdraví jedince. Každý stomik se může zapojit do sportovních aktivit a využívat účinek pohybu ke zkvalitňování svého života a zdravotního stavu. Pohyb bývá u většiny stomiků každodenní součástí života. Není proto důvod, aby se stomik přestal věnovat fyzické aktivitě po zavedení stomie. Vhodný je pohyb a cvičení, na který je stomik zvyklý a který provozoval před založením stomie. Důležitou součástí návratu se zpátky k oblíbeným pohybům je konzultace s odborníkem, jímž může být lékař, fyzioterapeut nebo stomasestra. Odborník objasní veškeré možnosti a hranice, které souvisí s pohybem (Kollárová a Gilanová, 2013). Žádná pohybová aktivita by neměla způsobovat nepříjemné pocity a bolesti (Zachová et al., 2010). Nefrostomik musí před aktivním i běžným pohybem provést několik opatření, jelikož má zavedený dlouhý drén, na který je napojen sběrný močový sáček. Denní sběrný sáček, který má kapacitu 350–500 ml, se dá pomocí suchého samolepícího zipu přichytit k dolní končetině. Nejčastěji se připevňuje na stehno či lýtko, aby byl sáček pod úrovní ledvin, nebyl vidět a nepřekážel při pohybu. Některým naopak vyhovuje používat sáčky s větší kapacitou a mít je zavěšené za opasek či je mít zavěšené za krk pomocí řemínku. Nezbytné je při upevňování močového sáčku zajistit, aby jeho poloha byla vždy pod úrovní ledvin. Při aktivním a běžném pohybu v domácnosti nebo v jiných prostorách je důležité, aby stomik co nejlépe schoval všechny hadičky pod oblečení, jelikož hrozí zachycení drénu a jeho následné vytržení. U schovávání hadiček si musí dát nefrostomik pozor, aby nedošlo k jejich zalomení. Doporučuje se hadičky na pár místech přilepit ke kůži náplastí a při jakémkoli pohybu je pravidelně kontrolovat. Při jejich zalomení dochází ke stagnaci moči v místě před zalomením a tím dochází ke hromadění moči v ledvině nebo k jejímu obtékání kolem nefrostomického drénu. Doporučovanou aktivitou jsou pravidelné vycházky do přírody, jóga nebo pilates. Naopak se nedoporučují aktivity a sporty, při kterých pacient vykonává trhavé pohyby. Plavání taktéž není vhodné. Riziko zalomení a vytržení drénu hrozí i při oblékání. Nefrostomik musí být při oblékání velmi opatrný, aby drén nevytrhl nebo ho nezalomil. Vhodné je používat volnější kalhoty, u kterých má sběrný sáček větší možnost se naplnit. U žen se doporučují volné a dlouhé sukně. Svršek by měl být tak upnutý, aby nezpůsobil zalomení drénu. Po obléknutí musí nefrostomik zkontrolovat stav všech hadiček a sběrného sáčku (Kalábová, 2016).

1.4.2 Spánek a odpočinek nefrostomika

Dostatečný a kvalitní spánek je potřebný k udržení zdraví každého jedince. Potřeba spánku je pro každého člověka individuální záležitostí. Kvalita spánku je ovlivněna různými faktory, například věkem, nemocí, bolestí, úzkostí, strachem či nevědomostí. Ty mohou spánek stomika velice ovlivnit. Krom běžných spánkových poruch, kterými může stomik trpět celý život, se ještě přidružují smíšené pocity ze zavedené nefrostomie (Burda a Šolcová, 2015). Nefrostomik ohledně spánku řeší, jaké jsou nejlepší polohy a kam zavěsit sběrný sáček. V nemocničním zařízení se zavěšují pomocí háčků na postranice lůžka. Ovšem na běžných domácích postelích žádné postranice nejsou, a tak pro nefrostomika vyvstává otázka, kam sběrný sáček upevnit. Je doporučováno, aby se sběrný sáček zavěsil na nějaký kus nábytku, který nefrostomik přisune k lůžku. Další možností je zavěsit sběrný sáček pomocí háčku na rám postele. Není dobré, aby se sběrný sáček pokládal na zem. Mohlo by dojít k jeho kontaminaci a následně ke kontaminaci nefrostomického drénu, což by mohlo způsobit zánět ledvin. Při ležení si musí dát nefrostomik pozor, aby nezalehl drén natolik, až by došlo k zastavení odtoku moči do sběrného sáčku. Hlídat si musí i zalomení či ohnutí drénu, jelikož dochází ke stagnaci moči v ledvině. Měnit polohy je u zavedeného nefrostomického drénu složité. Stomik se do drénu může postupně zamotat a může ho při pohybu vytrhnout. Při vědomé změně polohy musí drén s močovým sáčkem přendat nebo měnit polohy postupně tak, aby k zamotání nedošlo (Drlíková et al., 2016).

1.4.3 Hygienická péče nefrostomika

Osobní hygiena slouží k podpoře, ochraně zdraví a vede k uspokojení lidské potřeby. Úroveň je hygienické péče dána návyky a hodnotami, které si dítě vytváří již v útlém věku. Kvalitně provedenou hygienickou péčí se odstraňují nečistoty, sekrety a mikroorganismy z povrchu těla. Zabraňuje se tím rozvoji infekce a navozují se pozitivní emoce a pocit pohody (Vytejková et al., 2011). Nefrostomik by měl provést důkladnou hygienickou péči alespoň jedenkrát denně. Pro uskutečnění hygienické péče se nedoporučuje koupání ve vaně, jelikož hrozí riziko vzniku infekce pokožky kolem ústí nefrostomického drénu. Vhodné je pouze sprchování. Mýdlo je potřeba používat neдрáždivé a neparfémové. Ostatní mýdla by mohla nepříjemně podráždit pokožku kolem nefrostomie. Před mytím stomik šetrně odstraní převazové krytí a vypustí moč ze sběrného sáčku. Ten potom zavěsí na předem určené místo, které je navrženo tak, aby

byl sáček stále pod úrovní ledviny a nedocházelo ke zpětnému toku moči do ledviny. Po umytí a osprchování se pacient osuší ručníkem, který není vyroben ze syntetických látek. Při mytí a otírání pokožky kolem nefrostomie si dává pozor, aby nedošlo k zachycení a nechtěnému vytržení drénu. Po osušení se stomik přesouvá do místnosti, kde má k dispozici své pomůcky pro ošetřování nefrostomie (Kordulová a Bittner, 2012).

1.4.4 Stravování nefrostomika

Příjem potravy je základní potřeba lidského organismu. Zdravá strava jedince upevňuje a podporuje zdraví, umožňuje mu vykonávat všechny pracovní i oddechové aktivity a poskytuje rezervy k ochraně proti výživovému deficitu v období nedostatečného příjmu potravy (Sharma et al., 2015). Aby mohla být strava považována za zdravou, musejí se dodržovat zásady zdravého stravování. Do obecných zásad zdravého stravování patří dostatečný příjem tekutin a pravidelný příjem vyvážené stravy 4–5× denně. Jídelníček je sestavován tak, aby byl správně vyvážený v obsahu bílkovin, sacharidů a tuků, měl by obsahovat dostatečné množství vitaminů, minerálů a stopových prvků (Zlatohlávek et al., 2016). Zavedení nefrostomie přináší různá dietní omezení a opatření, která vycházejí z dietních doporučení v nefrologii. U pacientů s nefrostomií je důležité dbát na všechny výše zmíněné zásady zdravého stravování. Významný faktor, který je důležité dodržovat, je přísun tekutin (Svačina et al., 2008). Doporučuje se denně vypít alespoň dva litry tekutin (Kordulová a Bittner, 2012). Nejlepší a nejpřirozenější tekutinou je pitná voda. Pacient by se měl vyhýbat kávě, zelenému čaji a alkoholu, protože tyto tekutiny dehydratují (Svačina et al., 2008). V oblasti příjmu potravy je především důležité omezit sůl a slaná jídla. Usazeniny z minerálních solí, které se tvoří v moči, by mohly způsobit zanesení a následné ucpání drénu. Nedoporučuje se konzumovat například uzené výrobky, slané ořechy a sušené maso z důvodu vysokého obsahu soli. Pacientovi je doporučeno, aby solení při přípravě pokrmů celkově omezil. O dietním režimu je pacient edukován ještě ve zdravotnickém zařízení. Při edukaci je důležité brát v potaz, kdo bude pokrmy připravovat. Jestliže v domácnosti vaří manželka, družka nebo jiný z příbuzných pacienta, je důležité na edukaci pozvat i ji, protože musí být také řádně edukována, aby pro pacienta připravovala správná jídla (Kalábová, 2016).

1.4.5 Zaměstnání nefrostomika

Zaměstnání přináší člověku pocit uspokojení z dobře vykonané práce a pocit užitečnosti. Zajišťuje přísun financí, které slouží jako ekonomická záštita v našem životě, v zabezpečení a chodu domácnosti. Dlouhodobá nemocnost, která je spojena se zavedením nefrostomie, má za následek omezení pravidelného přísunu financí. Zaměstnanec v trvalém pracovním poměru má nárok na finanční dávky z nemocenského pojištění až po dobu 380 dní od vzniku nemoci. Pokud se bude pacient cítit dobře a pokud mu to bude dovolovat jeho zdravotní stav, může se vrátit zpátky do pracovního procesu. Lékař ale musí při ukončení pracovní neschopnosti zhodnotit náročnost zaměstnání, do kterého se pacient vrací. Pro nefrostomiky je vhodné spíše sedavé zaměstnání nebo zaměstnání, které není fyzicky náročné. Návrat do zaměstnání by měl být pozvolný. Ze začátku může nefrostomik docházet na pár hodin týdně a postupně přejít na částečný či plný pracovní úvazek. Na druhé straně nemusí být nefrostomik v tak dobrém zdravotním a psychickém stavu, který by mu dovoľoval návrat do zaměstnání. V tomto případě může po uplynutí pracovní neschopnosti požádat o poskytnutí invalidního důchodu, který by mu zajistil přísun financí (Zachová et al., 2010).

1.4.6 Ošetřování nefrostomie v domácím prostředí

Ošetřování nefrostomie je nutné zajistit i v domácím prostředí. Předpokládá se, že by měl stomik ošetřování doma zvládnout, jelikož proběhla edukace v nemocničním zařízení. Po propuštění ze zdravotnického zařízení přijíždí domů s velkým množstvím pomůcek a materiálů, potřebných k péči o nefrostomii. Je zapotřebí, aby si všechny tyto pomůcky uložil do předem vyhraněného prostoru. Nejčastěji se ukládají do skříní nebo jiných větších prostor, kde nedojde k jejich znehodnocení. Určitě není dobré ukládat pomůcky blízko topných těles a vystavovat je velkému chladu. Pro úspěšné a snadné ošetřování nefrostomií je zásadní, aby měl stomik připraven svůj kout nebo místnost, kde bude probíhat převazování nefrostomií, výměna močových sáčků a celková péče. V místnosti je důležité mít všechny potřebné pomůcky, pracovní desku a velké zrcadlo (Drlíková et al., 2016). Ošetřování nefrostomie je stejná jako ve zdravotnickém zařízení, zahrnuje tedy pravidelné převazy a péči o sběrné sáčky. Převazování nefrostomie probíhá obdobně, jako je popsáno v kapitole 1.3 Ošetřovatelská péče o pacienty se zavedenou nefrostomií. Celý postup převazování se přizpůsobuje domácímu prostředí.

Největší změny jsou zaznamenány v tom, že si nefrostomik převazuje nefrostomii většinou sám. Všechny pomůcky si musí předem rozbalit a připravit na pracovní plochu. Nefrostomik na svou nefrostomii i hůře vidí, jelikož je vyústění umístěno v oblasti bederní páteře. V tomto případě je mu dobrou pomůckou větší zrcátko, pomocí kterého kontroluje okolí nefrostomie a přikládá obvazový materiál. Převaz se může provádět i po hygienické péči, kdy dojde k důkladnému osprchování okolí nefrostomického drénu. V případě, že stomik zpozoruje určité komplikace nebo změny zavedené nefrostomie, které jsou popsány v kapitole 1.2.5 Komplikace nefrostomie, musí neprodleně vyhledat lékaře (Kalábová, 2016). Obvazový materiál, který používá, si obstarává pomocí poukazu, který mu předepisuje praktický lékař nebo lékař specialista (Zachová et al., 2010). Hydrofilní skládanou sterilní gázu hradí například Všeobecná zdravotní pojišťovna pouze do rozměru 10×10 cm a úhrada je nejvýše 4 Kč za 1 kus. Náplast hradí Všeobecná pojišťovna pouze hypoalergenní, pojištěncům do 18 let věku a pacientům se zavedenou stomií nejvýše do rozměru 14 cm × 5 m a úhrada činí maximálně 15 Kč za 1 kus (Úhradový katalog VZP – ZP, 2019).

Péče o sběrné sáčky zahrnuje jejich vypouštění a pravidelnou výměnu. Druhů močových sáčků je mnoho, záleží jen na požadavcích stomika, o které bude mít zájem a které mu budou nejvíce vyhovovat. Na noc se používají sáčky, které jsou výpustné a pojmu až dva litry moči. Denní sáčky jsou také výpustné, ale menší a pojmu kolem 350–500 ml moči. Vypouštění sáčku provádí stomik přes den podle potřeby do záchodové mísy. Je třeba dbát na to, aby se sáček vypustil včas a nedošlo k jeho prasknutí z přeplnění. Přes noc se ve většině případů nemusí sáček vypouštět vůbec, jelikož tvorba moči přes noc lehce ustává a kapacita sáčku je dostačující. Aby se nemusel sáček vypouštět v noci, je dobré vypustit celý sáček těsně před spaním. Kompletní výměna sáčků probíhá jednou za týden. Všechny použité sáčky se před výměnou vypustí a uzavřou se spolu s použitým obvazovým materiálem do mikrotenových sáčků a vyhodí se do odpadkového koše, který je určen na nefrostomické pomůcky, nebo se může vyhodit přímo do komunálního odpadu (Kalábová, 2016). Sběrné sáčky předepisuje praktický lékař nebo lékař specialista na poukaz, který má platnost 1 měsíc ode dne vystavení. Ve specializovaných prodejnách, v lékárnách nebo ve zdravotnických potřebách si může nefrostomik na základě poukazu sběrné sáčky vyzvednout. Může využít i bezplatnou zásilkovou službu, která zasílá pomůcky kurýrem nebo poštou. Pomůcky mohou být předepisovány maximálně na období 3 měsíců (Zachová et al., 2010). Sběrné sáčky jsou plně hrazeny zdravotními

pojišťovny. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna podle Úhradového katalogu VZP – VZ platného od 1. 1. 2019 hradí urinální sběrné sáčky denní a noční maximálně 10 kusů za měsíc, do celkové výše 500 Kč (Úhradový katalog VZP – ZP, 2019). Nutná je při ošetřování nefrostomie i kontrola vyloučené moči, která koresponduje s kontrolou moči ve zdravotnickém zařízení (Kalábová, 2016).

Komplexní ošetřování nefrostomií může být pro některé stomiky velmi náročné. Nemusejí psychicky unést, že mají někde v kůži zavedenou hadičku, a nedokážou se o ni starat. Některým ztěžuje ošetřování zhoršená jemná motorika a celkově špatná zručnost. Za předpokladu, že stomik ani jeho rodina nezvládnou ošetřování nefrostomie, mají možnost využít služeb agentury domácí péče, která by za pacientem dojížděla domů a prováděla všechny indikace (Kalábová, 2016).

1.4.7 Stomické poradny a spolky

První spolky vznikaly v 50. letech minulého století, tedy v době, kdy se začaly vyrábět první nalepovací stomické pomůcky. V současné době u nás pracuje 20 regionálních spolků, které jsou sdruženy v Českém ILCO. Vedoucí spolku je vždy stomik. Jedině ten, kdo s vývodem žije, může nejlépe porozumět tomu, jak se cítí nový pacient se založenou stomií. Tato myšlenka byla převzata ze zahraničních stomických spolků. Všechny spolky poskytují pomoc pro stomiky, kteří ji potřebují. Zkušení dobrovolníci z řad stomiků předávají své cenné zkušenosti ze života s vývodem a poskytují informace, které mohou usnadnit začátky novým pacientům. Kromě spolků existují i stomické poradny, které vedou zkušené sestry, speciálně vyškolené pro péči o stomické pacienty. Účelem stomických poraden je poskytovat individuální poradenství a edukaci všem stomikům a jejich příbuzným v předoperačním a pooperačním období a po celou dobu založené stomie. U vytvořených stomií sestra kontroluje jejich stav. V případě potřeby doporučí vhodnější pomůcky a seznámí stomika s doplňkovým sortimentem. Sestry mohou pořádat i skupinová setkání, kde si stomici vyměňují praktické informace (Drlíková et al., 2016).

Stomické spolky a poradny poskytují vzdělávací a poradenské služby. Slouží také jako psychická podpora pro nově vzniklé stomiky, jež se zde setkávají s lidmi, kteří jsou na tom stejně jako oni. Stomici si mezi sebou předávají rady a různá vylepšení, která se týkají založených stomií. Spolky pořádají výlety, které upevňují vztahy a které ukazují, že i se založenou stomií se dá kvalitně žít (Drlíková et al., 2016).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zjistit, jaký je dopad nefrostomie na životní komfort nemocného.

Zjistit, jaká je problematika ošetrovatelské péče o nefrostomie, se kterou se nemocný potýká.

2.2 Výzkumné otázky

Jak ovlivňuje zavedená nefrostomie běžné denní aktivity nemocného?

Jaké změny nastávají v životě nemocného po zavedení nefrostomie?

S jakou problematikou se nemocný potýká při ošetrování nefrostomie?

Jaké komplikace se mohou vyskytnout při ošetrování nefrostomie?

3 Metodika

3.1 Použité kvalitativní metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí metody kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl zajištěn technikou polostrukturovaného rozhovoru realizovaného se šesti pacienty, kteří měli dlouhodobě zavedenou nefrostomii. Rozhovor se skládal z dvaceti šesti předem připravených otázek (Příloha 1), jejichž cílem bylo zjistit dopad nefrostomie na životní komfort nemocného. Dalším cílem bylo odhalit, s jakou problematikou a komplikacemi se nemocný setkává při ošetřování nefrostomie. První otázky rozhovoru se věnovaly úvodním informacím o pacientech, jako jsou pohlaví, věk, zaměstnání, přidružená onemocnění, důvod a délka zavedení nefrostomie. Před zahájením výzkumu bylo žádáno skrze elektronickou komunikaci o povolení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. Souhlas s výzkumným šetřením byl zpětně odeslán ve formátu PDF a je k nahlédnutí u autorky práce. Realizace rozhovorů se uskutečňovala v odborné urologické ambulanci ve výše zmíněné nemocnici. Některé byly provedeny po individuální domluvě s pacienty mimo areál nemocnice v březnu 2019. Získaná data byla dále zpracována metodou kódování pomocí techniky tužka a papír dle Švaříčka et al. (2014). Výsledky byly poté rozděleny do kategorií a následně podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze šesti pacientů, kteří měli dlouhodobě zavedenou nefrostomii a byli ochotní poskytnout odpovědi na otázky uvedené v polostrukturovaném rozhovoru. Všichni pacienti byli před dotazováním seznámeni s tématem bakalářské práce a účelem výzkumného šetření. Byli obeznámeni s možností odmítnout odpovědět na otázky, pokud si to budou přát. Taktéž byli ubezpečeni o zachování anonymity při zpracování rozhovoru a byli seznámeni s informacemi, kde mohou nalézt výsledky výzkumu. Každý rozhovor trval přibližně 30 minut a probíhal v soukromí za přítomnosti tazatele a pacienta. Odpovědi pacientů byly ihned zaznamenány do předem připraveného archu. Dotazovaní pacienti jsou ve výsledcích výzkumného šetření označováni jako P1–P6.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje pacientů

V této kapitole budou slovně popsány identifikační údaje pacientů. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka s údaji o jednotlivých pacientech.

Tabulka č. 1: Údaje jednotlivých pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Přidružená onemocnění	Indikace k zavedení nefrostomie	Délka zavedení nefrostomie
P1	žena	68	Starobní důchod	onkogynekologické onemocnění	karcinom močového měchýře	2,5 roku
P2	žena	70	starobní důchod	vysoký krevní tlak	poškození močového měchýře ozařováním malé pánve	5 let
P3	žena	58	překladačka	vysoký nitrooční tlak	karcinom močovodu	1 rok
P4	muž	69	starobní důchod	diabetes mellitus	karcinom močovodu	2 roky
P5	žena	72	starobní důchod	psoriáza, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak	karcinom močového měchýře	3,5 roku
P6	žena	66	starobní důchod	vysoký krevní tlak, intolerance lepku	novotvar ledvinové pánvičky	2 roky

Zdroj: vlastní zpracování

Identifikační údaje byly zaměřeny na pohlaví, věk, zaměstnání, přidružená onemocnění, indikaci k zavedení nefrostomie a délku zavedení nefrostomie. Výzkumný soubor tvořilo pět žen a jeden muž ve věkovém rozmezí 58–72 let, kteří měli

dlouhodobě zavedenou nefrostomií. Z hlediska zaměstnání je pět pacientů ve starobním důchodu a jedna pacientka je zaměstnána jako překladatelka. Ve výčtu přidružených onemocnění se nejvíce vyskytoval vysoký krevní tlak a diabetes mellitus. Pouze jedenkrát zmínili pacienti intoleranci lepku, psoriázu, vysoký nitrooční tlak a onkogynekologické onemocnění. Ze zodpovězených indikací pro zavedení nefrostomie vyplývá jako nejčastější indikace novotvar v různých částech močového ústrojí. Pouze jedna pacientka uvádí jiný důvod, kterým je poškození močového měchýře po ozařování malé pánve. Poslední identifikační údaj se zaměřoval na délku zavedení nefrostomie, která se pohybuje v časovém rozmezí od 1 roku do 5 let. Nejdéle měla zavedenou nefrostomií pacientka P2, a to po dobu 5 let. Naopak nejkratší dobu zavedení byl 1 rok, jak uvedla pacientka P3. Průměrná doba zavedení nefrostomického drénu činila 2,6 let.

4.2 Výsledné kategorie a podkategorie

Z výsledků výzkumného šetření je vytvořen následující seznam kategorií a podkategorií.

- **Kategorie 1** Vnímání zavedení nefrostomie pacientem.
 - Podkategorie 1 Největší zaznamenané změny po zavedení nefrostomie.
 - Podkategorie 2 Dyskomfort v souvislosti se zavedenou nefrostomií.
- **Kategorie 2** Sociální dopad zavedení nefrostomie.
 - Podkategorie 1 Návrat do zaměstnání.
 - Podkategorie 2 Finanční spoluúčast při pořizování stomických pomůcek.
- **Kategorie 3** Vykonávání běžných denních aktivit.
 - Podkategorie 1 Hygienická péče.
 - Podkategorie 2 Oblékání a sebepéče.
 - Podkategorie 3 Stravovací návyky.
 - Podkategorie 4 Zájmové aktivity.
 - Podkategorie 5 Péče o rodinu a domácnost.

- **Kategorie 4** Ošetřování nefrostomie.
 - Podkategorie 1 Pomůcky pro ošetřování nefrostomií.
 - Podkategorie 2 Zapojení rodiny do ošetřování nefrostomie.
 - Podkategorie 3 Komplikace při ošetřování nefrostomie.
- **Kategorie 5** Manipulace s nefrostomií a se sběrným sáčkem.
- **Kategorie 6** Komplikace zavedené nefrostomie.
 - Podkategorie 1 Vyhledávání odborné pomoci.
- **Kategorie 7** Agentura domácí péče, stomické kluby a poradny.

4.2.1 *Kategorie 1 Vnímání zavedení nefrostomie pacientem*

První kategorie se zaměřuje na pocity pacientů, když jim byla zavedena nefrostomie. Pacientům byla položena otázka, jak vnímali, že jim byla zavedena nefrostomie, a jak tuto situaci prožívali. Polovina pacientů vnímala založení nefrostomie negativně. Pacientka P3 odpověděla: „Zpočátku velmi těžko, měla jsem onkologické onemocnění, což už samo o sobě bylo velmi náročné. Pak jsem se začala s nefrostomií pomalu smiřovat a teď už jsem na ni zvyklá.“ Pacient P4 uvedl: „Těžko, dodnes jsem se nesmířil.“ Poslední negativní reakce P6: „Hodně negativně, neuměla jsem si to vůbec představit. Sžívala jsem se s ní dlouho.“ Naopak pozitivně reagovali zbylí tři pacienti. „Byl to šok v dobrém, především to byla ale úleva a záchrana,“ odpověděla pacientka P1. Další pacientka P2 uvedla: „Usnadnilo mi to život, protože jsem trpěla neustálou inkontinencí moče a s nefrostomií se inkontinence odbourala.“ Odpověď pacientky P5 zněla: „Celkem dobře, z toho všeho, co jsem měla za nemoci a trápení bylo tohle to nejmenší.“

- **Negativních reakce** – P3, P4, P6.
- **Pozitivní reakce** – P1, P2, P5.

Podkategorie 1 Největší zaznamenané změny po zavedení nefrostomie

Podkategorie zjišťuje, s jakými největšími změnami se pacienti setkávají po zavedení nefrostomie. Změny se mohou týkat všech oblastí, do kterých zavedená nefrostomie zasahuje. Pokládána otázka zní: „Jaké největší změny jste zaznamenal/a po zavedení nefrostomie?“ Pacientka P6 uvedla: „V pohybu, při oblékání a nejvíce ve spánku.“ Odpověď pacientky P5: „Někdy mi překáží v oblékání a při sprchování.“

Jinak o ní nevím.“ Další uvedená odpověď pacienta P4 zněla: *„Hlavně v pohybu, musím si hlídat, aby mi nespádl močový sáček. Nechodím do společnosti, je mi to dost nepříjemné, jak mi všichni koukají na sáček. Dříve jsem pravidelně chodil s kamarády do hospody každý čtvrtek. Ted' jdu jen občas.*“ Odpověď pacientky P1: *„Já jsem ráda pekla, jezdila na kole, zahradničila. Všechno jsem přestala dělat. Dlouho se u toho stojí a musím se také ohýbat a v tom mi nefrostomie strašně brání.*“ Pacientka P2 udává: *„Zaznamenala jsem kladné změny, protože jsem s nefrostomií přestala být inkontinentní.*“ Poslední pacientka P3 odpověděla: *„S manželem jsem jezdila každý rok k moři na dovolenou, ted' nejezdíme nikam, nechci se někde ukazovat a bojím se komplikací.*“

Největší změny v životě pacientů po zavedení nefrostomie:

- **Pohyb** – P1, P4, P6.
- **Oblékání** – P5, P6.
- **Hygienická péče** – P5.
- **Spánek** – P6.

Podkategorie 2 Dyskomfort v souvislosti se zavedenou nefrostomií

Tato podkategorie odhaluje, jaký dyskomfort pociťují pacienti se zavedenou nefrostomií. Kromě jedné pacientky se všichni shodli, že dyskomfort pociťují, a to především v oblastech, které uvedli v Podkategorii 1, Největší zaznamenané změny po zavedení nefrostomie. Jediná odpověď pacientky P2 se neshodovala a zněla: *„Nepociťuji žádný dyskomfort.*“

- **Pociťovaný dyskomfort** – P1, P3, P4, P5, P6.
- **Nepociťovaný dyskomfort** – P2.

Součástí dotazování, které mělo za cíl zjistit pociťovaný dyskomfort, byla otázka, zda v souvislosti se zavedenou nefrostomií pociťují bolest. Všichni pacienti odpověděli, že bolest v souvislosti se zavedenou nefrostomií nepociťují.

- **Bolest nepociťují** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

4.2.2 *Kategorie 2 Sociální dopad zavedení nefrostomie*

V této kategorii jsme zjišťovali, jakým způsobem měli pacienti zajištěný přísun finančních prostředků. Pacientů jsme se dotazovali, jak řešili situaci ohledně zaměstnání a sociální oblasti. Pět pacientů P1, P2, P4, P5, P6 odpovědělo, že danou situaci nemuseli nikterak řešit, jelikož byli ve starobní důchodu. Z toho jedna pacientka P6 byla v předčasném starobním důchodu. Pouze jedna odpověď se lišila, a to u pacientky P3, která zněla: „*Nejdříve jsem byla na nemocenské kvůli onkologické léčbě, a pak jsem zase začala pracovat, jelikož jsem překladatelka a pracuji z domova, tak to pro mě bylo snadné.*“

- **Starobní důchod** – P1, P2, P4, P5.
- **Předčasný starobní důchod** – P6.
- **Zaměstnána jako překladatelka** – P3.

Podkategorie 1 Návrat do zaměstnání

Podkategorie mapuje, kolik pacientů mělo možnost vrátit se zpět do zaměstnání po zavedení nefrostomie. Pět pacientů bylo po zavedení nefrostomie ve starobním důchodu, z čehož vyplývá, že se pacienti do zaměstnání nemuseli vracet. V této oblasti jim zavedená nefrostomie nijak nebránila. Naopak jedna pacientka P3, která byla zaměstnána a pracovala z domova, uvedla: „*Po marození jsem zase začala pracovat.*“ Pacientce jsme při rozhovoru položili doplňující otázku. Zeptali jsme se, zda přemýšlela o zažádání si o invalidní důchod nebo jestli už žádost podala. „*Jako přemýšlela jsem, ale jen na chvíli. Mě ta práce baví, a když můžu pracovat z domova, tak chci pracovat až do důchodu,*“ odpověděla pacientka P3.

- **Nebránila – starobní důchod** – P1, P2, P4, P5, P6.
- **Nebránila – práce z domova** – P3.
- **Žádost o invalidní důchod** – 0.

Podkategorie 2 Finanční spoluúčast při pořizování stomických pomůcek

Tato kategorie zjišťuje, do jaké míry se pacienti finančně spolupodílejí na pořizování stomických pomůcek. Tato podkategorie také odhalila, jaké pomůcky si pacienti kupují sami a které naopak získávají pomocí poukazu. Všichni pacienti odpověděli, že se finančně spolupodílejí na pořizování stomických pomůcek. „*Ano, čtverečky a náplast si kupuju sama. Sáčky dostávám na urologii,*“ odpověděla pacientka

P1. Odpověď pacientky P2: „*Spolupodílím. Močový sáček a obvazový materiál dostávám na poukaz, a pak to dokupuju. Používám ještě Indulonu, tak tu si kupuju taky, a na začátku jsem si kupovala ještě desinfekci.*“ Na otázku odpověděla pacientka P6 takto: „*No jo, kupuji Betadine, náplast a čtverce.*“ Za nejčastější kupovaný materiál, který si pacienti hradí sami, uvedli gázové čtverce, náplast a desinfekci. Pouze jedenkrát zmínila pacientka P5, že si navíc kupuje i močový sáček. Desinfekci si pořídily z vlastních peněz pacientky P2 a P6.

- **Finanční spoluúčast** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Část pomůcek získáno pomocí poukazu** – P2.

Nejčastěji kupovaný materiál:

- **Gázové čtverce** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Náplast** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Močový sáček** – P5.
- **Desinfekce** – P2, P6.

4.2.3 Kategorie 3 Vykonávání běžných denních aktivit

Kategorie zjišťuje, jakým způsobem ovlivnila zavedená nefrostomie vykonávání běžných denních činností. Následně byla kategorie rozdělena na pět podkategorií, které se zabývaly hygienickou péčí, zájmovými aktivitami, péčí o rodinu a domácnost, stravovacími a oblékacími návyky.

Podkategorie 1 Hygienická péče

Pacientů jsme se dotazovali, jakým způsobem provádí hygienickou péči a jaké používají pomůcky při vykonávání hygienické péče. U všech dotazovaných pacientů bylo zjištěno, že se sprchují. Jedna pacientka P1 uvedla, že dříve prováděla hygienickou péči koupáním ve vaně a po zavedení nefrostomie se musí pouze sprchovat. Odpověď pacientky P1: „*Přestala jsem se mýt ve vaně a jenom se sprchuji. Při mytí mi pomáhá občas manžel, který mi myje pokožku kolem převázané nefrostomie. Nepoužívám žádná mýdla, dráždí mi kůži.*“ Někteří pacienti byli naopak zvyklí se celý život sprchovat a v tomto ohledu neshledali žádnou razantní změnu. Odpověď pacientky P2 zněla: „*Jenom se sprchuju, sundám převaz a omyju i pokožku kolem nefrostomie. Používám klasické mýdlo.*“ Zaznamenaná odpověď pacientky P3: „*Sprchuju se každý den ráno nebo večer, jsem takhle zvyklá celý život. Před sprchováním sundám krytí a kůži kolem*

nefrostomie opláchnu vodou. Používám mýdlo Lactovit.“ Pacient P4 odpověděl: *„Sprchuji se a používám tekuté mýdlo.*“ Pacientka P5 odpověděla obdobně: *„Normálně se sprchuji ve vaně. Používám dětské mýdlo.*“ Poslední odpověď pacientky P6 zněla: *„Ráno se myju u umyvadla a večer se sprchuju. Používám sprchový gel.*“

- **Sprchují se** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

Používají:

- **Tuhé mýdlo** – P2.
- **Tekuté mýdlo** – P3, P4.
- **Dětské mýdlo** – P5.
- **Sprchový gel** – P6.
- **Nepoužívají žádné mýdlo** – P1.

Podkategorie 2 Oblékání a sebek péče

V této podkategorii jsme zjišťovali, jak se změnilы oblékací návyky pacientů po zavedení nefrostomie. *„Začala jsem si oblékat volnější oblečení a nemohu mít oblečení do pasu, musím mít oblečení pod nefrostomií, jakmile si dám oblečení výš, tak mi vadí, jak mě tlačí nefrostomie na kůži,*“ opověděla pacientka P1. Změnu pocítil i pacient P4: *„Začal jsem u každých kalhot nosit pásek, abych na něj mohl dát sáček.*“ Pacientka P5 uvedla: *„Oblečení nosím stejné, ale dávám pozor, abych nikde nezachytila o drén.*“ Pacientka P6 odpověděla: *„Začala jsem nosit volnější trika nebo košile, aby nebyl drén nápadný. Kalhoty nosím stejné a přestala jsem nosit krátké sukně, protože je vidět pytlík.*“ Rozdílně odpověděly dvě pacientky P2, P3. *„Nezměnily se nijak, oblékám se furt stejně,*“ odvětila pacientka P2. Poslední odpověď pacientky P3 zněla: *„Oblékám se stejně.*“

- **Změněné oblékací návyky** – P1, P4, P5, P6.
- **Nezměněné oblékací návyky** – P2, P3.

Podkategorie 3 Stravovací návyky

Účelem této podkategorie je odhalit změny týkající se stravovacích návyků, které nastávají po zavedení nefrostomie. Pacientům jsme pokládali otázku, jakým způsobem ovlivnila nefrostomie jejich stravovací návyky. Zaměřovali jsme se především na tekutiny. Zajímalo nás, kolik litrů pacienti denně přijímají. Zjišťovali jsme také to, jakým potravinám a tekutinám se po zavedení nefrostomie účelně vyhýbají. Dvě

pacientky uvedly, že po zavedení nefrostomie změnily stravovací návyky. Pacientka P1 odpověděla: „Začala jsem víc pít, denně vypiju 2,5 litrů denně vody, někdy si dám ovocný čaj. Kávu jsem přestala pít. Vyhýbám se soli slaným jídlům.“ Další odpověď pacientky P5 zněla: „No, dřív jsem pila málo, takže jsem začala hodně pít. Snažím se vypít tak 2 litry denně, někdy je to třeba míň. Ničemu se nevyhýbám, jím všechno stejně.“ Zbylí čtyři pacienti P2, P3, P4, P6 nepocítily významnou změnu v oblasti stravování a stravovacích návyků. „V podstatě jsem je moc nezměnila. Denně vypiju 1,5 až 2 litry vody. Celý život se snažím jíst zdravě, takže jsem nemusela jídelníček měnit nebo z něj něco vyřadit,“ odpověděla pacientka P3. „Stravovací návyky jsem nezměnila. Denně vypiju tak 2 litry. Nevyhýbám se ničemu,“ odpověděla pacientka P2. Další odpověď, pacienta P4: „Stravuju se furt stejně. Piju pivo, limonády. Mám rád omáčky s knedlíkem. Vypiju denně přibližně 1,5 litru tekutin. Jím všechno, nevyhýbám se žádným jídlům.“ Obdobně odpověděla pacientka P6: „Stravovací návyky jsem nezměnila, jím 3× denně, někdy si dám odpoledne svačinku. Denně vypiju 1,5–2 litry tekutin. Taky piju kafe, občas si dám večer i víno, nevyhýbám se ničemu.“

- **Změněné stravovací návyky** – P1, P5.
- **Nezměněné stravovací návyky** – P2, P3, P4, P6.
- **Denně přijímá více tekutin** – P1, P5.
- **Nevyhýbají se účelně potravinám** – P2, P3, P4, P5, P6.
- **Vyhýbají se účelně slaným potravinám** – P1.

Podkategorie 4 Zájmové aktivity

Tato kategorie se zaměřuje především na to, zda se mohou pacienti po zavedení nefrostomie věnovat dále svým koníčkům a oblíbeným zájmovým a pohybovým aktivitám. „Právě, že moc ne. Jak jsem říkala teď, ráda jsem pekla, jezdila na kole, zahradničila a všechno jsem to přestala dělat,“ odpověděla pacientka P1. Rozdílně reagovala pacientka P2: „Ale jo, koníčkům jsem se nepřestala věnovat. Chodím se psem na procházky, ráda vařím a tak.“ Obdobně odpověděla pacientka P3: „Některým jsem se přestala věnovat a některým zase ne, ale musím je přizpůsobit nefrostomii. Přestala jsem jezdit na kole, tak se snažím to kolo nahradit chůzí, procházkami. Ráda šiju na stroji a u toho se sedí, tak to je dobrý. Ale co mě štve, jsou ty dovolený, jak jsem říkala, jezdila jsem k moři ráda.“

Pacient P4: „*Omezil jsem ty kamarády a chození do hospody, ale já koníčky celý život žádný neměl.*“ Pacientka P5 odpověděla: „*Dělám všechno jako do teď. Koukám na telku, chodím ven, čtu si v posteli.*“ Poslední pacientka P6 odpověděla: „*Já žádný aktivní koníčky nemám. Někdy se jdu projít ven.*“

- **Nevěnují se zájmovým aktivitám** – P4, P6.
- **Nefrostomie brání věnovat se zájmovým aktivitám** – P1, P3, P4.
- **Nefrostomie nebrání věnovat se zájmovým aktivitám** – P2, P5.
- **Nefrostomie brání věnovat se pohybovým aktivitám** – P1, P3.
- **Nefrostomie nebrání věnovat se pohybovým aktivitám** – P2, P5, P6.

Podkategorie 5 Péče o rodinu a domácnost

Podkategorie zkoumá, zda jsou pacienti po zavedení nefrostomie schopni starat se a pečovat o svou rodinu a domácnost. Pět pacientů P1, P2, P3, P5, P6 uvedlo, že jim zavedení nefrostomie nebránilo se dále starat o rodinu a domácnost. Pacientka P3 odpověděla: „*Normálně jako předtím, jezdím s manželem nakupovat. Vařím, peru, žehlím. Navštěvujeme se s dětma.*“ Pacientka P2 udává: „*Úplně stejně jako předtím. Uklízím, vařím, peru, žehlím. To víte, někdo to dělat musí. Taky hlídám občas pravnoučata.*“ Pacientka P5 odpověděla: „*Žiju sama, jsem vdova. O domácnost pečuju jen já.*“ Pacientka P6 dodává: „*Domácnost obstarávám sama, nepotřebuju pomoci. Nedělám vše najednou, takže si vždycky na chvíli sednu a odpočinu.*“ Zavedení nefrostomie nebránilo pacientovi P4 vůbec, jelikož se o domácnost nestará, odpověď zněla: „*O domácnost jsem nikdy nepečoval, všechno dělá moje manželka.*“ Poslední pacientka P1 se svěřila, že pociťovala potíže při pečování a starání se o domácnost po zavedení nefrostomie. Odpověděla následovně: „*Ze začátku to bylo těžké, protože u mě probíhalo i ozařování, ale fungovala jsem v domácnosti. Pomáhal mi i manžel.*“

- **Schopni se starat o domácnost a rodinu po zavedení nefrostomie** – P1, P2, P3, P5, P6.
- **Nestarali se nikdy o domácnost** – P4.

4.2.4 Kategorie 4 Ošetřování nefrostomie

Po propuštění pacientů do domácího prostředí musí být i nadále zajištěna specifická ošetřovatelská péče o nefrostomie. V této kategorii jsme zjišťovali, jak pacienti ošetřují svou nefrostomii, co všechno je součástí péče o nefrostomie a jak často

si vypouštějí a vyměňují sběrný močový sáček. Dále jsme zjišťovali, jak v prvních dnech v domácím prostředí zvládali manipulaci s převazovým materiálem a se sběrným močovým sáčkem. Tři z dotazovaných pacientů uvádí, že si nefrostomie neošetřují sami. Odpověď pacientky P1: *„Já mám to štěstí, že u mě v paneláku bydlí sestřička, a ta ke mně chodí každý den a převazuje mi ji. Pak si teda každý týden měním sáček, vždycky si to vypočítám, aby mi stačily. A potom ještě vypouštím sáček do záchodu přes den, jak potřebuju, a taky ho vypouštím, když někam jedeme.“* Pacient P4 odpověděl: *„Já neošetřuju nefrostomii, všechno mi dělá manželka. Převazuje mi ji každý večer. Jinak si sáček měním a vypouštím sám. Vždycky po týdnu si беру nový sáček a vypouštím ho třeba sedmkrát denně.“* Třetí pacientka P6 odpověděla: *„Každý den mi ji převazuje dcera, která bydlí u nás v baráku. Přelepí mi to vždycky náplastí se čtvercem. Když mám pokožku kolem nefrostomie zarudlou, použije Betadinu. Sáček měním každý týden a moč vypouštím několikrát denně.“* S odpověďmi se neshodovali tři pacienti P2, P3, P5, kteří uvedli, že si nefrostomii ošetřují sami. Pacientka P3 odpověděla: *„Každé ráno nebo večer po sprchování přelepím kůži kolem nefrostomie. To je asi tak všechno, co dělám, a co se týče sáčku, tak ten měním pravidelně každý týden a vypouštím ho během dne, jak potřebuju.“* Podobně odpověděla pacientka P5: *„Každý den ji převazuju, každý týden měním sáček a vypouštím ho často.“* Poslední pacientka P2 uvedla: *„Každý den večer ji přelepuju. Nejdřív kůži otru desinfekcí, a pak namažu Indulunou, na to dám čtvereček a přelepím náplastí. Vypouštím ho taky každý den, podle toho, jak je naplněný. Vypouštím ho vždycky, když je tam tak třičtvrtě a sáček měním každý pondělí.“*

- **Ošetřují si nefrostomii sami** – P2, P3, P5.
- **Neošetřují si nefrostomii** – P1, P4, P6.
- **Výměna močového sběrného sáčku jedenkrát týdně** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Vypouštění močového sběrného sáčku několikrát denně** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

Všech pacientů jsme se také ptali, zda při převazování nefrostomie kontrolují stav pokožky kolem nefrostomického drénu. Dotazovali jsme si i těch pacientů, kteří uvedli, že si nefrostomii neošetřují sami. Všichni pacienti se shodli a odpověděli, že si pokožku kolem ústí nefrostomického drénu kontrolují nebo ji kontroluje ten, kdo jim převazuje

nefrostomii. Pacientka P3 doplnila: „*Ono by ani jako nešlo ji nekontrolovat, protože na tu kůži koukáte, když přikládáte čtvereček.*“

- **Kontrolují pokožku kolem ústí nefrostomického drénu** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

Součástí této kategorie bylo dále zjistit, jak pacienti v prvních dnech zvládali manipulaci s převazovým materiálem a se sběrným močovým sáčkem. Pacientka P1 odpověděla: „*Jo se sáčkem, jsem to zvládla dobře. Hned jsem si doma vypouštěla pytlík a bez problémů. S materiálem to bylo trochu horší, ale taky jsem se naučila.*“ Pacientka P2 uvedla: „*Jsem zvyklá ošetřovat kolostomii, takže jsem to zvládla hned.*“ Pacientka P3 odpověděla: „*V nemocnici mi vše podrobně ukázali a doma jsem s převazováním nebo se sáčkem neměla žádné potíže.*“ Obdobně odpověděl pacient P4: „*Jo, to jsem všechno doma zvládnul dobře, krom toho převazování teda, to mi nešlo, takže mi ho dělá manželka.*“ Pacientka P5 odpověděla: „*Sestřičky mi všechno ukázaly, já si to tam i zkoušela, takže to doma pro mě bylo pak snadné.*“ Poslední odpověď, kterou jsme získali od pacientky P6, zněla: „*Tak nefrostomii mi převazuje dcera, ale i tak si to umím převázat a manipulaci jsem zvládla i se sáčkem dobře.*“

- **Manipulaci s obvazovým materiálem zvládli bez potíží** – P1, P2, P3, P5, P6.
- **Manipulaci s obvazovým materiálem nezvládli bez obtíží** – P4.
- **Manipulaci se sběrným močovým sáčkem zvládli bez obtíží** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

V této kategorii jsme rovněž zjišťovali, zda u pacientů proběhla edukace o nefrostomii ve zdravotnickém zařízení. Všichni pacienti byli o nefrostomii edukováni nebo, dle slov pacientů, jim sestřičky o nefrostomiích něco řekli. Některým pacientům i ukázali postup převazování nefrostomie.

- **Edukace proběhla** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.

Podkategorie 1 Pomůcky pro ošetřování nefrostomie

V podkategorii jsme zjišťovali, jaké konkrétní pomůcky si pacienti pořizují pro ošetřování nefrostomie. Všichni pacienti se shodují, že používají gázové čtverce a náplast. Někteří ještě používají desinfekci nebo jiné přípravky určené k ošetřování pokožky. „Čtverce, Indulonu, desinfekci a náplast,“ odpověděla pacientka P2. Pacientka P6 dodala: „Čtverce, náplast, Betadinu.“

Používané pomůcky:

- **Gázové čtverce** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Náplast** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Desinfekce** – P2, P6.
- **Betadine roztok** – P6.
- **Indulona krém** – P2.

Podkategorie 2 Zapojení rodiny do ošetřování nefrostomie

V této podkategorii jsme zjišťovali, jakým způsobem jsou členové rodiny pacienta se zavedenou nefrostomií nápomocní při ošetřování nefrostomie a při manipulaci s nefrostomickým drénem a se sběrným močovým sáčkem. Pacientka P1 uvedla: „*Celá rodina mi byla nápomocná, psychicky mě podporovali a pomáhali mi se ze začátku starat o nefrostomii. Manžel můj mi pomáhá už jen někdy s omýváním kůže kolem převázané nefrostomie. Pak jsem se domluvila se sestřičkou z paneláku, která za mnou chodí.*“ Pacientka P2 odpověděla: „*Všechno si dělám sama.*“ Obdobně odpověděla P3: „*Manžel mi byl oporou. Veškerou péči o nefrostomii provádím sama, takže nepotřebuji pomoci.*“ Pacient P4 odpověděl: „*Nejvíce mi pomáhá manželka. Hlavně tím, že mi nefrostomii převazuje.*“ Rozdílnou odpověď jsme zaznamenali u pacientky P5: „*Manžel mi umřel a děti nemám. Dělám si všechno sama.*“ Poslední odpověď pacientky P6 zněla: „*Dcera mi hodně pomáhá, psychicky mě podporovala a podporuje a převazuje mi nefrostomii. I celá rodina a přátelé mě obrovsky podporovali.*“

- **Psychická podpora rodiny** – P1, P3, P6.
- **Pomoc při péči o nefrostomie od jednoho či více členů rodiny nebo od jiné osoby** – P1, P4, P6.
- **Nepotřebují pomoc s ošetřováním nefrostomie** – P2, P3, P5.

Podkategorie 3 Komplikace při ošetřování nefrostomie

Poslední podkategorie mapuje, s jakými komplikacemi se pacienti setkávají při ošetřování nefrostomie. Z předešlé Kategorie 4, Ošetřování nefrostomie, a následně z její Podkategorie 2, Zapojení rodiny do ošetřování nefrostomie, bylo zjištěno, že si někteří pacienti svou nefrostomii neošetřují a tuto činnost zastává nějaký člen rodiny nebo jiná osoba. I přesto jsme se těchto pacientů na komplikace zeptali. „S žádnými, nefrostomii mi ošetřuje sestřička od nás z paneláku,“ odpověděla pacientka P1. Shodně odpověděl pacient P4: „S žádnými“. Poslední odpověď pacientky P6 zní: „S žádnými, nefrostomii mi převazuje dcera a neříkala, že by byl nějaký problém.“ Druhou skupinou jsou pacienti, kteří si svou nefrostomii ošetřují sami. Komplikace, které nám sdělili, byly různého charakteru. Pacientka P3 odpověděla: „Někdy mi spadne čtvereček na zem, to je tak všechno.“ Odlišnou komplikaci uvedla pacientka P5: „Špatně na nefrostomii vidím, tak používám velké zrcadlo v předsíni, někdy dávám čtvereček naslepo.“ Naopak pacientka P2 se neseťká s žádnými komplikacemi. Odpověděla následovně: „S žádnými komplikacemi se neseťkávám.“

- **Žádné komplikace (neošetřují nefrostomii)** – P1, P4, P6.
- **Žádné komplikace (ošetřují nefrostomii)** – P2.
- **Upadnutí gázového čtverečku na zem** – P3.
- **Hůře vidí na nefrostomii** – P5.

4.2.5 Kategorie 5 Manipulace s nefrostomií a se sběrným močovým sáčkem

V této kategorii nás zajímalo, jak pacienti manipulují s nefrostomickým drénem a se sběrným močovým sáčkem. Ohledně sběrného močové sáčku nás především zajímalo, jakým způsobem a kam si jej pacienti umisťují během dne a kam zavěšují či pokládají sběrný močový sáček před ulehnutím ke spánku. Dále nás zajímalo, zda pacienti používají sběrné močové sáčky, které se dají pomocí samolepícího suchého zipu nebo pomocí jiného mechanismu připevnit na dolní končetinu. Jak v prvních dnech zvládli manipulaci s nefrostomií a se sběrným močovým sáčkem se již zabývala Kategorie 4, Ošetřování nefrostomie. První ze dvou pokládaných otázek se zaměřovala právě na manipulaci a umisťování sběrného sáčku. Čtyři pacienti P2, P3, P5, P6 uvedli, že používají sběrné močové sáčky, které se dají pomocí samolepícího suchého zipu přichytit na lýtko. Pacientka P2 doplnila: „Sáček si připevňuju na lýtko. Jo, tyhle sáčky znám, ale já mám místo sucháče gumu.“ Rozdílně odpověděli zbývající dva pacienti P1,

P4. „*Sáček mám připevněný za opaskem nebo za kalhoty. Sáčky se samolepícím zipem neznám a vůbec nevím, že takové existují,*“ odpověděla pacientka P1. Pacient P4 odpověděl: „*Zavěšuji ho za pásek u kalhot, doma si ho dávám za krk. O sáčcích se suchým zipem vím, ale nepoužívám je.*“

- **Zavěšení močové sáčku na krk – P4.**
- **Zavěšení močového sáčku za opasek či kalhoty – P1, P4.**
- **Připevnění močového sáčku na lýtko – P2, P3, P5, P6.**

V této kategorii bylo součástí i zjišťování, jak pacienti manipulují s močovým sáčkem před ulehnutím ke spánku. Především bylo cílem zjistit, kam si pacienti sběrný močový sáček pokládají či zavěšují. Z dotazovaných pacientů odpověděli tři pacienti P1, P4, P6 stejně. Sběrný močový sáček připevňují za rám postele. Zbylí tři pacienti odpovídali různě. „*Pokládám si ho na stoličku,*“ odpověděla pacientka P5. „*Manžel mi vyrobil ze dřeva malý stojánek, na který sáček zavěšuju,*“ odpověděla pacientka P3. Poslední pacientka P2 odpověděla: „*Dávám ho do kýble, který mám na zemi vedle postele.*“

- **Zavěšení močového sáčku za rám postele – P1, P4, P6.**
- **Zavěšení močového sáčku na stojan – P3.**
- **Položení močového sáčku na stoličku – P5.**
- **Položení močového sáčku do kbelíku – P2.**

Pacientů, kteří používají sběrné močové sáčky, které se dají přichytit na dolní končetinu, jsme se dále ptali, zda si před ulehnutím ke spánku vyměňují sběrný močový sáček za sáček, který má větší kapacitu moči. Všichni pacienti P2, P3, P5, P6 odpověděli, že si sáček vyměňují. Pacientka P3 doplnila: „*Jojo, dávám si ten větší. Menší by mi přes celou noc nevydržel.*“

- **Používají na noc sběrné močové sáčky s větší kapacitou – P2, P3, P5, P6.**

4.2.6 Kategorie 6 Komplikace zavedené nefrostomie

Šestá kategorie zjišťuje, s jakými konkrétními a nejčastějšími komplikacemi se pacienti se zavedenou nefrostomií setkávají nebo se setkávali dříve. Pacientka P1 se potýká s těmito komplikacemi: „*Někdy se mi stane, že se mi vyfoukne balonek a vypadne mi drén, ale to se stalo asi dvakrát. S ucpáváním jsem měla problémy dřív, teď už vůbec.*“ Pacientka P2 odpověděla: „*Někdy se mi ucpe, ale nestává se to často,*

a co mě trápí, je to, že mám tu furt červenou kůži kolem.“ Pacientka P3 odpověděla: *„Často se mi ucpává, někdy se stane že mi ujde balonek a vypadne mi.“* Pacient P4 odpověděl: *„Jediný co, tak se mi zanese a nejde moč do pytlíku.“* Pacientka P5 odpověděla: *„S žádnými.“* Poslední zaznamenaná odpověď pacientky P6 zněla: *„Teď s žádnými. Ze začátku se mi hodně ucpávala a neodváděla moč a občas mám kůži kolem červenou.“*

- **Ucpání nefrostomického drénu** – P1, P2, P3, P4, P6.
- **Uvolnění fixačního balonku s následným vypadnutím nefrostomického drénu** – P1, P3.
- **Začervenalá pokožka kolem ústí nefrostomického drénu** – P2, P6.
- **Bez komplikací** – P5.

Podkategorie 1 Vyhledávání odborné pomoci

Pacientů jsme se dotazovali, na koho se obrací v případě výskytu komplikací. Všichni odpověděli, že navštíví urologickou ambulanci v nemocnici České Budějovice a.s. Výsledky vyšly u pacientů všechny stejné, jelikož jsem spolupracovala pouze s urologickou ambulancí nemocnice České Budějovice a.s.

4.2.7 Kategorie 7 Agentura domácí péče, stomické kluby a poradny

Poslední kategorie výzkumného šetření se zajímala o to, do jaké míry využívají pacienti služeb agentury domácí péče a jak se dozvěděli o stomických klubech či poradnách, zda je navštěvují, popřípadě jak často je navštěvují. Nejdříve jsme se ptali na agenturu domácí péče. Všichni pacienti uvedli, že služeb agentur domácí péče nevyužívají. Pacientka P1 uvedla: *„Vůbec o nich nevím, takže je nevyužívám.“* Pacientka P2 ještě doplnila: *„Nevyužívám je a zatím nemám ani zájem. Chci být co nejvíce soběstačná.“*

- **Nevyužívají (nemají zájem)** – P2, P3, P4, P5, P6.
- **Nevyužívají (nevědí o možnosti)** – P1.

Posléze jsme se ptali na stomické kluby a poradny. Jediná pacientka P1 uvedla, že o nich slyší poprvé. Další čtyři pacienti P3, P4, P5, P6 uvedli, že se o nich dozvěděli v nemocnici od všeobecných sester nebo ošetřujícího lékaře, ale do klubů ani do poraden nedocházejí. Odlišnou odpověď jsme zaznamenali u pacientky P2: *„Dozvěděla*

jsem se o nich už předtím, mám kolostomii, takže o nich vím, ale nenavštěvuji je pravidelně. Jednou za rok chodím na sraz ale kolostomiků.“

- **Navštěvuji** – 0.
- **Nenavštěvuji** – P1, P2, P3, P4, P5, P6.
- **Dozvěděli se od personálu ve zdravotnickém zařízení** – P3, P4, P5, P6.
- **Věděli o nich už před zavedením nefrostomie** – P2.
- **Nevěděli** – P1.

5 Diskuze

Bakalářská práce zjišťovala dopad zavedené nefrostomie na úroveň života nemocného. Zmiňovaný dopad byl v empirické části zmapován pomocí kvalitativního šetření. K němu byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. Na základě stanovených cílů a výzkumných otázek byl sestaven polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval dvacet šest otázek. Rozhovory byly realizovány se šesti pacienty, kteří měli dlouhodobě zavedenou nefrostomii.

V úvodních šesti otázkách rozhovoru jsme zjišťovali základní informace o pacientech. Důležitou otázkou zde bylo, z jakého důvodu byla pacientům nefrostomie indikována. Teplan et al. (2010) uvádí, že jednou z indikací pro založení nefrostomie je výskyt obstrukce v močovém systému, kterou může způsobit urolitický konkrement nebo nádor. Pět dotazovaných pacientů P1, P3, P4, P5, P6 uvedlo novotvar jako indikaci k zavedení nefrostomie. Jednalo se dvakrát o novotvar močového měchýře, dvakrát o novotvar močovodu a jedenkrát o novotvar ledvinové pánvičky. Poslední pacientka P2 uvedla, že indikací pro založení nefrostomie bylo poškození močového měchýře po ozařování malé pánve. U pacientky se jednalo o takové poškození, které způsobilo inkontinenci moči. Dle Pešla a Zámečnicka (2017) je právě jedna z mnoha komplikací protinádorové léčby radioterapií v oblasti malé pánve poškození močového měchýře. Uvádí dále, že jednou z možností odstranění komplikace nebo zlepšení kvality života je zavedení nefrostomie.

První cíl výzkumného šetření zjišťoval, jaký je dopad nefrostomie na životní komfort pacienta. Tomuto cíli se věnují dvě výzkumné otázky. První otázka směřovala k tomu, jak zavedená nefrostomie ovlivňuje běžné denní aktivity nemocného. Dle Lúčana (2011) má založení stomie za následek výrazné zhoršení celkové kvality života, které se promítá do denních činností pacienta. Odpověď na výzkumnou otázku se získávala v Kategorii 3, Vykonávání běžných denních aktivit, a v jejích pěti podkategoriích. První oblastí, do které zavedená nefrostomie zasahuje, je hygienická péče pacientů. Kordulová a Bittner (2012) uvádějí, že pro nefrostomiky je vhodnější sprchování než koupání ve vaně. Následkem koupání ve vaně by mohlo dojít ke vzniku infekce pokožky kolem nefrostomického drénu, které se projevuje začervenaním a svěděním pokožky. Všichni dotazovaní pacienti uvedli, že se pouze sprchují. Jedna pacientka P1 uvedla, že byla před zavedením nefrostomie zvyklá koupat se ve vaně. Kordulová a Bittner (2012) dále doporučují nepoužívat parfémovaná mýdla, která by

mohla dráždit pokožku kolem ústí nefrostomie. Dva pacienti P3, P4 používají tekutá mýdla, jedna pacientka P6 se myje sprchovým gelem, další pacientka P2 používá tuhé mýdlo. Předposlední pacientka P1 uvedla, že nepoužívá žádná mýdla, jelikož jí všechna mýdla dráždí pokožku. Poslední pacientka P5 používá mýdlo dětské. Z uvedených komplikací zavedené nefrostomie nikdo z dotazovaných neuvedl, kromě patientek P2 a P6, začervenání či podráždění pokožky. Z těchto dat vyplývá, že zbylým pacientům P1, P3, P4 a P5 uvedená mýdla nedráždí pokožku. Pacientka P2 sdělila, že se myje klasickým tuhým mýdlem a v Podkategorii 1, Pomůcky pro ošetřování nefrostomie, jsme se dozvěděli, že při převazování nefrostomie používá krém Indulonu a desinfekci. Pacientka P6, která také uvedla občasné začervenání pokožky, používá sprchový gel a Betadine roztok. Z odpovědí patientek vyplynulo, že s největší pravděpodobností má dodržování hygienických zásad, které uvádějí Kordulová a Bittner (2012), přímou souvislost s výskytem začervenání pokožky u patientek P2 a P6. Na základě této zjištěné skutečnosti bychom pacientce P2 doporučili nepoužívat krém Indulonu. Krém je určen pro péči o pokožku rukou, nikoliv pro péči o pokožku kolem ústní nefrostomie. Oběma patientkám doporučujeme používat hypoalergenní, nedráždivá mýdla a doporučujeme, aby nadále používaly desinfekci při převazování nefrostomie. V případě, že nedojde ke zlepšení stavu, doporučujeme patientkám obrátit se na obvodního lékaře nebo jiného specialistu. Z odpovědí pacientů P2, P3, P4, P5, P6 dále vyplynulo, že používají nevhodná mýdla při provádění hygienické péče.

Dopad zavedené nefrostomie pocítili pacienti v běžné denní aktivitě, kterou je oblékání. Této problematice se věnovala Podkategorie 2, Oblékání a sebek péče, ve které jsme zjišťovali, jaké pacienti volí oblečení s přihlédnutím k zavedené nefrostomii. Dále nás zajímalo, zda museli pacienti zásadně měnit své oblékací návyky. Dle Kalábové (2016) je vhodné používat volnější kusy oblečení, aby se mohl sběrný močový sáček naplnit a nedošlo k zalomení nefrostomického drénu. S tím korespondují odpovědi dvou dotazovaných patientek P1, P6, které si po zavedení nefrostomie začaly oblékat volnější oblečení. Pacientka P6 ještě doplnila, že přestala nosit krátké sukně, protože je vidět sběrný močový sáček. Pacientům P4 a P5 se také změnili oblékací návyky. Pacient P4 uvedl, že začal nosit u každých kalhot opasek, aby na něj mohl zavěsit sběrný močový sáček. Další pacientka P5, která změnu taktéž pocítila, uvedla, že je při oblékání pozorná, aby nevytrhla nefrostomický drén. S tím se pacientka P5 shoduje s Kalábovou (2016), která také uvádějí, že je důležité být při oblékání pozorný a opatrný, aby nedošlo k nežádoucímu vytržení nefrostomického drénu. Zbylým pacientům, kteří

nemuseli měnit své oblékací návyky, doporučujeme, aby nosili volnější oblečení z důvodu možnosti naplnění močového sběrného sáčku. Dále doporučujeme, aby byli všichni pacienti při oblékání opatrní a po obléknutí bedlivě zkontrolovali, zda nejsou hadičky nefrostomického drénu a sběrného močového sáčku zalomené.

Dopad zavedené nefrostomie je pocíťován v další běžné denní aktivitě pacienta, ve stravování. Kalábová (2016) uvádí, že může dojít k ucpání nefrostomického drénu usazenými minerálními solemi. Je proto důležité, aby pacient omezil příjem soli a slaných potravin a dodržoval dostatečný pitný režim. Kordulová a Bittner (2012) doplňují, že denní příjem tekutin by se měl pohybovat kolem 2 litrů. Tyto aspekty jsme zjišťovali v Podkategorii 3, Stravovací návyky. Denní příjem tekutin dotazovaných pacientů se pohyboval kolem 1,5 až 2 litrů tekutin. Dokonce dvě pacientky P1, P5 uvedly, že po zavedení nefrostomie začaly pít více. Dále jsme zjišťovali, jakým potravinám či tekutinám se pacienti po zavedení nefrostomie vyhýbají. Pouze jedna pacientka P1 odpověděla, že se vyhýbá slaným potravinám. Pokud dáme do souvislosti četnost výskytu komplikací s omezením slaných pokrmů, můžeme určit, že dietní opatření mělo vliv na ucpávání drénu, jelikož pacientka P1 uvedla, že dříve se jí drén ucpával často a teď už vůbec. Zbylí pacienti P2, P3, P4, P5, P6 uvedli, že se účelně nevyhýbají žádným potravinám nebo tekutinám a v Kategorii 6, Komplikace zavedené nefrostomie, pak čtyři pacienti P2, P3, P4, P6 uvedli, že se jim ucpává nefrostomický drén. Z výsledků vyplývá, že nedodržování dietních opatření má u těchto pacientů zásadní vliv na ucpávání drénu. Pacientům doporučujeme omezit příjem soli a slaných potravin.

Zájmové aktivity pacientů jsou běžnou denní činností, do které zavedená nefrostomie také zasahuje. Kollárová a Gilanová (2013) uvádějí, že se pacienti mohou po zavedení nefrostomie vrátit zpátky k oblíbeným sportům. Kalábová (2016) doplňuje, že by se mělo jednat o sporty, u kterých pacient nevykonává trhavé pohyby. V Podkategorii 4, Zájmové aktivity, jsme zjišťovali, zda se mohou pacienti věnovat svým zájmovým a pohybovým aktivitám. Dvě pacientky P1 a P3 uvedly, že se po zavedení nefrostomie přestaly pohybu věnovat. U obou se jednalo o jízdu na kole. Naopak dvě další pacientky P2, P5 uvedly, že jim nefrostomie nebrání věnovat se pohybovým aktivitám. Zbylí pacienti P4 a P6 odpověděli, že se žádnému aktivnímu pohybu či zájmovým aktivitám nevěnují.

Velký dopad zavedené nefrostomie je zaznamenán i v sociální oblasti. Pět z dotazovaných pacientů P1, P2, P4, P5, P6 bylo po zavedení nefrostomie ve starobním

důchodu a měli kontinuálně stejný příjem. Pouze jedna pacientka P3 byla zaměstnaná jako překladatelka a pracovala z domova. Po zavedení nefrostomie byla v pracovní neschopnosti a posléze se do zaměstnání vrátila. Po uplynutí pracovní neschopnosti Zachová et al. (2010) navrhuje podat žádost o invalidní důchod. Pacientky P3 jsme se dotazovali, zda žádala o invalidní důchod. Odpověděla, že jen o té možnosti přemýšlela. Práce ji baví a jelikož má možnost pracovat z domova, chtěla by v zaměstnání setrvat až do odchodu do starobního důchodu. Při výzkumném šetření bylo dále zjištěno, že pacienti hojně spolufinancují pořizování stomických pomůcek, a je proto důležitý pravidelný přísun financí. Nejvíce si pacienti z vlastních peněz kupují gázové čtverce, náplast a desinfekci. Volně dostupné náplasti se pohybují kolem 200 Kč. Za gázové čtverce zaplatí pacienti více jak 50 Kč a postřiková desinfekce stojí také kolem 200 Kč. Všechny materiál, který pacienti potřebují k ošetřování nefrostomie, je dle mého názoru finančně náročný. Jedna pacientka P2 uvedla, že obvazový materiál získává i pomocí poukazu, který jí ale nevystačí a musí si materiál dokupovat. Dle Úhradového katalogu Všeobecné zdravotní pojišťovny hradí obvazový materiál v zanedbatelné míře. Myslím si, že by všechny pojišťovny měly hradit alespoň 50 % nákladů, které jsou spojeny s ošetřováním nefrostomie.

Psychickému dopadu zavedené nefrostomie se věnovala Kategorie 1, Vnímání zavedení nefrostomie pacientem. Ta zjistila, že polovina pacientů reagovala na zavedení nefrostomie negativně. Z toho vyplývá, že zbylí tři pacienti reagovali pozitivně. Zachová et al. (2010) uvádí, že všechny reakce stomiků jsou individuální. V našem případě se jednalo o vyrovnané pozitivní a negativní reakce. Dále Kalábová (2016) uvádí, že pacienti často vnímají zavedení stomie negativně, následkem čehož se mohou uzavírat do sebe, mohou být plačtiví a nechtějí se vídat s příbuznými nebo chodit do společnosti. Také uvádí, že pacienti často nahlíží na nefrostomii jako na něco, za co by se měli stydět, a mohou proto trpět poruchou přijetí obrazu svého těla. Pacienti P3, P4 a P6 uvedli různé důvody, proč reagovali negativně. Pacientka P3 uvedla, že zavedení z počátku přijímala těžko, pocit byl spojený především s onkologickým onemocněním a léčbou, což už bylo pro pacientku velmi náročné. Pacient P4 důvod neuvedl, ale svěřil se, že se s nefrostomií dodnes nesmířil. Negativní reakce pacientky P6 pramenila z nevědomosti. Sama uvedla, že si situaci neuměla vůbec představit. V tomto případě hraje velkou roli edukace z řad zdravotnického personálu, na kterou klade důraz i Zachová et al. (2010), která dále doplňuje, že u dobře edukovaného pacienta dochází ke snížení pocitu úzkosti a strachu.

Druhá výzkumná otázka prvního cíle mapovala změny, které nastávají v životě nemocného po zavedení nefrostomie. Negativní změny pocítili pacienti P1, P4 a P6 v pohybu. Další pocíťovaná změna se týkala oblékání u pacientek P5 a P6. V oblasti hygienické péče pocítila změnu pacientka P5 a ve spánku zaznamenala změnu pacientka P6. Z odpovědí na otázky vyplynulo, že se námi stanovené výzkumné otázky prvního cíle prolínají. Většina pocíťovaných změn, které pacienti uvedli v druhé výzkumné otázce, byla více rozvedena v odpovědích první výzkumné otázky. Z odpovědí na druhou výzkumnou otázku dále vyplynulo, že není pravidlem, aby zavedená nefrostomie pokaždé zhoršila kvalitu života. O tom jsme se přesvědčili u pacienty P2, která pocítila kladné změny, jelikož přestala být po zavedení nefrostomie inkontinentní.

Druhý cíl výzkumného šetření zjišťoval, jaká je problematika ošetrovatelské péče o nefrostomie, se kterou se nemocný potýká. Pro zmapování druhého cíle byla stanovena třetí a čtvrtá výzkumná otázka. Třetí otázka se zaměřovala na to, s jakou problematikou se nemocný potýká při ošetrování nefrostomie. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, jaké komplikace se mohou vyskytnout při ošetrování nefrostomie. Předpokladem pro eliminaci výskytu komplikací při ošetrování nefrostomie je řádná a srozumitelná edukace o zásadách ošetrovatelské péče o nefrostomie. S tím souhlasí Zachová et al. (2010), Drlíková et al. (2016) a Kalábová (2016). V Kategorii 4, Ošetrování nefrostomie, zajímalo i nás, zda byli pacienti edukováni. Zjistili jsme, že u všech dotazovaných pacientů proběhla edukace ve zdravotnickém zařízení. Při realizaci výzkumného šetření jsme nejprve zjišťovali, jakým způsobem provádějí pacienti ošetrovatelskou péči. Následně jsme od pacientů zjišťovali konkrétní odpovědi na výzkumné otázky. Uspořádání bylo zvoleno záměrně, jelikož už při popisu provádění ošetrovatelské péče jsme mohli od pacientů získat odpovědi na výzkumné otázky.

Do ošetrování nefrostomie dle Kalábové (2016) patří pravidelné převazování pokožky kolem ústí nefrostomického drénu a péče o sběrné močové sáčky, přesněji jejich výměna a vypouštění. Převazování by mělo dle Kalábové (2016) probíhat jedenkrát denně, pacient by měl zkontrolovat místní změny pokožky, aplikovat na pokožku desinfekci a následně přelepit pokožku náplastí s gázovým čtvercem. Během dotazování bylo zjištěno, že si polovina pacientů převazuje nefrostomii sama. Druhé půlce pacientů převazuje nefrostomii v jednom případě dcera, v druhém případě manželka a v posledním případě všeobecná sestra. Všech pacientů jsme se dotazovali, jakým způsobem u nich probíhá převazování nefrostomie. Z odpovědí vyplynulo, že u pacientů probíhá převazování jedenkrát denně, z toho všichni používají gázové

čtverce a lepení. V této oblasti si pacienti vedou velmi dobře. Pokožku kolem nefrostomie kontrolují všichni pacienti nebo ti, kdo nefrostomii převazují. Desinfekci používají pouze dvě pacientky P2, P6. Zbylí pacienti desinfekci nepoužívají, a i přesto u nich nedochází k výskytu infekce pokožky kolem ústí nefrostomie, které se projevuje začerváním pokožky. Drlíková et al. (2016) doporučuje pacientům při převazování nefrostomie používat zrcadlo, pomocí kterého mohou kontrolovat pokožku kolem nefrostomického drénu nebo přehledněji přikládat obvazový materiál. Pouze pacientka P5 uvedla, že používá velké zrcadlo v předsíni, jelikož na nefrostomii hůře vidí.

Dle Kalábové (2016) je součástí ošetřování nefrostomie péče o sběrné močové sáčky. Jedná se především o pravidelnou týdenní výměnu sběrného močového sáčku a průběžné vypouštění moči během dne. Všichni dotazovaní pacienti uvedli, že si sběrný močový sáček mění jednou týdně a vypouštějí ho několikrát denně. Ohledně močových sáčků nás také zajímalo, jaké typy sáčků pacienti používají, kam si je umisťují přes den a kam je umisťují před ulehnutím ke spánku. Kalábová (2016) uvádí, že denní močový sáček pojme 350–500 ml a dá se připevnit na dolní končetinu. Čtyři pacienti P2, P3, P5, P6 používají uvedené denní sběrné močové sáčky. Zbylí dva pacienti P1 a P4 používají základní sběrný močový sáček, který přes den zavěšují za opasek u kalhot. Pacient P4 dále dodal, že v domácím prostředí si zavěšuje sběrný sáček za krk. Pacientka P1 doplnila, že o sběrných močových sáčcích, které se dají připevnit na dolní končetinu, nevěděla a dozvěděla se o nich až při realizaci rozhovoru se mnou. Podle Kordulové a Bittnera (2012) a Kalábové (2016) by měla být poloha sběrného močového sáčku vždy pod úrovní ledvin, aby nedocházelo ke zpětnému toku moči do ledviny. Z odpovědí pacientů vyplývá, že toto pravidlo všichni dodržují. Dále nás také zajímalo, kam pacienti umisťují sběrný močový sáček před ulehnutím ke spánku. Tři pacienti P1, P4, P6 zavěšují sběrný sáček za rám postele. Pacientka P3 zavěšuje sběrný sáček na stojan, který jí vyrobil manžel. Drlíková et al. (2016) nedoporučuje pokládat sběrný močový sáček na zem, jelikož by mohlo dojít k jeho kontaminaci a následně k zánětu ledvin. S doporučením se neztotožňují dvě pacientky P2 a P5. První pacientka P5 pokládá sběrný sáček na stoličku a poslední pacientka P2 odkládá sběrný sáček do kbelíku.

Po zodpovězení otázek, které se týkaly provádění ošetrovatelské péče o nefrostomie, jsme se v rozhovoru dotazovali, s jakými komplikacemi a problematikou se pacienti potýkají při ošetřování nefrostomie. Ze třech pacientů P2, P3, P5, kteří si svou nefrostomii ošetřují sami, se pouze dvě pacientky P3, P5 setkávají

s komplikacemi. Pacientka P5 odpověděla, že hůře vidí na nefrostomii, a proto používá zrcadlo. Pacientka P3 uvedla, že jí občas upadne gázový čtvereček na zem.

Z odpovědí na výzkumné otázky druhého cíle jsme zjistili, že se dvě pacienty setkávají s méně závažnými komplikacemi, z nichž jedna pacienta umí danou komplikaci dobře eliminovat. Dále jsme ve výzkumném šetření odhalili, že někteří pacienti nebyli od zdravotnického personálu dostatečně edukováni v oblasti informovanosti pacientů o zavedených nefrostomiích nebo sdělené informace zapomněli. Zjistili jsem to především v oblasti převazování nefrostomie. Zdravotnický personál buď opomněl pacientům sdělit používání desinfekce, nebo dostatečně nezdůraznil důležitost jejího používání. Naše tvrzení vyplývá z odpovědí pacientů. Pouze dvě pacientky P2, P6 uvedly, že desinfekci používají. Zbylí pacienti sice neuvedli zánětlivé změny okolní pokožky nefrostomického drénu, i přesto je však důležité desinfekci používat, jelikož se odstraní choroboplodné zárodky a předejde se tak možnému vzniku infekce. Nedostatečné informování pacientů z řad zdravotnického personálu jsme zjistili již při mapování prvního cíle. V oblasti stravování uvedlo pět pacientů P2, P3, P4, P5, P6, že se účelně nevyhýbají slaným potravinám. Z toho čtyři pacienti P2, P3, P4, P6 uvedli, že se jim často ucpává nefrostomický drén. Dále jsme zjistili, že pouze jedna pacientka P2 získává část pomůcek pro ošetřování nefrostomie pomocí poukazu od obvodního lékaře. V oblasti hygienické péče bylo zjištěno, že pět pacientů P2, P3, P4, P5, P6 používá nevhodná mýdla při provádění hygienické péče kolem ústní nefrostomického drénu. Velké nedostatky v informovanosti pacientů jsme odhalili u pacientky P6. Ta nevěděla o sběrných močových sáčcích, které se dají připevnit na dolní končetinu, a dozvěděla se o nich poprvé až při realizaci rozhovoru se mnou. Také jsme zjistili v Kategorii 7, Agentura domácí péče, stomické kluby a poradny, že pacientka nezískala informace o těchto institucích od zdravotnického personálu. Na základě zjištěných skutečností jsme se rozhodli vytvořit doporučení pro všeobecné a praktické sestry, ve kterém jsou v bodech shrnuty nejdůležitější informace o založených nefrostomiích (Příloha 2). Doporučení je navrženo tak, aby ho mohli využít i pacienti. Cíle výzkumného šetření byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Problémy, kterých jsme se obávali v úvodu této práce, jsme nezaznamenali. S odmítnutím poskytnout rozhovor jsme se nesetkali a nikdo z pacientů neodmítl odpovědět na nějaké otázky v rozhovoru. Záměrně jsme si všímali neverbálních projevů pacientů, které u nich nenaznačily, že jim rozhovor způsobuje nepříjemné pocity.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala dopadem zavedené nefrostomie na životní komfort nemocného a problematikou ošetrovatelské péče o nefrostomie. Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření, ke kterému byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. První cíl zjišťoval, jaký je dopad nefrostomie na životní komfort nemocného. K prvnímu cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, jak zavedená nefrostomie ovlivňuje běžné denní aktivity nemocného. Druhá pak, jaké změny nastávají v životě nemocného po zavedení nefrostomie. Druhý stanovený cíl zjišťoval, jaká je problematika ošetrovatelské péče o nefrostomie, se kterou se nemocný potýká. Tento cíl byl zmapován pomocí třetí a čtvrté výzkumné otázky. Třetí výzkumná otázka zjišťovala, s jakou problematikou se nemocný potýká při ošetrování nefrostomie. Čtvrtá otázka se zaměřila na to, jaké komplikace se mohou vyskytnout při ošetrování nefrostomie. Sběr dat byl zajištěn technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumné šetření bakalářské práce, realizováno se šesti pacienty, odhalilo, že zavedená nefrostomie nejvíce zasahuje do vykonávání běžných denních činností, které se týkají oblastí hygienické péče, stravování, oblékání a pohybových aktivit. Zjištěním při mapování druhého cíle bylo, že se pouze dvě pacientky setkávají s komplikacemi ošetrovatelské péče o nefrostomii, kterou jedna pacientka dokázala dobře eliminovat. Komplikací, kterou pacientka popsala, bylo, že hůře vidí na nefrostomii při jejím ošetrování. Začala proto používat zrcadlo. Druhá pacientka uvedla, že jí občas upadne gázový čtvereček na zem. V souvislosti s ošetrováním nefrostomie bylo zjištěno, že její ošetrování je finančně náročné a podpora z řad zdravotních pojišťoven je mizivá.

Pozitivním zjištěním výzkumného šetření bylo, že u jedné pacientky zlepšila zavedená nefrostomie kvalitu života. Nefrostomie byla u pacientky zavedena z důvodu poškození močového měchýře po radioterapii, která způsobila inkontinenci moči. Naopak negativním zjištěním výzkumného šetření bylo, že někteří pacienti nebyli dostatečně edukováni od zdravotnického personálu v oblasti informovanosti pacientů o zavedených nefrostomiích nebo důležité informace zapomněli. Naše tvrzení vychází z odpovědí pacientů. Pacienti nepoužívají desinfekci při ošetrování nefrostomie a nepořizují si obvazový materiál pomocí poukazu od obvodního lékaře. Pacienti nedodržují dietní opatření, která předcházejí ucpávání nefrostomického drénu. Dále pacienti používají nevhodná mýdla při provádění hygienické péče. Jedna pacientka

nebyla informována o možnosti používat denní sběrné močové sáčky, které se dají přichytit na dolní končetinu. Dále tuto pacientku nikdo neinformoval o agenturách domácí péče a o stomických klubech a poradnách. Z tohoto důvodu bylo vytvořeno doporučení pro všeobecné a praktické sestry (Příloha 2), ve kterém jsou obsaženy nejdůležitější informace o zavedených nefrostomiích. Doporučení je navrženo tak, aby ho mohl využít i pacient.

Seznam použité literatury

1. BABJUK, M. et al., 2009. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. Praha: Galén. 126 s. ISBN 978-80-7262-639-7.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
4. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. DRLÍKOVÁ, K. et al., 2016. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 978-80-247-5712-4.
6. HANUŠ, T. et al., 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-3008-3.
7. JAIRATH, A. et al., 2017. *Percutaneous Nephrostomy Step by Step* [online]. Mini-invasive Surgery. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: <http://misjournal.net/article/view/2173>
8. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-70-247-4412-4.
9. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KALÁBOVÁ, M., 2016. *Rady k ošetrování stomií*. Brno: Diakonie ČCE. 92 s. ISBN 978-80-87953-12-9.
11. KLENER, P., KLENER P., 2013. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4171-0.
12. KOLLÁROVÁ, L., GILANOVÁ S., 2013. Pohybová aktivita stomiků. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 23(6), 46–47. ISSN 1210-0404.
13. KORDULOVÁ, P., BITTNER, L., 2012. Informace pro pacienty se zavedenou nefrostomií. *Urologie pro praxi*. 13(2), 94. ISSN 1213-1768.
14. KOŠNÁŘOVÁ, A., 2018. *Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií po perkutánní extrakci konkrementu*. Praha. Bakalářská práce. 3 LF UK.
15. KRAUSOVÁ, J. et al., 2016. Masivní krvácení jako komplikace punkční nefrostomie. *Urologie pro praxi*. 17(1), 30–31. ISSN 1213-1768.

16. KROHMER, S. J. et al., 2018. *Image-Guided Nephrostomy Interventions: How to Recognize, Avoid, or Get Out of Trouble* [online]. Science Direct [2019-1-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089251618300453>
17. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
18. LÚČAN, J., 2011. *Stómie stomici*. Turany: P+M Turany. 208 s. ISBN 78-80-89410-11-8.
19. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
20. MACH, J. et al., 2013. *Univerzita medicínského práva: kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
21. MATOUŠKOVÁ, M. et al., 2013. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Axonite CZ. 232 s. ISBN 978-80-904899-4-3.
22. NERMUŤOVÁ, Z., VÁVROVÁ, P., 2013. Punkční nefrostomie. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 23(6), 39–40. ISSN 1210-0404.
23. PEŠL, M., ZÁMEČNÍK, L., 2017. Urologické komplikace po onkologické léčbě. *Urologie pro praxi*. 18(1), 10–13. ISSN 1213-1768.
24. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 878-80-247-3557-3.
25. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
26. SALOMÉ, G. M. et al., 2014. *Quality of Life and Self-esteem of Patients with Intestinal Stoma* [online]. Science Direct [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2237936314000859>
27. SALOMÉ, G. M. et al., 2015. *Assessment of Subjective Well-being and Quality of Life in Patients with Intestinal Stoma* [online]. Science Direct [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2237936315000568>
28. SEIDLOVÁ, D. et al., 2018. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. Praha: Mladá Fronta. 252 s. ISBN 978-80-204-4857-6.
29. SHARMA, S. et al., 2016. *Nutrition at a Glance*. 2. vydání. Oxford: John Wiley & Sons. 192 s. ISBN 978-1-118-66101-7.

30. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
31. SCHULER, M. et al., 2008. *Geriatric von A bis Z: der Praxis-Leitfaden*. Stuttgart: Schattauer GmbH. 336 s. ISBN 978-3-7945-2523-2.
32. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
33. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
34. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
35. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
36. TEPLAN, V. et al., 2010. *Akutní poškození a selhání ledvin v klinické medicíně*. Praha: Grada. 428 s. ISBN 978-247-1121-8.
37. TEPLAN, V. et al., 2011. *Praktická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 536 s. ISBN 80-247-1122-2.
38. TEPLAN, V., 2017. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-4370-0.
39. TESAŘ, V. et al., 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
40. TOLINGER, P., 2014. *Urolithiáza – onemocnění močovými kameny* [online]. ČUS [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/urolitiaza-onemocneni-mocovymi-kameny/>
41. *Úhradový katalog VZP – ZP*, 2019. [online]. VZP. [cit. 2018-12-14]. Dostupné z: https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika_1006.pdf
42. ÜRGE, T. et al., 2016. Renální kolika. *Urologie pro praxi*. 17(5), 210–213. ISSN 1213-1768.
43. VOLF, P., DRÁBEK, M., 2017. Endoskopie v urologii a derivace moči. *Urologie pro praxi*. 18(5), 217–222. ISSN 1213-1768.
44. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

45. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
46. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
47. ZACHOVÁ, V. et al., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
48. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3 vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
49. ZLATOHLÁVEK, L. et al., 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. 424 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovor.....	64
Příloha 2 – Doporučení pro praktické a všeobecné sestry.....	66

Příloha 1 – Rozhovor

1. Muž/žena
2. Kolik Vám je let?
3. Jaké máte zaměstnání?
4. Jaká máte přidružená onemocnění?
5. Jak dlouho máte zavedenou nefrostomii?
6. Jaký byl důvod zavedení nefrostomie?
7. Jak jste vnímal/a to, že Vám bude zavedena nefrostomie?
8. Jak jste řešil/a situaci ohledně zaměstnání a sociální oblasti? Do jaké míry se finančně spolupodílíte na pořizování stomických pomůcek?
9. Jakým způsobem Vám bránila zavedená nefrostomie vrátit se zpět do zaměstnání?
10. Jaké největší změny jste zaznamenal/a po zavedení nefrostomie? (Máte možnost se věnovat svým zájmovým aktivitám se zavedenou nefrostomií?)
11. Jaký pocitujete dyskomfort v souvislosti se zavedenou nefrostomií? Pociťujete např. bolest?
12. Jakým způsobem ovlivnila nefrostomie Vaše stravovací návyky? Kolik litrů denně vypijete? Jakým potravinám a tekutinám se vyhýbáte?
13. Jakým způsobem provádíte hygienickou péči? Jaké používáte hygienické prostředky?
14. Jakým způsobem se změnila oblékací návyky se zavedenou nefrostomií?
15. Jak se zavedenou nefrostomií pečujete o domácnost a rodinu?
16. Jak manipulujete se sběrným sáčkem? Jak jej umistujete? Kam jej umistujete? Používáte sběrné sáčky se samolepícím suchým zipem?
17. Kam zavěšuje/pokládáte močový sáček před ulehnutím ke spánku?
18. S jakými nejčastějšími komplikacemi zavedené nefrostomie se setkáváte?
19. Na koho se obracíte při výskytu komplikací?

20. Jakým způsobem ošetřujete zavedenou nefrostomii? Co všechno je součástí péče o nefrostomie?
21. Jak jste v prvních dnech zvládal/a manipulaci s převazovým materiálem a se sběrným sáčkem?
22. Jaké pomůcky používáte při ošetřování nefrostomie?
23. Jakým způsobem je Vám rodina nápomocná při ošetřování nefrostomie?
24. S jakými komplikacemi se setkáváte při ošetřování nefrostomie?
25. Do jaké míry využíváte služeb agentury domácí péče nebo jiné podobné instituce?
26. Jak jste se dozvěděl/a o stomických klubech a poradnách? Navštěvujete stomické poradny a kluby? Jak často navštěvujete stomické kluby a poradny?

Nefrostomie



Milé všeobecné a praktické sestry

je u vás na oddělení hospitalizovaný pacient, který má nově založenou nefrostomii? Tento informační materiál vám předkládá v 18 bodech všechny podstatné informace, které byste měly pacientovi sdělit. Materiál můžete poskytnout i jemu. Při kontaktu s pacientem nezapomínejte na vřelý a milý přístup. Buďte shovívavé při negativních reakcích pacienta, nejspíš se ještě nevyrovnal se zavedenou nefrostomií. Mluvte v jednoduchých větách, které pacient snadno pochopí. Vyhýbejte se odborným a slangovým výrazům, pacient jim nebude rozumět.

1. Sdělte pacientovi, že má denně vypít 2 litry tekutin. (Nejvhodnější voda. Vyvarovat by se měl pacient kávé a alkoholu.)
2. Sdělte pacientovi, že má omezit příjem soli a slaných výrobků. (Pozor, velké množství soli je obsaženo i v tradičních potravinách jako je chléb, sýr a šunka.)
3. Sdělte, aby pacient dbal každý den na osobní hygienu. Nefrostomik se musí po zavedení nefrostomie pouze sprchovat.
4. Upozorněte pacienta, že by měl při provádění hygienické péče používat hypoalergenní, neparfémová a nedráždivá mýdla.
5. Informujte pacienta, že by měl pokožku kolem nefrostomického drénu převazovat každý den.

6. Sdělte pacientovi, že je důležité kontrolovat místní změny pokožky kolem nefrostomického drénu při provádění každého převazu.
7. Poučte pacienta o důležitosti používat desinfekci při provádění převazu.
8. Sdělte pacientovi, že může při provádění převazu používat zrcadlo, pomocí kterého dobře uvidí na ústí nefrostomického drénu a okolní pokožku.
9. Poučte pacienta, aby nenanášel na pokožku kolem ústí nefrostomie kosmetické krémy a masti.
10. Informujte pacienta o denních sběrných močových sáčcích, které se dají přichytit pomocí samolepícího zipu na dolní končetinu.
11. Poučte pacienta, aby si vypouštěl sběrný sáček během dne a aby sáček měnil jedenkrát týdně.
12. Poučte pacienta, aby měl sběrný močový sáček vždy pod úrovní ledvin a aby ho nepokládal na zem.
13. Sdělte pacientovi, aby si před ulehnutím ke spánku nasadil sběrný močový sáček, který má větší kapacitu, a aby sáček zavěsil na stojan.
14. Informujte pacienta o možnosti získat obvazový materiál a sběrné močové sáčky pomocí poukazu, který mu vystaví obvodního lékaře nebo urolog.
15. Poučte pacienta o tom, že by měl pravidelně kontrolovat stav hadiček.
16. Informujte pacienta, že by měl při výskytu komplikací neprodleně navštívit urologickou ambulanci.
17. Doporučte pacientovi, aby si zažádal o invalidní důchod.
18. Informujte pacienta o službách agentury domácí péče a stomických klubů a poraden.