



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií

Vypracoval: Jana Ziková
Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová, MBA

České Budějovice 2014

Abstrakt

Téma bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií. Toto téma je aktuální, protože nefrostomie se zakládá v souvislosti s nádory malé pánve, stavech po ozařování nebo polytraumaty malé pánve, kterými bývají postiženi i mladí lidé. I když založení nefrostomie není tak časté jako například kolostomie, pacientů s nefrostomiemi stále přibývá. Ošetrovatelská péče je založena nejen na komplexním ošetrování pacienta, ale i na jeho pečlivé informovanosti a edukaci vedoucí k úplné soběstačnosti v oblasti péče o nefrostomii. Práce sestry spočívá v kvalitní a efektivní péči o pacienta s nefrostomií, která je založena na teoretických i praktických znalostech a zkušenostech. Sestra musí k pacientům s nefrostomií přistupovat individuálně s ohledem na jejich aktuální potřeby.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je popisován samotný nefrostomický zákrok, jeho indikace, komplikace, výhody a nevýhody. V další kapitole je definován pojem ošetrovatelství a ošetrovatelský proces. Následuje popis ošetrovatelské péče v předoperačním období. V pooperačním období je popsána práce sestry, která monitoruje fyziologické funkce pacienta. Dále se práce zaměřuje na život pacienta po založení nefrostomie a jeho dovednosti v oblasti péče o nefrostomii. V empirické části je zjišťováno, zda sestry vybraných oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. (interní oddělení, chirurgické oddělení a oddělení následné péče), mají nejen teoretické znalosti v oblasti péče o nefrostomie, ale i to, zda znají specifika péče a umí o pacienta s nefrostomií pečovat. Výzkumné šetření proběhlo i u pacientů, kteří mají založenou nefrostomii. Byly zjišťovány jejich znalosti i praktické dovednosti v péči o nefrostomii a kvalitu jejich života. Dále byla zjišťována informovanost pacientů v oblasti péče o nefrostomii a jejich zkušenosti s přístupem ošetřujícího personálu na urologickém oddělení a na jiných odděleních.

Byly stanoveny tři cíle bakalářské práce. První cíl - zjistit, zda sestry umí pečovat o pacienta s nefrostomií. Druhý cíl - zjistit, zda je pacient omezen v souvislosti se zavedenou nefrostomií a třetí cíl - zjistit, zda pacient umí pečovat o nefrostomii.

V práci byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza - sestry neumějí ošetrovat pacienta s nefrostomií. Druhá hypotéza - pacienti umí v domácím prostředí pečovat o

nefrostomii a třetí hypotéza - nefrostomie omezuje pacienty v každodenním životě. K ověření hypotéz byla použita dotazníková metoda sběru dat. Výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2013 do března 2014 na interním oddělení, chirurgickém oddělení, oddělení následné péče a urologické ambulanci. První dotazník byl určen pro všeobecné sestry pracující na interním a chirurgickém oddělení a na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. Celkem bylo sestrám rozdáno 120 nestandardizovaných anonymních dotazníků, na každé oddělení v počtu 40. Z celkového počtu se nevrátilo 11 dotazníků a pro neúplnost údajů byly vyřazeny 4 dotazníky. Definitivně se zpracovalo 105 dotazníků, 31 dotazníků z oddělení následné péče, 36 z chirurgického oddělení a 38 dotazníků z interního oddělení. Druhý nestandardizovaný anonymní dotazník byl určen pro pacienty s nefrostomií, kteří jsou pravidelně dispenzarizováni v urologické ambulanci nebo hospitalizováni na jiných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Z důvodu poměrně nízkého výskytu pacientů s nefrostomií bylo rozdáno celkem 70 dotazníků. Z tohoto počtu se 10 dotazníků nevrátilo a 5 dotazníků nebylo možné použít z důvodu neúplnosti dat. Výsledky z dotazníků byly následně zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2010 a přeneseny do grafů.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry umí ošetřovat pacienta s nefrostomií, proto se první hypotéza nepotvrdila. Šetření potvrdilo druhou hypotézu, která říká, že pacienti umí v domácím prostředí o nefrostomii pečovat. Třetí hypotéza byla také potvrzena, pacienti se cítí omezení ve svém každodenním životě.

Tato práce by měla sloužit k seznámení se s ošetrovatelskou péčí o nefrostomii a k možnému eliminování chyb, které se mohou u všeobecných sester v souvislosti s péčí o tyto pacienty vyskytnout.

Výsledky této práce budou využity v praxi v podobě informační brožury. Tuto brožuru by mohli využít nejen sestry, ale i pacienti pro osvojení znalostí a dovedností souvisejících s touto problematikou.

Klíčová slova: nefrostomie, pacient, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče

Abstract

The subject of the Bachelor thesis is Nursing care of patient with nephrostomy. This subject is current because nephrostomy is created in relation to small pelvis tumor, states after radiation therapy or small pelvis polytraumas which affect also young people. Despite the fact that creation of nephrostomy is not as common as for example colostomy, patients with nephrostomies are on the increase. Nursing care is based not only on complex nursing of patient but also on careful raising his awareness and education contributing to complete self-sufficiency in the area of the care of nephrostomy. The work of a nurse consists in a high-quality and effective care of patient with nephrostomy, which is based in both theoretical and practical knowledge and experiences. Nurse has to approach patients with nephrostomy individually with consideration to their current needs.

The Bachelor thesis is divided into a theoretical and an empirical part. In the theoretical part there is a description of nephrostomy intervention itself, its indication, complications, advantages and disadvantages. In the next chapter notion of nursing and of nursing process is defined. It is followed by a description of nursing care in the preoperative period. In the postoperative period there is described the work of nurse which is monitoring physiological functions of the patient. Next, the thesis focuses on patient's life after the creation of nephrostomy and on its skills in the area of care of nephrostomy. In the empirical part it is detected if nurses of chosen departments of the České Budějovice Hospital (Department of Internal Medicine, Department of Surgery and Aftercare Department) have not only theoretical knowledge in the area of the care of nephrostomy, but also the fact if they know particularities of the care and if they are able to care of patient with nephrostomy. Research inquiry was realised also at patients with an inserted nephrostomy. We detected their knowledge and practical skills in the care of nephrostomy and quality of their lives. It was detected the awareness of patients in the area of the care of nephrostomy and also their experience with approach of the nursing staff in the Department of Urology and in other departments.

Three aims of the bachelor thesis were set. First aim – detect if nurses are able to care of patient with nephrostomy. Second aim – detect if patient is limited in relation to inserted nephrostomy and third aim – detect if patient is able to care of nephrostomy.

In the thesis three hypotheses were set. The first hypothesis – nurses are not able to care of patient with nephrostomy. The second hypothesis – patients in the home milieu are able to care of nephrostomy and the third hypothesis – nephrostomy limits patients in everyday life. To verify hypotheses questionnaire method of data collection was used. Research inquiry was realised in the period from December 2013 to March 2014 at the Department of Internal Medicine, at the Department of Surgery, at the Aftercare Department and at Urology Ambulatory Surgery. First questionnaire was designated for nurses working at the Department of Internal Medicine, at the Department of Surgery and at the Aftercare Department of the České Budějovice Hospital. On the whole 120 non-standardized anonymous questionnaires were distributed, to every department the number of 40 pieces. From the whole quantity 11 questionnaires did not return and 4 questionnaires were eliminated because of data incompleteness. Definitely 105 questionnaires were processed, 31 from the Aftercare Department, 36 from the Department of Surgery and 38 from the Department of Internal Medicine. Second non-standardized anonymous questionnaire was designated for patients with nephrostomy who are regularly dispensarized at the Urology Ambulatory Surgery or hospitalized at other departments of the České Budějovice Hospital. Because of relatively low occurrence of patients with nephrostomy 70 questionnaires were distributed altogether. From it 10 questionnaires did not return and it was not possible to use 5 questionnaires because of data incompleteness. Results of questionnaires were then processed by means of computer programme Microsoft Excel 2010 and transferred into charts.

From the research inquiry it results that nurses are able to care of patients with nephrostomy, that is why the first hypothesis was not confirmed. The inquiry confirmed the second hypothesis that patients in the home milieu are able to care of nephrostomy. The third hypothesis was also confirmed, patients feel limited in everyday life.

The thesis should serve to familiarization with nursing care for nephrostomy and to a possible elimination of mistakes which could arise at general sisters in relation to care to these patients.

Results of the thesis will be used in practice in the form of an information booklet. This booklet could be used not only by sisters but also by patients to acquire knowledge and skills related to this issue.

Key words: Nephrostomy, Patient, General nurse, Nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28. 4. 2014

.....

(Jana Ziková)

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Monice Kyselové, MBA za odborné vedení, její cenné rady, podněty a připomínky během zpracovávání mé bakalářské práce, za vstřícný přístup a za její trpělivost. Také bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu, která mi pomáhala při studiu a psaní této bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin a vylučovacího systému.....	12
1.2 Nefrostomie.....	13
1.2.1 Indikace nefrostomie.....	14
1.2.2 Výhody a nevýhody perkutánní nefrostomie.....	15
1.2.3 Komplikace perkutánní nefrostomie.....	16
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s nefrostomií.....	16
1.3.1 Předoperační péče.....	19
1.3.2 Průběh výkonu.....	22
1.3.3 Pooperační péče.....	22
1.3.4 Péče o pacienta po zavedení nefrostomie.....	23
1.4 Život pacienta s nefrostomií.....	25
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Hypotézy práce.....	28
3 METODIKA.....	29
3.1 Použité metody.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4 VÝSLEDKY	31
4.1 Výsledky kvantitativního šetření sestry.....	31
4.2 Výsledky kvantitativního šetření pacientů.....	53
5 DISKUZE.....	69
6 ZÁVĚR.....	79
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
8 PŘÍLOHY.....	84

Seznam použitých zkratk

OJ - ošetrující jednotka

ONP - oddělení následné péče

PCN - perkutánní nefrostomie

ÚVOD

Nejčastěji je nefrostomie zavedena v souvislosti s nádorem, který prorůstá do parenchymu ledviny, čímž dochází k obstrukci močových cest a následné dilataci ledviny. Česká republika drží celosvětové prvenství ve výskytu nádorů ledvin a urogenitálního systému. Nejčastějším ledvinným nádorem je adenokarcinom ledviny. Tento maligní nádor patří k nejletálnějším urologickým onemocněním, který postihuje více mužů než ženy. Na karcinom ledviny umírá kolem 40% nemocných; v porovnání u karcinomu prostaty a močového měchýře je mortalita kolem 20%. Mezi rizikové faktory, které se podílejí na vzniku karcinomu ledvin a vývodných cest močových patří kouření a některé chemické látky vyskytující se v pracovním i životním prostředí (asbest, olovo).

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienty, kteří jsou indikováni k zavedení dočasné či trvalé nefrostomie. Po zákroku je nutné pacienty pravidelně dispenzarizovat. Nedílnou součástí práce sestry je nejen kvalitní ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií, ale i edukace pacienta v předoperačním i pooperačním období a zajištění pravidelných kontrol na urologické ambulanci. Protože výskyt pacientů s nefrostomií není na odděleních tak častý, je cílem této práce zjistit, zda sestry mimo urologické oddělení umějí pečovat o pacienta se zavedenou nefrostomií. U jiných druhů stomií se pacienti cítí omezení a kvalita jejich života je ve většině případů snižena. Proto je dalším cílem této práce zjistit, zda je pacient omezen v souvislosti se zavedenou nefrostomií. Posledním cílem této práce je zjistit, zda pacient umí pečovat o nefrostomii. Toto téma své bakalářské práce jsem si zvolila proto, že dle mého názoru je problematika spojená s nefrostomií zdravotnickým personálem opomíjena.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin a vylučovacího systému

Ledviny (rén, nefros) jsou párový orgán uložený v retroperitoneu ve výši obratlů Th12 až L2. Jejich úkolem je zejména vylučování odpadních nebo škodlivých látek pro organismus. Podílejí se i na udržování homeostázy a produkují řadu důležitých hormonů jako je renin, prostaglandin, erythropoetin. Tento endokrinní orgán má tvar podobný fazoli; tomu odpovídá i jeho obvod a zploštění na zadní straně. Na povrchu ledviny je vazivové pouzdro (capsula fibrosa), které kryje její povrch. Cévní zásobení ledvin zajišťují arteria renales dextra et sinistra vycházející z břišní aorty. V ledvinách dochází k velmi intenzivnímu průtoku krve. Všechna krev, cirkulující v těle jimi projde za 5 minut, což je přibližně 1 litr za minutu.

Tento orgán se skládá ze dvou vrstev: 1. zevní vrstva-kůra (cortex renalis), která je světlejší a nachází se podél obvodu ledviny 2. vnitřní vrstva-dřeň (medulla renalis), která je naopak tmavší a vytváří kuželovité útvary (pyramides renales).

Základní a funkční jednotkou ledvin je nefron. V lidské ledvině se nefron skládá z Malpighiho tělíska, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběracího kanálku. Malpighiho tělísko se dále dělí na klubíčko kapilár takzvané glomerulum, jehož cévní zásobení zabezpečuje přívodná a odvodná céva (1). Glomerulus zajišťuje první exkreční proces, nazývaný glomerulární filtrace. Podstatou je tvorba glomerulárního filtrátu neboli primární moči, která se dále resorbuje, což vede k produkci 1,5 litru definitivní moči za den (2).

Druhý exkreční proces se nazývá tubulární resorbce ledvin. Jeho funkce spočívá v regulaci objemu, složení, osmolarity a pH tekutin v organismu. Rozpuštěné látky (takzvané soluty) mohou být vstřebávány aktivním nebo pasivním transportem. Aktivní transport je energeticky náročnější a pasivnímu transportu podléhá zejména voda. Resorbce probíhá transcelulárně, to znamená, že soluty jsou vstřebávány přes epitelové buňky tubulu a nebo paracelulární cestou mimo epitelové buňky (3).

Největší množství moči je ledvinami vyprodukováno v průběhu dne. Přes noc dochází spíše k retenci vody a ostatních složek moči.

Močové cesty jsou tvořeny ledvinnými kalichy a ledvinnou páňvičkou, kterými je moč odváděna do močovodu, močového měchýře a močové trubice.

Ledvinné kalichy (calices renales) jsou drobné nálevkovitě uspořádané útvary, které se spojují do ledvinných páňviček (pelvis renales) přecházejících do močovodu. Páňvička je složena z elastických a kolagenních vláken a z hladké svaloviny. Hladká svalovina je v místě přechodu do ureteru zesílená (1). Močovod (ureter) začíná na okraji ledvinné páňvičky a je zakončen vyústěním do močového měchýře. Rozlišujeme pravý a levý močovod, který je dlouhý kolem 20-30 centimetrů. Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý orgán, jehož kapacita je asi 200 mililitrů. Při této náplni močového měchýře začíná mít člověk nucení na močení (4).

Mikce je reflexní děj, který je řízený mikčným centrem uloženým v křížovém úseku míchy. Při větší náplni močového měchýře přerůstá nucení na močení v nutkavou bolest a receptory ve stěně měchýře dávají signál páňevním nervům vedoucím do křížové oblasti míchy. Uvolněním svěrače, který je ovládán vůlí, dochází k vypuzení moče močovou trubicí (5). U žen je močová trubice kratší než u mužů a ústí mezi glans klitoris a přední stěnou pochvy. Mužská močová trubice pod hrdlem močového měchýře prochází prostatou a penisem (6).

Moč má fyziologicky žlutozlatou barvu a má vysoké pH. Mezi základní složky moči patří: voda 95%, močovina, sodík, chlor, vodík, vápník, hořčík, sírany a fosfáty. Patologicky se může v moči objevit glukóza, bílkoviny, krev, hnis a žlučová barviva (5).

1.2 Nefrostomie

Nefrostomie znamená vytvoření umělého vývodu z ledviny mimo její přirozenou cestu – viz. fotografie v Příloze 1 (7). Přes kůži se zavádí drén do ledvinné páňvičky a tím se zajistí odtok moči z dutého systému ledviny (8). Tento výkon byl poprvé popsán

před více než čtyřiceti lety. Nefrostomie je nejčastěji používána jako zákrok pro další perkutánní manipulace nebo jako náhradní invazivní zákrok před konečným chirurgickým řešením (7).

Jedná se buď o dočasnou punkci ledviny, kdy nelze zavést stent do močovodu či ledviny z důvodu obstrukce, nebo jde o permanentní zásah do organismu v souvislosti s nádorem prostaty, vývodných cest močových i nádorů a úrazů malé pánve (8). Je důležité, aby operatér zvolil vhodné místo pro punkci ledviny, aniž by došlo k cévnímu poranění a následnému krvácení. Správné místo se lokalizuje pomocí ultrazvuku, CT, nebo skiaskopicky (9). Zákrok spočívá v zavedení nefrostomického katetru přes kůži přímo do ledviny. Nefrostomickým katetrem je odváděna moč do sběrného sáčku (10). S nefrostomií se setkáváme nejen u pacientů vyššího věku, ale i u mladších pacientů v souvislosti s polytraumaty, které mohou vést k poškození ledvin a vývodných cest močových (11). Nefrostomii lze zavádět u pacienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení, ale i ambulantně. Po zákroku nejsou výjimkou ani pooperační komplikace, které bývají závažnější u pacientů vyššího věku (12). Chirurgická léčba je v dnešní době na velmi vysoké úrovni a samotný nefrostomický zákrok má téměř nulovou mortalitu, oproti komplikacím, kde je úmrtnost pacienta více pravděpodobná (13).

1.2.1 Indikace nefrostomie

Obecně je nefrostomie indikována v případě, když vyprodukovaná moč nemůže odtékat močovodem do močového měchýře- z důvodu překážky, obstrukce. Obstrukce močových cest může být zapříčiněna tumorem, nefrolitiázou, polytraumaty, úrazy malé pánve a stavy po ozařování malé pánve (14). V důsledku obstrukce odvodných cest močových dochází k hydronefróze, nefyziologické dilataci ledviny zadržanou močí. Vlivem tlaku nahromaděné tekutiny ledvina postupně atrofuje. Tento stav je často doprovázen hypertenzí. Založení nefrostomie vede k postupné normalizaci krevního tlaku (15). Mezi diagnostické indikace patří pyelografie, nefroskopie, separované sledování renálních funkcí, CT ledvin s kontrastem a cystoskopie. K terapeutickým

indikacím patří derivace moči v souvislosti s obstrukcí nebo píštěly (16). Dále aplikace antegrádního stentu, plastika ureterů, přemístění, rozpuštění, extrakce nebo odstranění cizího tělesa (7).

Mezi akutní indikace k založení nefrostomie patří urosepse (8). Urosepse je těžký septický stav vzniklý reakcí orgánových systémů na rozsáhlou mikrobiální infekci. Projevuje se zejména opakovanými prudkými vzestupy tělesné teploty nad 38°C, celkovou schváceností, leukocytózou, dysurií až anurií (17). Chronická pyelonefritida je chronický hnisavý zánět ledvinné pánvičky, který může zapříčinit rozsáhlou uroinfekci a významně poškodit ledviny. Zhoršení odtoku infikované moči a urosepse může přejít až v septický šok (6).

1.2.2 Výhody a nevýhody perkutánní nefrostomie

Výhody perkutánní nefrostomie

Perkutánní nefrostomie (PCN) patří mezi miniinvazivní výkony a proto není tento zákrok pro pacienta příliš zatěžující. Protože je výkon doprovázen minimální zátěží pro organismus, může se PCN provádět i u pacientů s metabolickým rozvratem a vyčerpanou kardiopulmonální rezervou (7). Na rozdíl od jiných metod je možné pomocí nefrostomie provést přímou derivaci i minimálně dilatované oblasti ledviny. Umožňuje také sledovat diurézu katetrizované ledviny. PCN lze provést i při onemocnění močového měchýře, močových cest, prostaty či malé pánve (10).

Nevýhody perkutánní nefrostomie

PCN je invazivní výkon, při kterém může dojít k porušení okolních orgánů a k průniku infikované moči do oběhu. Nefrostomický katetr se může dislokovat a vést k řadě komplikací. Pacient pociťuje omezení v souvislosti se zavedenou nefrostomií a kvalita jeho života se zhoršuje. V okolí drénu dochází k prosakování malého množství moči, která způsobuje podráždění kůže. V některých případech, jako je například vrozená vývojová vada ledvin, kdy může být systém ledvin nedilatovaný, je punkce

obtížná. Nevhodnou manipulací může také dojít k zalomení katetru, což vede k neprůchodnosti drenáže a moč se neodvádí do sběrného sáčku, ale hromadí se v ledvině (18).

1.2.3 Komplikace perkutánní nefrostomie

Většina statistik uvádí, že u perkutánní nefrostomie nejsou komplikace tak časté, jako u operačních nefrostomií. Pouze kolem 1-3% pacientů mají komplikace, které vyžadují prodloužení hospitalizace a jejich následné řešení (7).

Komplikací, vyskytující se nejčastěji, je posunutí nefrostomického katetru a to i přes jeho pevnou fixaci ke kůži pomocí stehu. Může také dojít ke fragmentaci katetru. K dislokaci nebo fragmentaci dochází často, zejména u obéznějších pacientů i při běžné denní pohybové aktivitě. Ke snížení těchto komplikací přispívá vývoj nových nefrostomických katetrů, které jsou pevnější, rezistentnější a účinněji derivují dutý systém ledviny (18). Další komplikací je masivní hemoragie, která ve většině případů souvisí s koagulopatií. Tato komplikace však není tak častá. V důsledku neopatrnosti pacienta může také dojít k uvolnění stehů, následnému vysunutí katetru z ledvinné pánvičky a prosakování moči z neuzavřeného punkčního kanálu (7).

Pacient s nefrostomií je nejčastěji ohrožen infekcemi močových cest. Dále může dojít k úniku moči do retroperitonea až urosepsi (18).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s nefrostomií

Nezastupitelnou roli v péči o nemocného zaujímá sestra. Podstatou systematické a kvalitní ošetrovatelské péče je práce sestry zaměřená na uspokojení potřeb pacienta.

Primární potřebou pacienta s nefrostomií je edukace a nácvik péče o nefrostomii v pooperačním období. Každý zdravotnický pracovník by měl zvládat ošetrovatelskou péči o stomického pacienta a měl by znát pracovní postupy, mezi které patří například

ošetření pokožky v oblasti nefrostomie, převaz či výměna nefrostomického sáčku (19). Založení jakékoli stomie znamená pro pacienta velký zásah do jeho osobnosti a do jeho života. Aby se pacient s touto zátěží vyrovnal, musí být edukován lékařem i sestrou. Záleží na přístupu zdravotnického personálu, samotné přípravě na operační zákrok a na ošetřování v pooperačním období (13). Pacientům se po zákroku obvykle mění kvalita jejich života. Ošetrovatelská péče u pacientů po operaci na ledvině se nijak významně neliší od jiných břišních operací. Sestra by měla kontrolovat odvod katetru a sledovat množství, příměsi jako např. krev nebo barvu moči. U zavedené punkční nefrostomie je důležité sledovat nejen množství a charakter odváděné moči, ale i průchodnost katetru. Péče o nefrostomii také zahrnuje pravidelnou kontrolu upevnění katetru. Uvolnění stehů by mohlo vést k dislokaci či úplnému uvolnění katetru při pohybu nemocného nebo při jeho ošetřování a převazování (6).

Pojem ošetrovatelství

Ošetrovatelství lze definovat jako integrovanou vědu, která má za poslání vhodnými metodami všestranně uspokojovat biopsychosociální potřeby nemocného člověka, který se o sebe nemůže, neumí nebo nechce starat (20).

Ošetrovatelství v praxi znamená ošetrovatelskou péči, kterou vykonává sestra v určitém čase. Ošetrovatelská péče je zaměřena na pacienta, na jeho zdravotní stav a na prostředí, ve kterém se nachází. Pro efektivní ošetrovatelskou péči je nutné, aby sestra měla vědomosti nejen o osobě, jejím vývoji, prožívání, chování a jednání, ale i o zdraví, onemocnění, vlivech působících na jedince a prostředí, ve kterém se osoba nachází (21).

Základem moderního ošetrovatelství je systematický přístup, do kterého patří stanovení problému, následně přemýšlení o vyřešení zjištěného problému, plánování intervencí, uskutečnění plánovaných intervencí a zhodnocení výsledků. Důležitým aspektem kvalitní ošetrovatelské péče je holistický přístup, kdy jsou uznávány a chápány potřeby pacienta. Pacient má právo se aktivně účastnit ošetrovatelské péče a rozhodovat o dalších krocích léčebného procesu (22).

Sestra se při výkonu své profese setkává s velice rozmanitými mezilidskými vztahy, z nichž mezi nejdůležitější patří vztah sestra-pacient. Tento vztah zaujímá velice

klíčový etický aspekt, který současně řeší základní lidské hodnoty týkající se zdraví, vzájemné důvěry, mlčenlivosti (23).

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je účinnou metodou moderního ošetrovatelství, jehož cílem je poskytovat ošetrovatelskou péči zaměřenou na uspokojení potřeb pacienta, obnovení či podporu zdraví a zajištění klidného umírání a smrti. Jde o racionální, systematickou a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče zaměřenou na samotného pacienta, rodinu nebo komunitu. Ošetrovatelský proces zahrnuje plánování činností k dosažení určitého výsledku. Sestra může samostatně rozhodovat o nejvhodnějším způsobu péče, který vede k dosažení plánovaných cílů a k pokroku, kterého pacient dosáhl. V České republice funguje pětifázový ošetrovatelský proces, jehož fáze se označují: Posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení.

Posuzování/zhodnocení zahrnuje sběr, třídění a zaznamenání informací a dat o pacientovi. Sestra hledá rizikové faktory pacienta a patologické vlivy, které ovlivňují pacientův zdravotní stav.

Diagnostika je druhá fáze ošetrovatelského procesu. V této fázi sestra analyzuje zjištěné informace a data, na jejichž základě stanoví aktuální a potencionální problémy a posléze i ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza se určuje z problému pacienta a určení jeho příčiny.

Plánování je proces stanovení cílů a vhodných ošetrovatelských intervencí vedoucích k odstranění či zmírnění pacientova problému. Ve spolupráci s pacientem by měla sestra určit problémy, které vyžadují okamžité vyřešení nebo mohou být vyřešeny později. Pacient by měl vědět, jaké jsou stanovené cíle a co se od něj očekává. Sestra určí činnosti, které povedou k dosažení stanovených cílů, a zaznamenává vše do plánu ošetrovatelské péče.

Realizace obsahuje vykonávání stanovených ošetrovatelských intervencí vedoucích k dosažení stanovených cílů. Je nutné, aby se před vykonáním činnosti sestra ujistila, zda se u pacienta nevyskytl nový problém, nebo jestli není nutné změnit plán péče.

V průběhu vykonávání intervencí sestra sleduje reakce pacienta, provádí sběr dalších informací a v případě potřeby změní postup plánu.

Vyhodnocení je poslední fáze ošetrovatelského procesu, ve které se srovnávají kritéria stanovená plánem a hodnotí se, zda došlo k dosažení stanovených cílů. Výsledkem může být úplné dosažení cíle, částečné dosažení cíle, nedosažení cíle a vznik nového problému. Sestra posoudí, jak pacient reagoval na ošetrovatelské intervence a reakce pacienta porovná s výslednými kritérii. Pokud došlo ke splnění cíle, ošetrovatelský proces se ukončí. Pokud došlo k nedosažení nebo jen částečnému dosažení cílů dochází k přezkoumání, pozměnění a následnému opakování ošetrovatelského plánu. V tomto případě si sestra položí otázky: Jaký je aktuální zdravotní stav pacienta? Existuje problém stále? Je pacient schopen spolupráce při řešení problému? Pokud není schopen spolupráce, proč? Které faktory působily na nesplnění cíle? Efektivně realizovat ošetrovatelský proces je možné pouze v případě, pokud se sestry aktivně podílí na vykonávání ošetrovatelských intervencí, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu pacienta (22).

1.3.1 Předoperační péče

„Perioperační péče zahrnuje období přípravy pacienta k operaci, vlastní operační výkon a období po operaci. Každý z těchto časových úseků je charakteristický obecnými zákonitostmi a postupy, které je možné aplikovat téměř u každého klienta, avšak s přihlédnutím k jeho individuálním zvláštnostem“ (24, s. 343). Do předoperační přípravy patří nejen diagnostika samotného onemocnění, ale i rozpoznání druhotných onemocnění, které by mohli negativně ovlivňovat operační průběh (25). Významnou roli hraje i posouzení celkového stavu pacienta a anamnéza. Rodinná a osobní anamnéza je v urologii velice důležitá z hlediska výskytu předchozích onemocnění, prodělaných operací (zejména pokud jde o urologické výkony), genetických nebo familiárních onemocnění, mezi které patří například karcinomy prostaty, ledvin. Diabetes mellitus může vést k problémům s vyprazdňováním moči a dysfunkci močového měchýře. Podstatné je u pacientů s poruchou renálních funkcí, obstrukcí

horních cest močových či chronickou infekcí močovou údaj o tuberkulóze v anamnéze. Z hlediska rizika infekce se hodnotí kožní hnisavé záněty, další chronická ložiska a proběhlá peritonitida. Lékař také pátrá po dlouhodobé imobilizaci v souvislosti s četnými zlomeninami, po úrazech centrální nervové soustavy a kontuzích ledvin. Významnou roli hraje i alergická anamnéza a nesnášenlivost kontrastních látek (26).

Mezi závažné zjištění patří ztráta hmotnosti o 10% a více, respirační a kardiovaskulární nedostatečnost (6). Účelem předoperační péče je předejít možným komplikacím, které se mohou vyskytovat během výkonu i v pooperačním období (24).

Mezi nejzákladnější vyšetření patří laboratorní vyšetření moče a krve. Pro lékaře jsou významné změny v obsahu produktů metabolismu, které ledviny vylučují a jejich poměr v moči a v plazmě. Před zavedením nefrostomie se provede vyšetření krve na krevní obraz, APTT, INR, Quick, kreatinin. Samozřejmostí je i vyšetření moče a sedimentu, moč na kultivaci a citlivost (8). Mezi zobrazovací vyšetřovací metody zařadíme ultrazvukové vyšetření ledvin a močového měchýře, intravenózní vylučovací urografii, případně CT vyšetření ledvin.

Před založením nefrostomie je důležité, aby se u pacientů s chronickým onemocněním zvažilo, jestli zavést permanentní nebo trvalý vývod. Při zakládání permanentní nefrostomie je nutné, zkontrolovat funkční stav druhé ledviny pomocí ultrazvukového vyšetření (27). Pokud pacient v rámci léčby základního onemocnění užívá antikoagulantia, měl by je po domluvě s lékařem vysadit 10 dní před plánovanou operací.

Pacient by měl být v den operace 6 až 8 hodin lačný. Sestra zkontroluje operační pole. Pokud je nutné místo oholit, oholí místo na sucho. Pacient musí mít sundané šperky, vyjmutou zubní protézu (8).

Psychická příprava pacienta

Psychika nemocného může nepříznivě ovlivnit průběh samotného operačního výkonu. Stres a negativní reakce pacienta mohou vést k úzkosti, plačtivosti, což může vygradovat až v agresivitu pacienta. Proto je důležité s pacientem při příjmu do nemocnice komunikovat a předat mu potřebné informace o operačním výkonu. „*Přístup*

zdravotnického personálu k prožívání klienta by měl být empatický, vstřícný a vlídný. Jako profesionálové bychom měli umět vyjádřit podporu, porozumění a brát maximální ohled na pacientovu důstojnost a soukromí“ (24, s. 343).

Úlohou sestry je zejména uklidnit pacienta a snažit se, aby pacientovi byly zodpovězeny veškeré otázky. Sestra by měla získat důvěru pacienta. Důležité je nebagatelizovat psychický stav pacienta. Psychická příprava spočívá zejména v informovanosti pacienta o samotném onemocnění, možnosti léčby a vyskytujících se komplikacích, charakteristických pro daný operační výkon (28).

Pacientů s nefrostomií se v populaci vyskytuje velmi málo, proto je výhodou, když můžeme pacienta, kterého tento zákrok čeká, seznámit s někým, kdo již má nefrostomii zavedenou. Pacient „čekatel“ si může s touto osobou promluvit a získat cenné a praktické informace o svém budoucím životě se stomií.

Informovaný souhlas

Základním předpokladem vedoucím k přípravě na operační výkon, je podání informací, edukace pacienta a následně podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací, s operačním výkonem a s podáním anestezie – viz. Příloha 2 (29). Pacienta vždy informuje ošetřující lékař a o průběhu operace a možných pooperačních komplikacích informuje přímo operátor.

V současné době se poučení a následné informování pacienta provádí předložením písemného dokumentu, ve kterém jsou všechny potřebné informace obsaženy – viz. Příloha 3 (30). Pacient si pečlivě přečte písemné poučení a svým podpisem potvrzuje, že byl informován o svém onemocnění, o operačním výkonu a o možných komplikacích. Úkolem sestry je zjistit, zda pacient porozuměl všem informacím, které mu byly podány a popřípadě se domluvit s lékařem o upřesnění informací. V případě anestezie navštíví den před operací pacienta anesteziolog a seznámí ho s konkrétním druhem anestezie. Práce anesteziologa zahrnuje i předepsání vhodné premedikace, jejímž účelem je minimalizovat strach a úzkost pacienta, snížit nervovagovou aktivitu, snížit salivaci pacienta a tím usnadnit úvod do anestezie (24).

1.3.2 Průběh výkonu

Dle zvyklosti pracoviště se zákrok provádí na operačním sále nebo na malém zákrokovém sálku, který bývá součástí ambulantního traktu (31).

Sestra připraví sterilní stolek (viz. Příloha 4). Na stolku jsou připraveny sterilní rukavice, sterilní plášť pro operátora, nefrostomický set, šicí souprava, dezinfekce, stříkačka s lokálním anestetikem, sterilní fyziologický roztok k proplachům a sterilní sběrný sáček.

Samotná punkce se provádí po uložení pacienta do polohy na břicho s mírným podložením. Operační stůl musí být vybaven rentgenovým snímačem s C ramenem, které slouží k lokalizaci vhodného místa punkce. Vhodné místo pro punkci je zadní axilární čára pod dvanáctým žebrem. Okolí místa punkce je důkladně dezinfikováno, zarouškováno a místo vpichu je znecitlivěno lokálním anestetikem. Jako lokální anestetikum se nejčastěji používá Mesocain 1%. Lékař provede skalpelem drobný řez do kůže a pomocí ultrazvukové kontroly punktuje tenkou nefrostomickou jehlou ledvinnou pánvičku (13). Přes nefrostomickou jehlu lékař zavede do ledviny vodící drát, pomocí kterého je rozšířen punkční kanál sadou třech dilatátorů. Po vodícím drátě, za stálé rentgenové kontroly, se zavádí nefrostomický drén (8). Po zavedení drénu se drátěný vodič vytáhne a nefrostomii lékař zafixuje minimálně dvěma stehy ke kůži tak, aby se zabránilo vyklouznutí nebo dislokaci katetru. Sterilní uzavřený systém, na který je nefrostomický katetr napojen, zabraňuje ascendentnímu průniku bakterií a následné infekci močových cest (13).

V průběhu zákroku sestra komunikuje s pacientem a ona i lékař mu popisují kroky, které během zákroku provádějí.

1.3.3 Pooperační péče

Pooperační péče je poskytována na jednotkách intenzivní péče nebo na pokoji standardní ošetrovatelské jednotky. Pacient je předán z operačního či zákrokového sálu na standardní ošetrovatelskou jednotku, když je jeho stav plně stabilizovaný. Lůžko

pacienta by mělo být čistě povlečené a mělo by být umístěno tak, aby sestra měla k pacientovi přístup alespoň ze třech stran. V blízkosti pacientova lůžka by měl být k dispozici infuzní stojan a možnost připojení pacienta na kyslíkovou terapii (32). Po návratu pacienta na ošetrovací jednotku, je nutné, posuzovat stav pacienta dle pooperačního záznamu. Pooperační záznam by měl obsahovat čas příchodu pacienta na OJ, hodnocení vitálních funkcí, stupně vědomí, barvy a stavu pokožky, kontrolu krytí operačního pole, podané infuzní roztoky, záznam o drenážích a katétrech, popis polohy pacienta a hodnocení bolesti (33).

Po zavedení nefrostomického drénu se pacient vrací zpět na standardní jednotku. Musí dodržovat relativní klid na lůžku a jsou mu monitorovány základní fyziologické funkce (TK, P, TT). Sestra dle ordinace lékaře aplikuje infuzní terapii. Dále u pacienta sleduje příjem a výdej tekutin a průchodnost zavedeného drénu. Důležitá je i kontrola krvácení v okolí místa vpichu a barvy moče odcházející drénem.

1.3.4 Péče o pacienta po zavedení nefrostomie

Následná péče zahrnuje poskytování zdravotních služeb pacientům, kteří v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení potřebují pravidelnou dispenzarizaci a pomoc druhé osoby. Pacient s nefrostomií je zařazen do databáze urologické ambulance a dochází na pravidelné kontroly každých šest týdnů. V případě výskytu jakýchkoliv známek infekce například zarudnutí v oblasti nefrostomie, změny vzhledu moči, zvýšené tělesné teploty nad 37,7 °C nebo dislokace katetru či uvolnění stehů je nutné, aby pacient navštívil urologickou ambulanci co nejdříve. Role sestry v tomto období spočívá v důkladné edukaci nejen pacienta, ale i rodiny, která úzce spolupracuje se sestrou při ošetrování nefrostomie (34).

Edukace pacienta s nefrostomií

Když je pooperační stav pacienta z hlediska zdravotního, psychického i fyzického stabilní, přistupuje se k podrobnějšímu poučení pacienta a praktickému nácviku, jak správně pečovat o nefrostomii a jak manipulovat se sběrným sáčkem. Ošetřující

personál by měl spolupracovat s rodinou a měl by dbát na důslednou edukaci pacienta (35).

Výraz slova edukace je odvozen z latinského slova educio (vést vpřed, vychovávat). „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (24, s. 343). V rámci akutního stavu pacienta se provádí základní edukace. To znamená, že jsou pacientovi podávány pouze takové informace, které jsou nezbytně nutné. Zpětná vazba ověří, zda pacient rozumí podaným informacím. V pooperačním období se provádí komplexní edukace, kdy jsou pacientovi předávány teoretické i praktické informace, znalosti a dovednosti, které přispívají ke zlepšení zdravotního stavu (36). Cílem zdravotnického personálu je, aby z nemocnice odcházel soběstačný pacient, co se týče péče o nefrostomii. Sestra by měla kontrolovat pacientovu manuální zručnost a vést ho k postupné soběstačnosti při ošetřování nefrostomie. Nejprve pracuje sestra samostatně a ukazuje pacientovi postup, jak správně pečovat o nefrostomii a jak se vyměňuje nefrostomický sáček. Sestra pacienta poučí o správné hygieně a poté ho kontroluje až do té doby, než sám zvládne pečovat o nefrostomii a vyměnit si sběrný sáček. Pacient by měl umět pracovat s ochrannými a čistícími prostředky, jejichž používáním lze efektivně předcházet komplikacím. V rámci edukace je pacientovi doporučováno nosit volné oblečení, které by nezabraňovalo odvádění obsahu nefrostomie do sběrného sáčku. Pacient je edukován o vhodném umístění nefrostomického sáčku v dolní části těla např. pod košili nebo pod kalhoty (35). Pokud je zavedena trvalá nefrostomie, katetr se vyměňuje dle potřeby nejdéle však každé tři měsíce, což může vést k četným komplikacím. Při výměně se vždy provádí ultrazvukové vyšetření obou ledvin. Dočasná nefrostomie je ponechána dle stavu pacienta až do doby, kdy je příčina blokády ledviny vyřešena. Nefrostomie se převazuje dle potřeby pacienta (znečištěný obvaz, uvolnění lepení) – viz. Příloha 5 (8).

Cílem převazu je omezení vzniku potenciální infekce pomocí sterilních pomůcek a aseptického přístupu. Převaz nefrostomie se provádí dle potřeby; pokud je obvaz znečištěný či odlepená náplast. Sestra si připraví potřebné pomůcky, mezi které patří sterilní tampony a sterilní krycí čtverce, sterilní pinzeta a nůžky, náplast, rukavice,

emitní miska, dezinfekce. Sestra si umyje ruce a nasadí si rukavice. Pacient zaujímá polohu vleže na břicho nebo vsedě na kraji lůžka. Po sejmutí starého obvazu sestra nejprve zkontroluje okolí a upevnění nefrostomie, poté benzínem otře okolí nefrostomie a provede dezinfekci v oblasti nefrostomie. Sestra zkontroluje stav pokožky, popřípadě do okolí nefrostomie aplikuje ochranný bariérový sprej, který zabrání maceraci kůže. Mezitím vyjme sterilní čtverce, do poloviny je nastříhne do písmene Y a nefrostomický katetr jimi podloží. Pro efektivnější odvod moči se pod nefrostomický katetr může přiložit sterilní tampon, který zajistí, že katetr úplně nepřilne ke kůži, což by mohlo vést k retenci moči. Poté obvaz zajistí náplastí. Nefrostomický drén odpojujeme od sběrného sáčku co nejméně, abychom udržely uzavřený odvodný systém a tím minimalizovaly riziko vstupu infekce.

Při propuštění do domácí péče je pacient vybaven dostatečným množstvím materiálu, který bude potřebovat k péči o nefrostomii do doby, než si vyzvedne materiál předepsaný na poukaz v lékárně či zdravotnické prodejně. Samozřejmostí je i předání kontaktu, kam a na koho se má pacient či jeho rodina obrátit v případě problémů či nejasností při péči o nefrostomii.

1.4 Život pacienta s nefrostomií

Po zavedení nefrostomie se mění pacientův život a jeho kvalita. V porovnání s jinými druhy stomií však není tato změna tak výrazná. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako „*Individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, ve kterém žijí, životním cílům, očekávání, běžným zvyklostem a obavám*“ (37, s. 1).

Kvalita života může být vnímána v několika rovinách, které spolu úzce souvisí. Patří sem rovina ekonomická, historická, společenská, kulturní a sociální. Obecně lze kvalitu života rozdělit na objektivní a subjektivní oblast. Subjektivní oblast kvality života vyjadřuje vnímání sama sebe ve společnosti a životní spokojenost související s očekáváním, osobními cíli či zájmy. Objektivní oblast se odráží v sociálních,

ekonomických a zdravotních podmínkách, které ovlivňují život jedince. V současnosti jsou zavedeny metody, dle kterých lze posoudit kvalitu života pacienta a jeho zdravotní stav. Tyto metody posuzují dopad léčebných výkonů a onemocnění pacienta po ekonomické i psychologické stránce. Dle zjištěných výsledků se hodnotí kvalita života jedince (38). Člověk pokládá za nejvíce důležité hodnoty úroveň soběstačnosti, schopnosti vykonávat každodenní povinnosti. U pacientů se závažným onemocněním, nejistou prognózou či trvalým poškozením se mění vnitřní prožívání spokojenosti, naplnění a štěstí. Každý člověk vnímá své postižení jinak. Důležité postavení v životě pacienta zaujímá rodina a přátelé, posléze až ošetřující personál a jeho přístup.

Celková kvalita života nefrostomika je úzce spjata se vztahem mezi lékařem a sestrou. Pokud je pacient již od prvopočátku řádně edukován, snižují se jeho obavy a zvyšuje se pravděpodobnost bezproblémové následné ošetrovatelské péče. Je důležité, aby se na edukaci a následném ošetřování podílela rodina. Pokud pacient nebo jeho rodina není natolik soběstačná, aby zvládla péči o nefrostomii, je možné využít služeb komplexní domácí péče. Za normálních okolností nefrostomie nebrání pacientovi vykonávat běžné činnosti (39).

Pacienti s nefrostomií ztrácí svojí absolutní nezávislost a stávají se závislými na lékařské péči. Pacient se musí dostavovat na pravidelné kontroly v urologické ambulanci, což ho může v jistých situacích značně omezovat. Například pokud chce vycestovat do zahraničí, měl by si důkladně naplánovat nejen itinerář celé dovolené v souvislosti s výskytem možných komplikací a vyhledání včasné lékařské pomoci, ale i svůj návrat s ohledem na další ambulantní kontrolu (37).

Po propuštění do domácího prostředí se pomalu může vrátit ke svým zvyklostem, ale musí brát zřetel na přítomnost nefrostomie. Z počátku by se měl pacient vyhnout prudkým pohybům, které by mohly vést k uvolnění stehů. To však není důvod k omezení sportovních aktivit pacienta. Pacient by měl před spaním zaujmout vhodnou polohu, která by nezabraňovala odtoku moči a byla by pro pacienta komfortní.

V sexuální oblasti se životní styl pacienta nemusí razantně změnit. Měl by brát ohled na svou nefrostomii, zejména na možnost dislokace nebo rozpojení

nefrostomického katetru či uvolnění stehů. Z těchto důvodů je důležité, aby si pacient pokaždé vyprázdnil nefrostomický sáček a zkontroloval upevnění nefrostomie (40).

Pacientům s nefrostomií není doporučováno koupání, nýbrž pouze sprchování, které zabraňuje vzniku infekce. Pokud dojde k namočení krytí v oblasti nefrostomie, je vhodné provést sterilní převaz (41).

Většina nemocných si na stomii postupně zvykne, ale někteří pacienti se často stydí za své tělo, nechťejí stomii ošetřovat a odmítají se účastnit léčby. Je velice důležité, aby se pacienti se svými pocity, problémy a obavami svěřovali nejen svým blízkým, ale i lékaři či sestře, kteří pacientovi mohou pomoci zajistit odbornou péči např. konzultací s psychologem (37).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, zda sestry umí ošetřovat pacienta s nefrostomií

C2: Zjistit, zda je pacient omezen v souvislosti se zavedenou nefrostomií

C3: Zjistit, zda pacient umí pečovat o nefrostomii

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry neumějí ošetřovat pacienta s nefrostomií

H2: Pacienti umí v domácím prostředí pečovat o nefrostomii

H3: Nefrostomie omezuje pacienty v každodenním životě

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Ke sběru dat bylo použito kvantitativní výzkumné šetření pro soubor pacientů a všeobecných sester. Cílovou skupinou pro dotazníkový sběr dat byly sestry chirurgického oddělení, interního oddělení a oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a. s. Druhou cílovou skupinou dotazníkového šetření byly ambulantní či hospitalizovaní pacienti v Nemocnici České Budějovice, a.s., kteří mají založenou nefrostomii. Ke sběru dat od sester byla použita metoda kvantitativního sběru dat pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 23 otázek, z toho 12 otázek bylo polouzavřených, 11 otázek bylo uzavřených a u 7 otázek mohl respondent označit více odpovědí. V rámci kvantitativního šetření byly dotazníky rozdány pacientům Nemocnice České Budějovice, a.s. Dotazník obsahoval 25 otázek, z toho 15 otázek bylo uzavřených, 9 otázek polouzavřených, 1 otázka otevřená a u 3 otázek mohl pacient označit více odpovědí. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

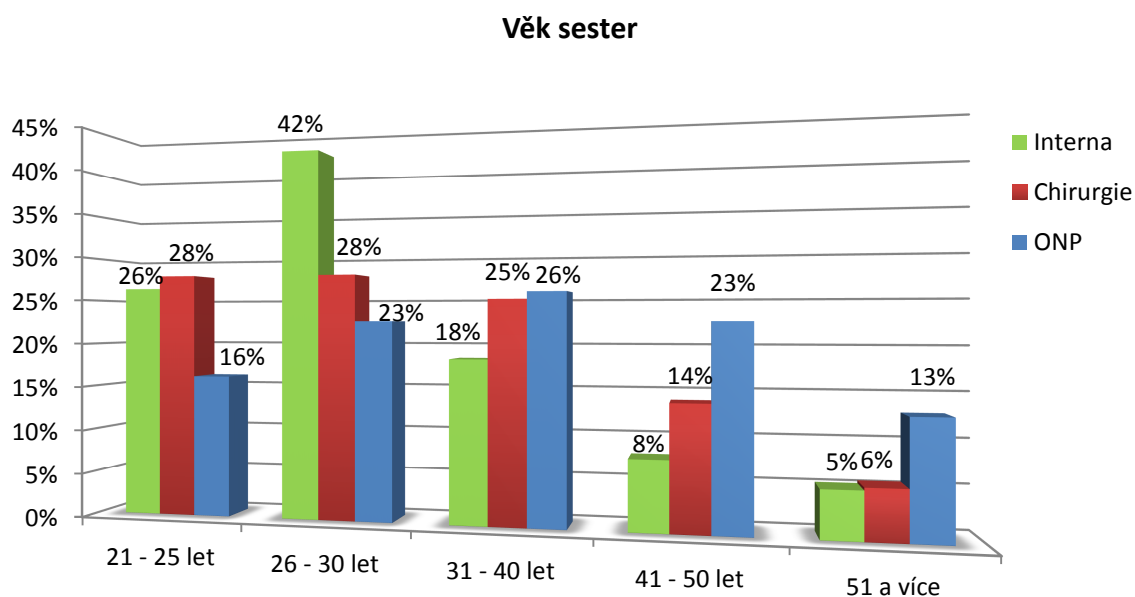
První výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgickém, interním oddělení a na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestrám bylo celkem rozdáno 120 dotazníků, na každé oddělení 40 dotazníků. Z celkového počtu 120 dotazníků se nevrátilo 11 dotazníků a 4 dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů. Ke konečnému zpracování bylo použito 105 dotazníků, toho 31 dotazníků bylo z oddělení následné péče, 36 dotazníků z chirurgického oddělení a 38 dotazníků z interního oddělení. Výsledky výzkumného šetření sester jednotlivých oddělení jsou znázorněny pomocí grafů. Interní oddělení je znázorněné zelenou barvou, chirurgické oddělení barvou červenou a oddělení následné péče je znázorněné modrou barvou v grafu.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti Nemocnice České Budějovice, a.s. Těmto pacientům byla založena buď dočasná nebo trvalá nefrostomie. Od prosince 2013 do března 2014 byly pacientům rozdány dotazníky. Vzhledem k tomu, že pacientů s nefrostomií není příliš mnoho, bylo rozdáno celkem 70 dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich 10 nevrátilo a 5 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. K výzkumnému šetření bylo použito 55 dotazníků od pacientů. Výsledky výzkumného šetření pacientů jsou znázorněny v grafech.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvantitativního šetření sestry (viz. Příloha 6)

Graf S1 Věk sester na jednotlivých odděleních (graf k otázce č. 1)

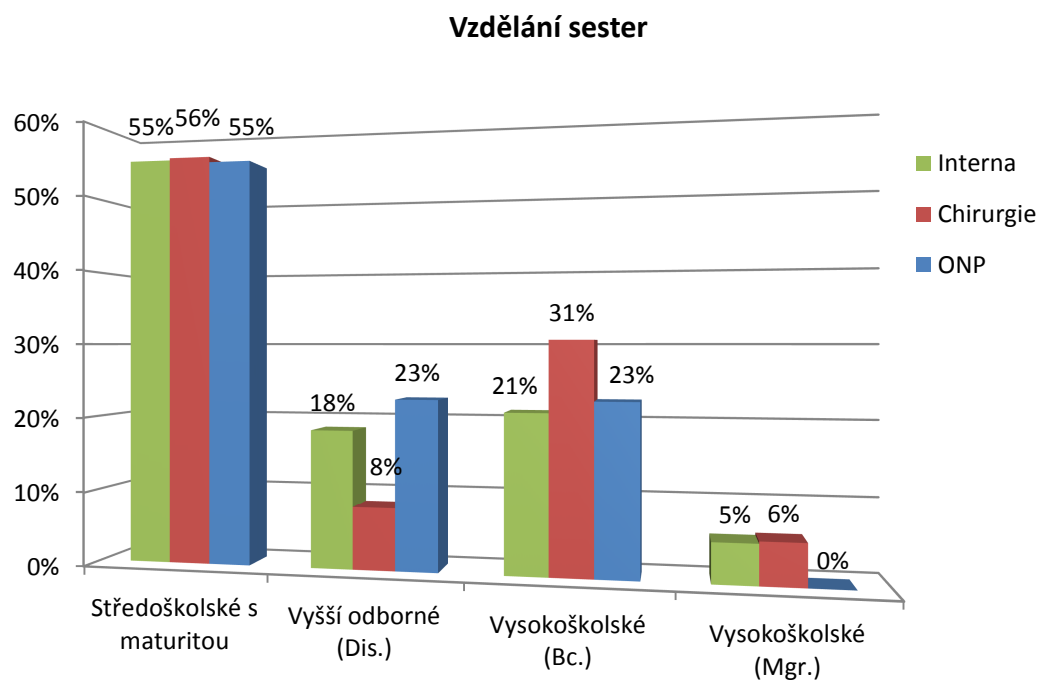


Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester se průměrný věk pohybuje v rozmezí 26-30 let u 16 sester (42%), 10 (26%) ve věku 21-25 let, 7 (18%) ve věkovém rozmezí 31-40 let, ve věkovém rozmezí 41-50 let se pohybují 3 (8%) sestry a sestry nad 51 let jsou 2 (5%).

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester je nejčastěji udáván věk v rozmezí 21-25 let a 26-30 let, současně tak 10 sester (28%), 9 (25%) bylo ve věku 31-40 let, 5 (14%) sester bylo ve věku 41-50 let a 2 (5%) sestry se nacházely ve věku 51 a více.

Na oddělení následné péče z celkového počtu 31 (100%) sester se věkové rozmezí pohybovalo mezi 31-40 lety u 8 (26%) sester, 7 (23%) sester ve věku 26-30 let a 41-50 let, 5 (16%) věk 21-25 let a věkové rozmezí 51 a více let u 4 (13%) sester.

Graf S2 Vzdělání sester (graf k otázce č. 2)

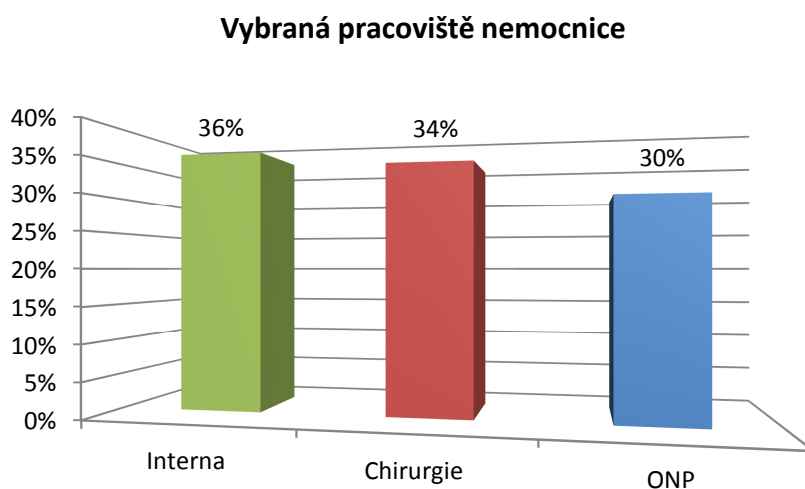


Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester mělo středoškolské vzdělání 55% sester, 18% vyšší odborné vzdělání, 21% VŠ s titulem Bc. a 5% sester VŠ s titulem Mgr.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) bylo 56% středoškolsky vzdělaných, 8% mělo vyšší odborné vzdělání, 31% VŠ - Bc. a 6% sester VŠ - Mgr.

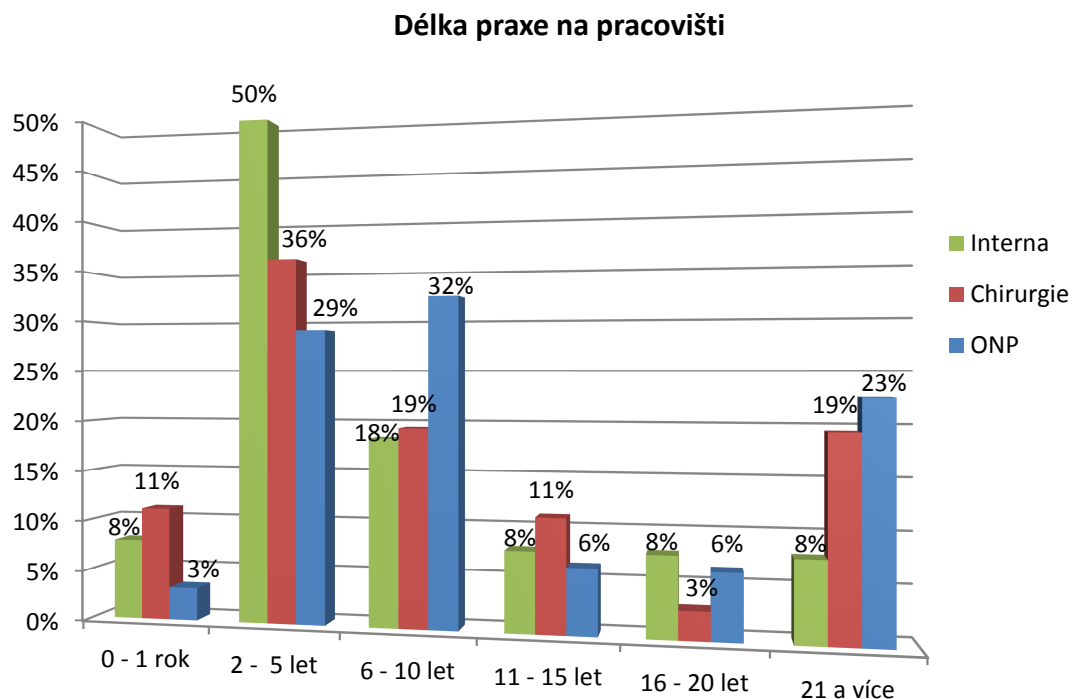
Na oddělení následné péče z celkového počtu 31 sester (100%) bylo 55 % sester středoškolsky vzdělaných, 23 % sester současně udávalo vyšší odborné vzdělání a VŠ – Bc. a 0% VŠ - Mgr.

Graf S3 Vybraná pracoviště nemocnice (graf k otázce č. 3)



Graf S3 znázorňuje procentuální zobrazení dotazovaných sester na vybraných odděleních. Ze 120 dotazníků, které byly rozdány na každé oddělení po 40 kusech, dotazník vyplnilo 38 (36%) sester interního oddělení, 36 (34%) sester chirurgického oddělení a 31 (30%) sester z ONP.

Graf S4 Délka praxe na pracovišti (graf k otázce č. 4)

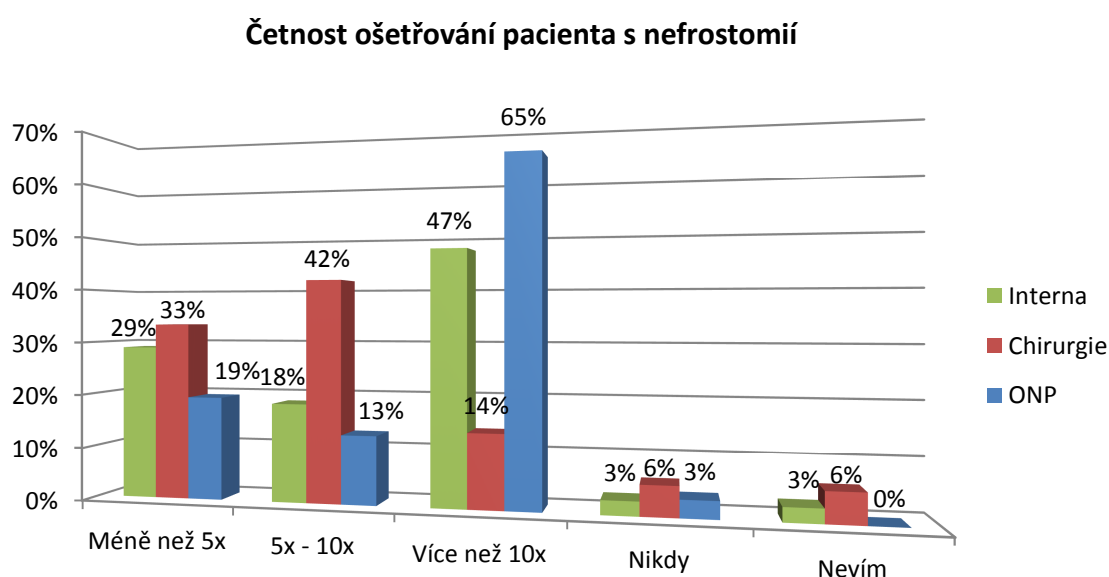


Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester byla nejčastější délka praxe 2-5 let u 50% sester, 18% sester 6-10 let, 0-1 rok délky u 8% sester, u 8% délka praxe 11-15 let, 16-20 let i 21 let a více.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester se pohybovala délka praxe v rozmezí 2-5 let u 36% sester, 19% sester v rozmezí 6-10let a 21 let a více, u 11% sester délka praxe 0-1 rok a 11-15 let, 3% sester 16-20 let.

Na oddělení následné péče z celkového počtu 31 (100%) sester 32% sester 6-10 let délka praxe na pracovišti, 29% sester praxe 2-5 let, praxe 21 a více let 23% sester, rozmezí 11-15 let a 16-20 let zaškrtnulo 6% sester. Nejméně (3%) označilo v rozmezí 0-1 rok.

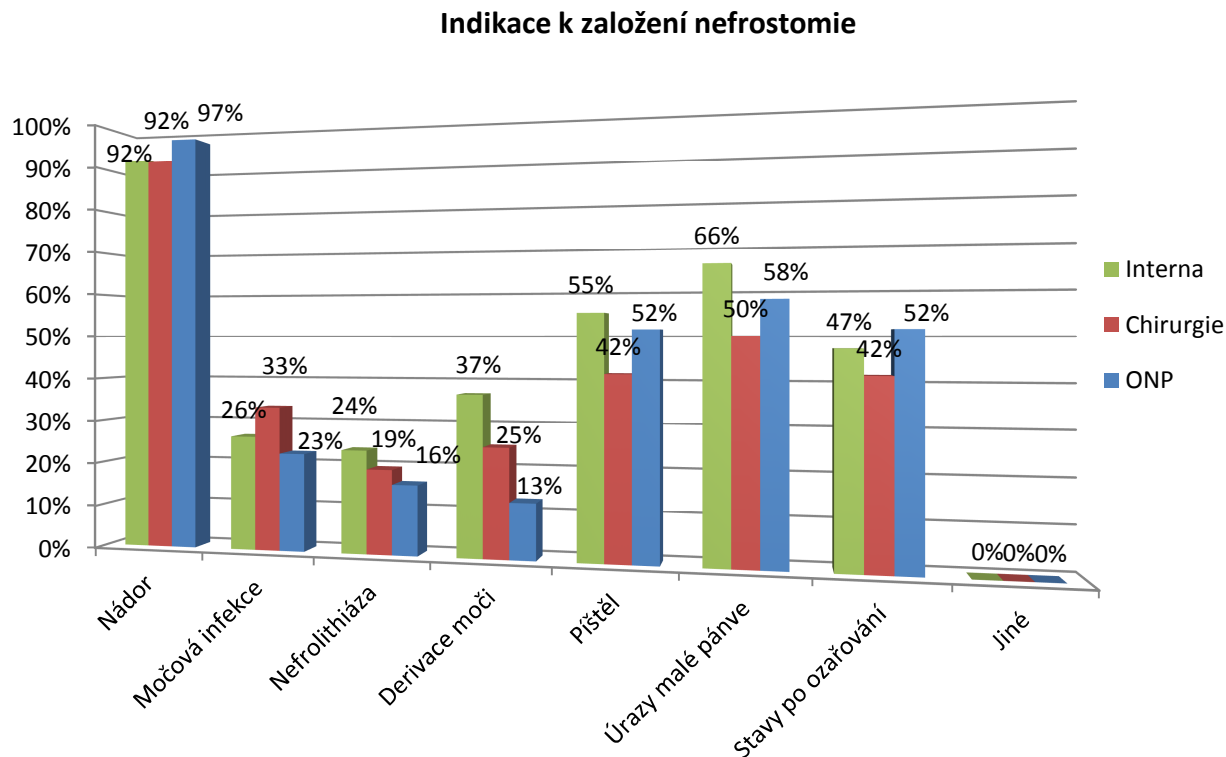
Graf S5 Četnost ošetřování pacienta s nefrostomií (graf k otázce č. 5)



Z celkového počtu 105 sester ošetřovaly pacienta s nefrostomií více než 10 krát 65% sester pracujících na ONP a 47% sester pracujících na interním oddělení. 42% sester pracujících na chirurgickém oddělení ošetřovalo pacienta s nefrostomií 5x-10x. Možnost nevím a nikdy nejčastěji označily sestry z chirurgického oddělení (6%).

Graf S6 Nejčastější indikace k založení nefrostomie (graf k otázce č. 6)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



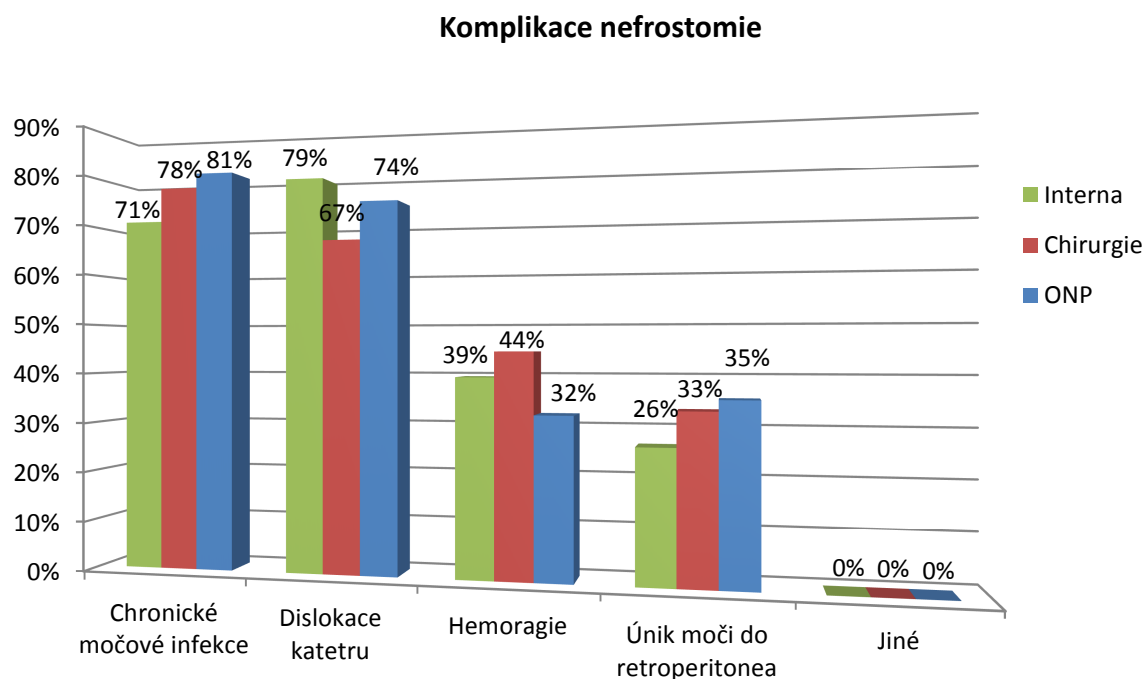
Na interním oddělení byla označena nejčastější odpověď nádor – 35 odpovědí, úrazy malé pánve – 25 odpovědí, píštěl – 21 odpovědí, stavy po ozařování – 18 odpovědí, derivace moči – 14 odpovědí, močové infekce – 9 odpovědí a nejméně možnost nefrolitiáza – 9 odpovědí.

Na chirurgickém oddělení byla nejvyšší četnost zaznamenána u možnosti nádor – 33 odpovědí, úrazy malé pánve – 18 odpovědí, stavy po ozařování a píštěl po 15 odpovědích. Močová infekce zaznamenala 12 odpovědí, derivace moči 9 odpovědí a nefrolitiáza 7 odpovědí.

Na ONP největší četnost zaznamenala možnost nádor – 30 odpovědí, úrazy malé pánve – 18 odpovědí, stavy po ozařování a píštěl po 16 odpovědích, močová infekce – 7 odpovědí, nefrolitiáza 5 odpovědí a nejméně derivace moči – 4 odpovědi.

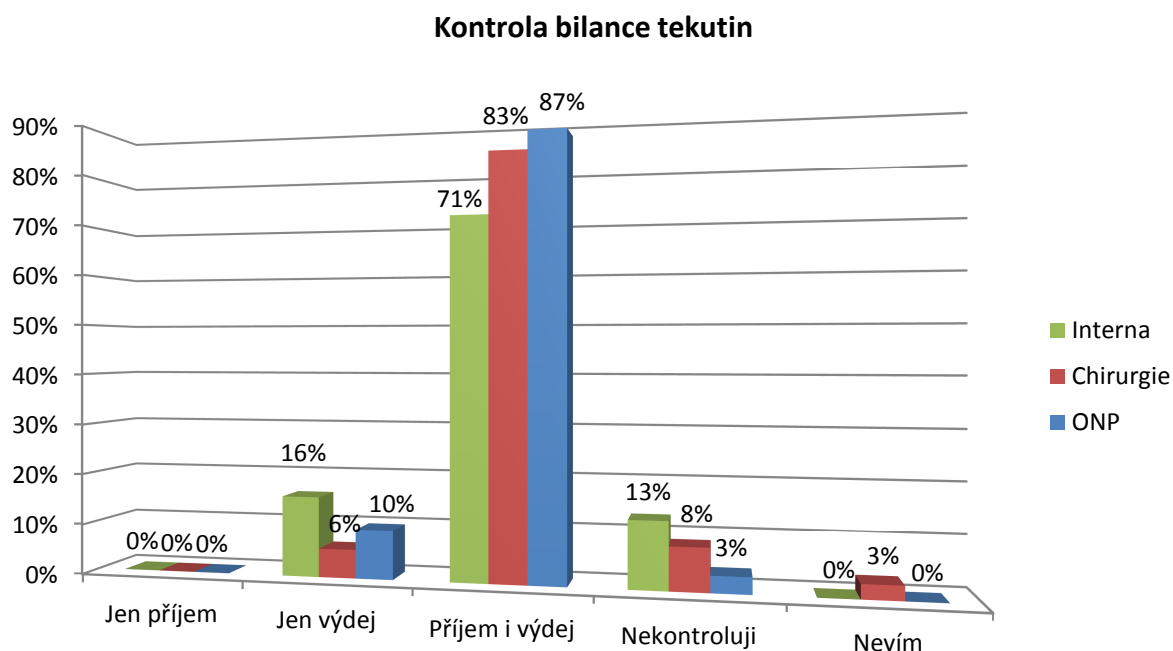
Graf S7 Nejčastější komplikace nefrostomie (graf k otázce č. 7)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



Z grafu S7 je patrné, že nejčastěji označovanou možností u každého oddělení byla možnost chronické močové infekce – 80 odpovědí, dislokace katetru – 77 odpovědí a hemoragie – 41 odpovědí. Nejméně označenou možností byl únik moči do retroperitonea – 33 odpovědí. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Graf S8 Kontrola bilance tekutin (graf k otázce č. 8)

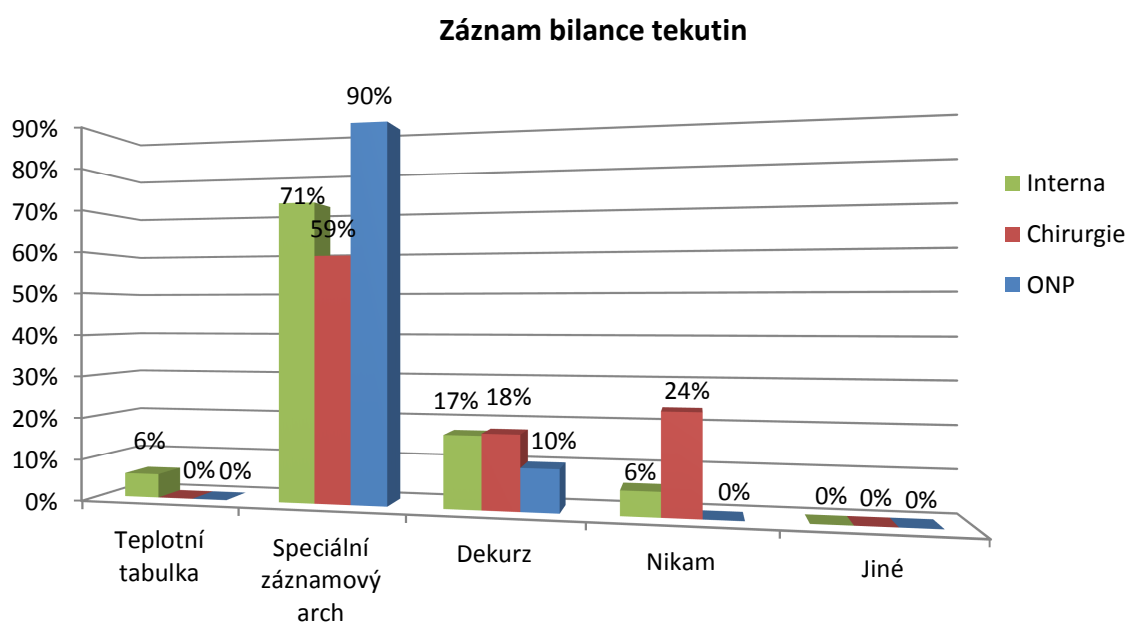


Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester 27 (71%) kontroluje příjem i výdej tekutin, 6 (16%) jen výdej tekutin, příjem ani výdej tekutin nekontroluje 5 (13%) sester. Odpověď nevím nezvolila žádná sestra tohoto oddělení.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester 30 (83%) kontroluje příjem i výdej tekutin, 3 (8%) nekontrolují bilanci tekutin vůbec, 2 (6%) sestry sledují jen výdej tekutin a 1 (3%) sestra označila odpověď nevím.

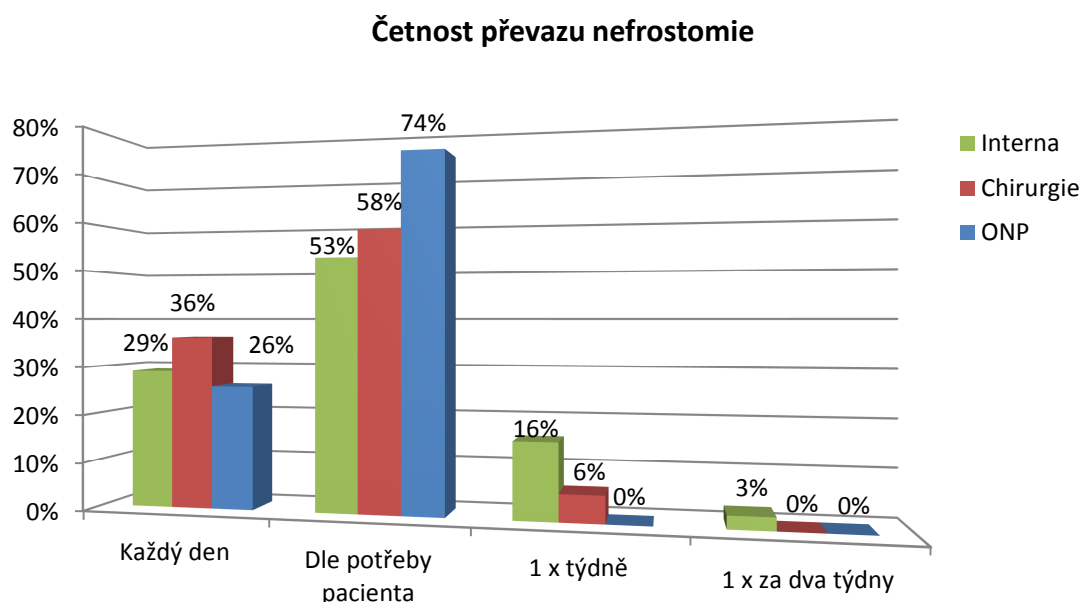
Na ONP z celkového počtu 31 (100%) sester, 27 (87%) sester sledují příjem i výdej tekutin, 3 (10%) sester sleduje jen výdej tekutin a 1 (3%) sestra nekontroluje bilanci tekutin. Možnost nevím nezvolila žádná sestra.

Graf S9 Záznam bilance tekutin (graf k otázce č. 9)



Z celkového počtu 105 sester používá pro zápis bilance tekutin speciální záznamový arch 27 (90%) sester z ONP, 25 (59%) sester z interního oddělení a 20 (59%) sester z chirurgického oddělení. Do teplotní tabulky bilanci tekutin zaznamenávají 2 (6%) sestry z interního oddělení. 8 (24%) sester pracujících na chirurgickém oddělení nezaznamenává bilanci tekutin nikam.

Graf S10 Četnost převazu nefrostomie (graf k otázce č. 10)



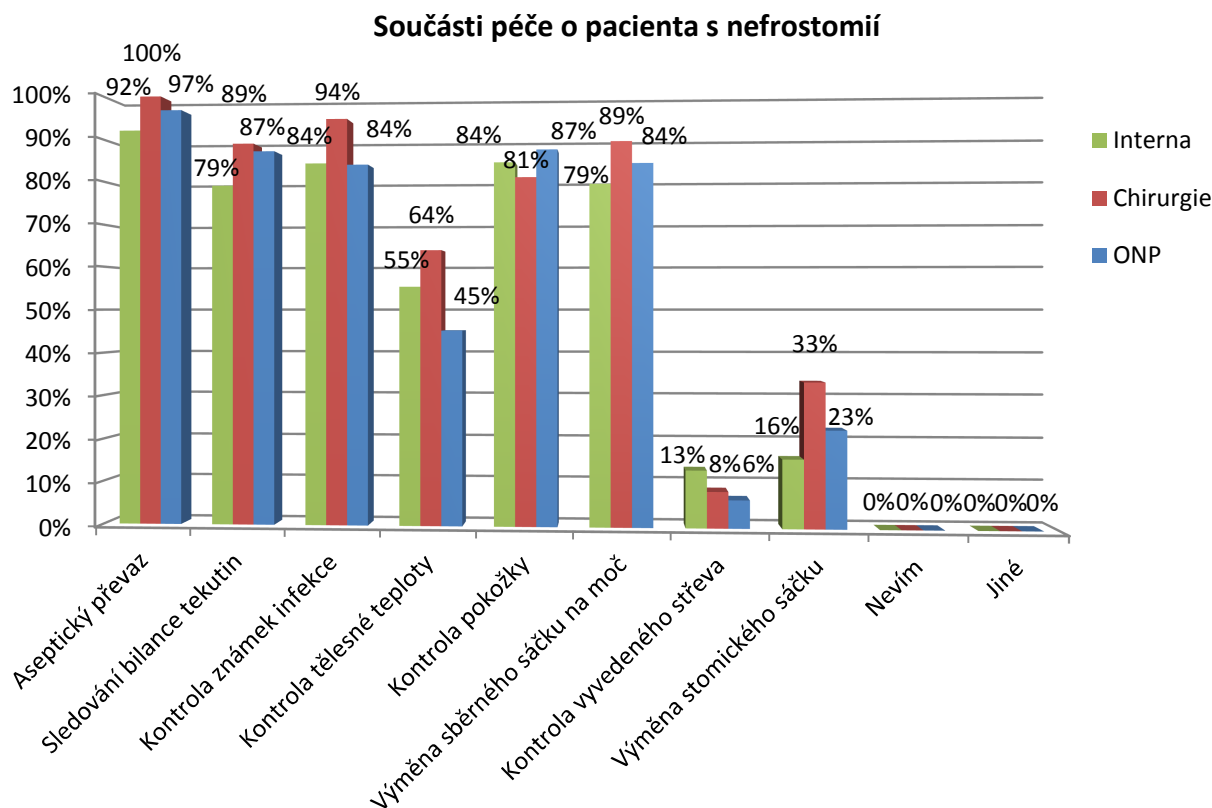
Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester provádí převaz nefrostomie dle potřeby pacienta 20 (53%) sester, 11 (29%) sester převazuje každý den, 1x týdně zvolilo 6 (16%) sester a 1 (3%) sestra převazuje nefrostomii 1x za dva týdny.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester převazuje nefrostomii dle potřeby pacienta 21 (28%) sester, 13 (36%) provádí převaz každý den, 2 (6%) sestry 1x týdně. Možnost 1x za dva týdny neoznačila žádná sestra.

Na ONP z celkového počtu 31 (100%) sester, 23 (74%) sester převazuje nefrostomii dle potřeby pacienta, 8 (26%) provádí převaz nefrostomie každý den, možnost 1x týdně a 1x za dva týdny neoznačila žádná sestra.

Graf S11 Součásti péče pacienta s nefrostomií (graf k otázce č. 11)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

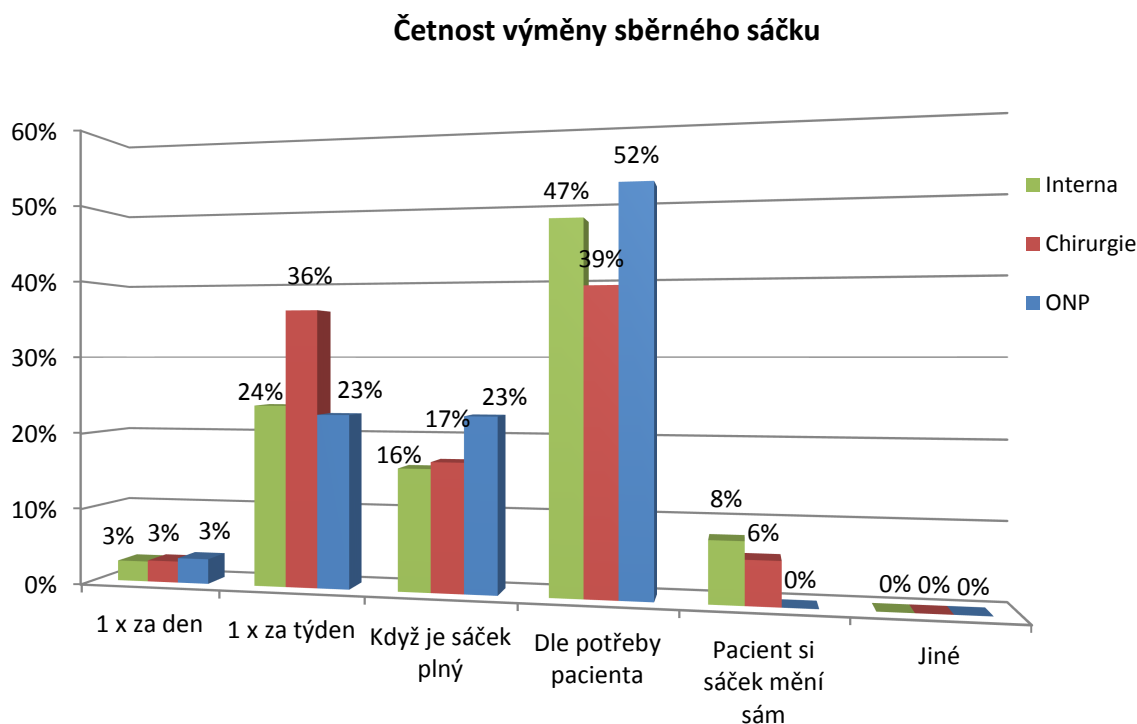


Graf S11 znázorňuje součásti péče o pacienta s nefrostomií. Nejčastěji označovanou možností byl aseptický převaz - celkem 101 odpovědí (z chirurgického oddělení 36 odpovědí, z interního 35 a z ONP 30 odpovědí), kontrola známek infekce nejčastěji označily sestry z chirurgického oddělení – 34 odpovědí, z interního oddělení – 32 odpovědí a ONP - 26 odpovědí. Odpověď sledování bilance tekutin byla označena z interního oddělení 30 krát, z chirurgického oddělení 32 krát a z ONP 27 krát, odpověď kontrola pokožky 32 krát u sester z interního oddělení, 29 krát z chirurgického oddělení a 27 krát z ONP. Možnost výměny sběrného sáčku na moč byla odpovězena 30 krát z interního oddělení, 32 krát z chirurgického oddělení a z ONP 26 krát.

Odpověď kontrola vyvedeného střeva zaznamenala 5 odpovědí u sester z interního oddělení, 3 odpovědi z chirurgického oddělení a 2 odpovědi z ONP. Odpověď výměna

stomického sáčku byla označena 6 krát z interního, 12 krát z chirurgického oddělení a 7 krát z ONP. Zbylé odpovědi nevím a jiné neoznačil ani jeden respondent.

Graf S12 Četnost výměny sběrného sáčku (graf k otázce č. 12)



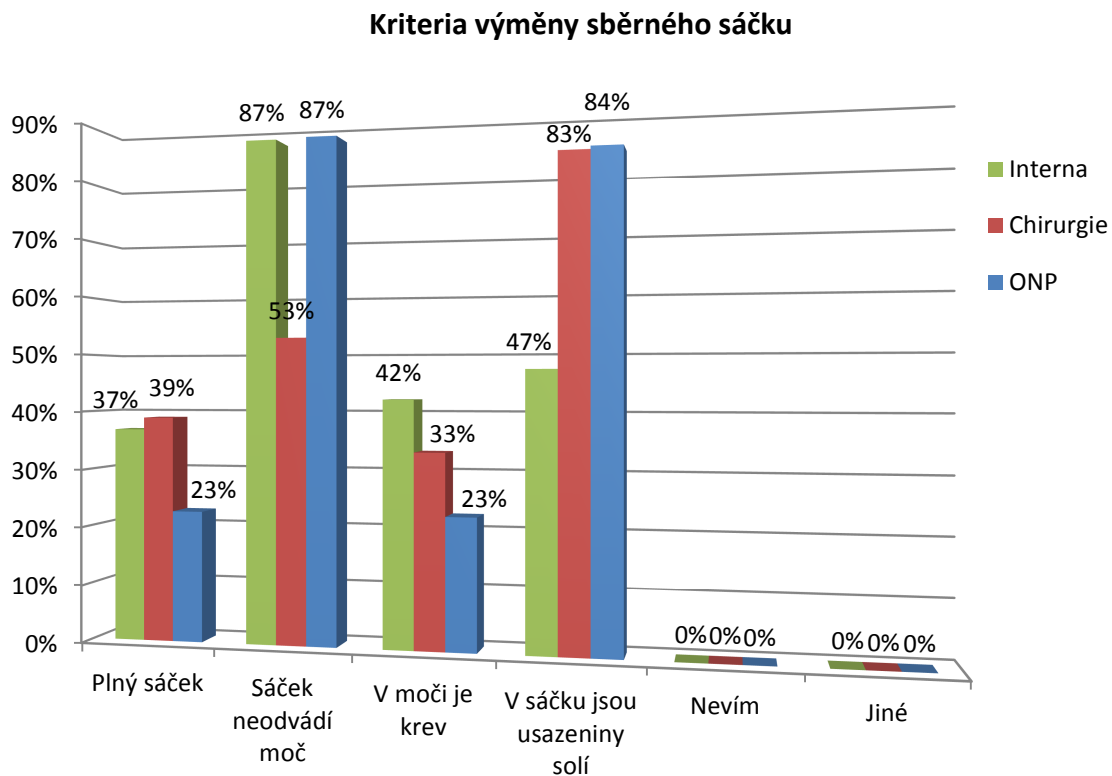
Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester 18 (47%) provádí výměnu sběrného sáčku dle potřeby pacienta, 9 (24%) vyměňuje sáček 1x za týden, 6 (16%) pokud je sáček plný, odpověď pacient si sáček mění sám 3 (8%) sestry, 1x za den vyměňuje sáček 1 (3%) sestra.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester 14 (39%) provádí výměnu sběrného sáčku dle potřeby pacienta, 13 (36%) vyměňují 1x za týden, 6 (17%) vyměňuje sběrný sáček, když je plný, 2 (6%) uvedly, že sběrný sáček si pacient mění sám a 1 (3%) sestra označila četnost výměny sběrného sáčku 1x za den.

Na oddělení ONP z celkového počtu 31 (100%) sester 16 (52%) provádí výměnu sběrného sáčku dle potřeby pacienta. 7 (23%) sester uvedlo, že výměnu sběrného sáčku provádí, když je sáček plný nebo v intervalu 1x za týden. Možnost 1x za den označila pouze 1 (3%) sestra. Opověď pacient si sáček mění sám neoznačila žádná sestra.

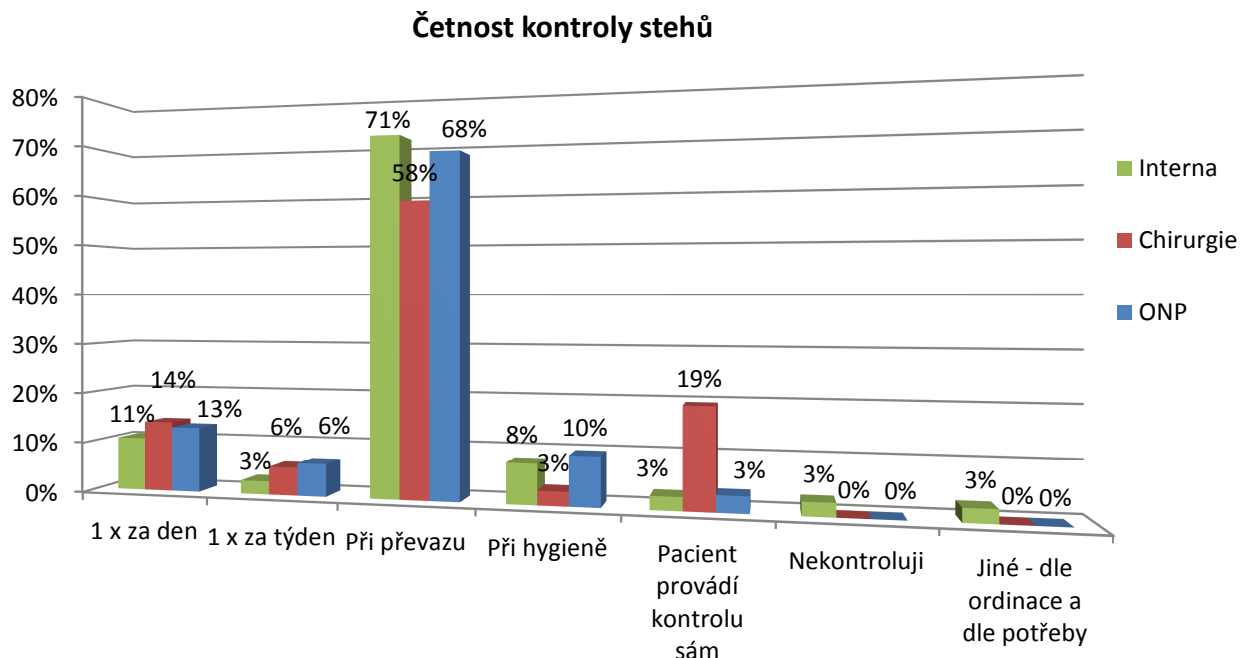
Graf S13 Kritéria výměny sběrného sáčku (graf k otázce č. 13)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



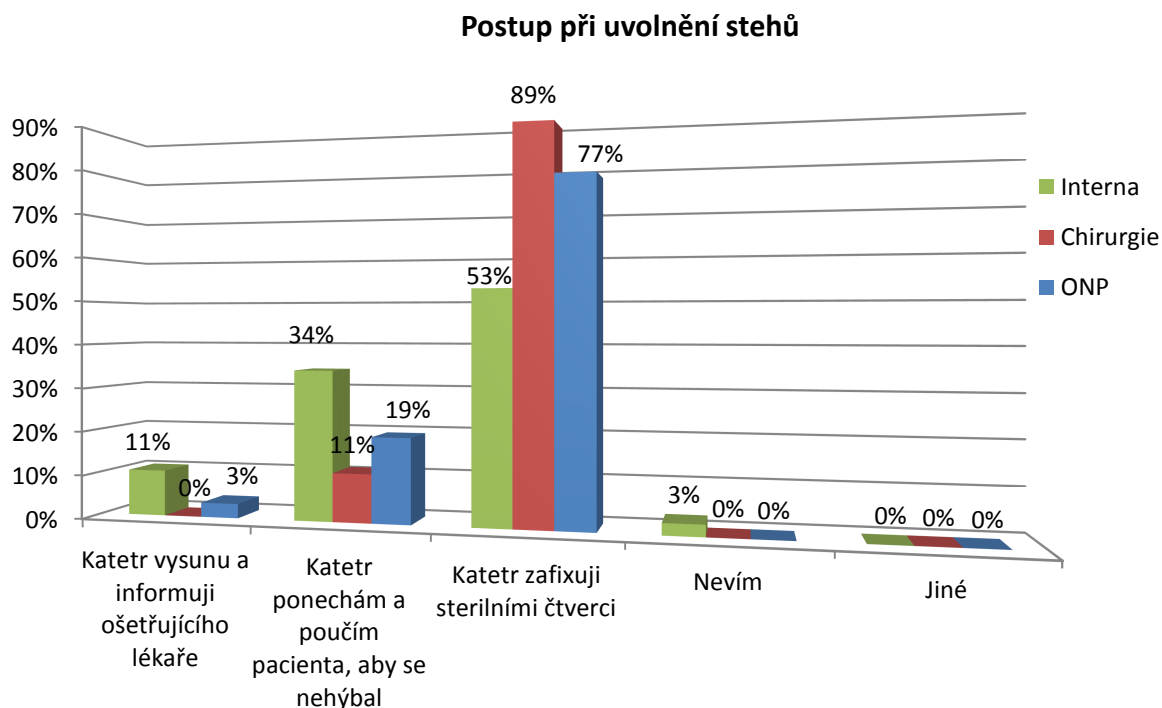
Graf S13 popisuje kritéria, podle kterého sestry usuzují, v jakém případě by se měl sběrný sáček vyměnit. 33 sester z interního oddělení, 27 sester z ONP a 19 sester chirurgického oddělení odpovědělo, že by se měl sběrný sáček vyměnit, pokud neodvádí moč. Vysokou četnost odpovědí má možnost v sáčku jsou usazeniny solí. Tuto odpověď označilo 30 sester chirurgického, 18 interního oddělení a 7 sester ONP. Odpověď nevím a jiné neoznačila žádná sestra.

Graf S14 Četnost kontroly stehů (graf k otázce č. 14)



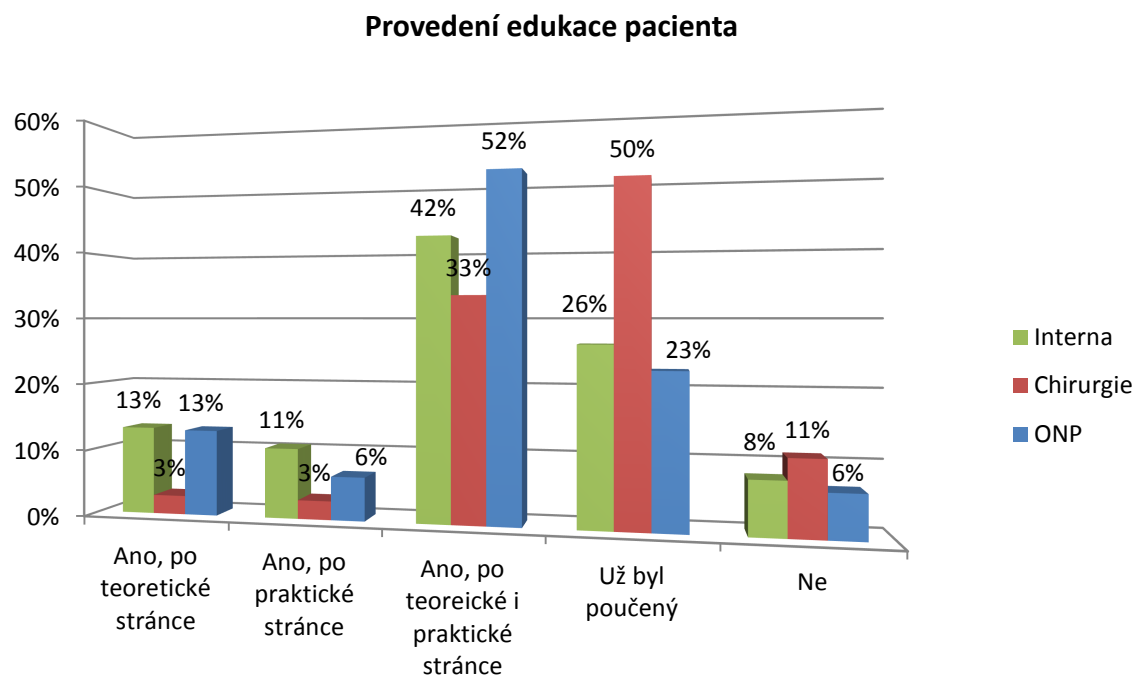
Z grafu S 14 se patrné, že více než polovina sester na všech odděleních kontroluje stehy při každém převazu nefrostomie, na interním oddělení 27 (71%), na chirurgickém 21 (58%) a na ONP 21 (68%) sester. 7 (19%) sester uvedlo, že pacient si kontroloval stehy sám. Tuto možnost označila 1 (3%) sestra z chirurgického oddělení a ONP. 1 (3%) sestra z interního oddělení stehy nekontroluje a 1 (3%) sestra kontrolu provádí podle ordinace a potřeby.

Graf S15 Četnost kontroly stehů (graf k otázce č. 15)



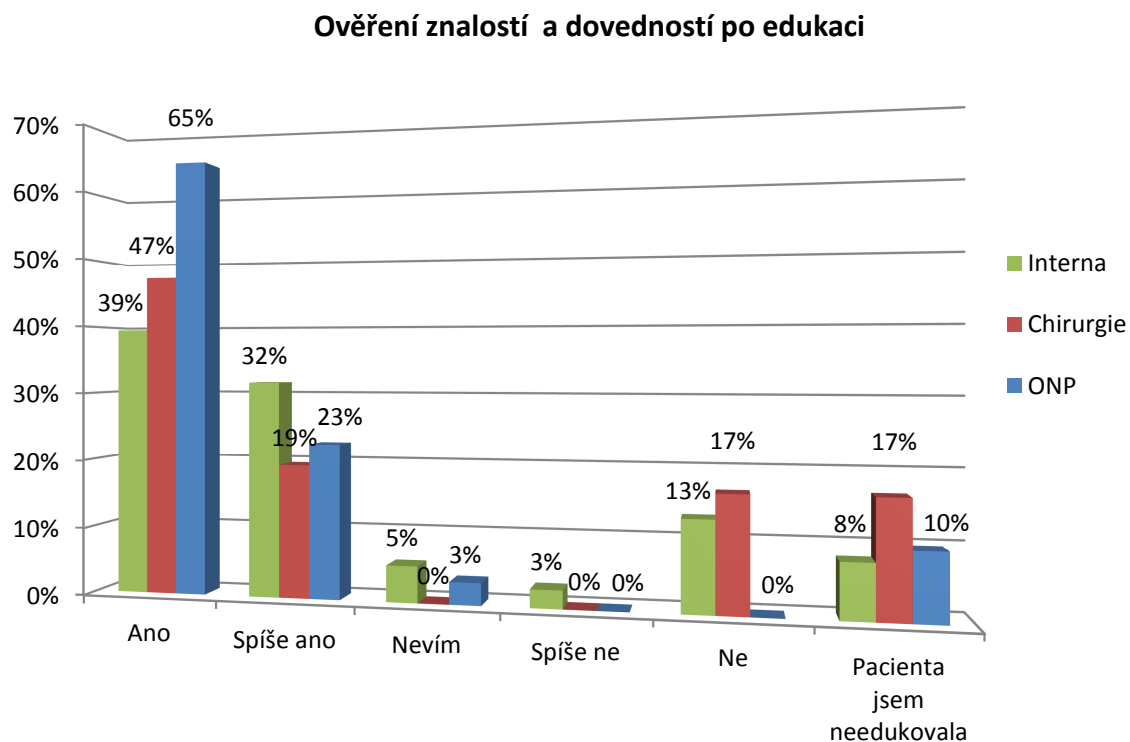
Graf S 15 ukazuje, že více než polovina sester každého oddělení, by při uvolnění stehů katetr zafixovala sterilními čtverci. Tuto odpověď označilo z interního oddělení 20 (53%) sester, z chirurgického oddělení 32 (89%) sester a z ONP 24 (77%) sester. Jako druhá nejčastěji označovaná odpověď byla, katetr ponechám a poučím pacienta, aby se nehýbal. Tuto odpověď označilo z interního oddělení 13 (34%) sester, z chirurgického oddělení 4 (11%) sestry a z ONP 6 (19%) sester. Vysunutí katetru a informování lékaře zvolily z interního oddělení 4 (11%) sestry a z ONP 1 (3%) sestra, z chirurgického oddělení tuto odpověď neoznačila žádná sestra. Možnost nevím označila 1 (3%) sestra a možnost jiné neoznačil nikdo.

Graf S16 Provedení edukace pacienta (graf k otázce č. 16)



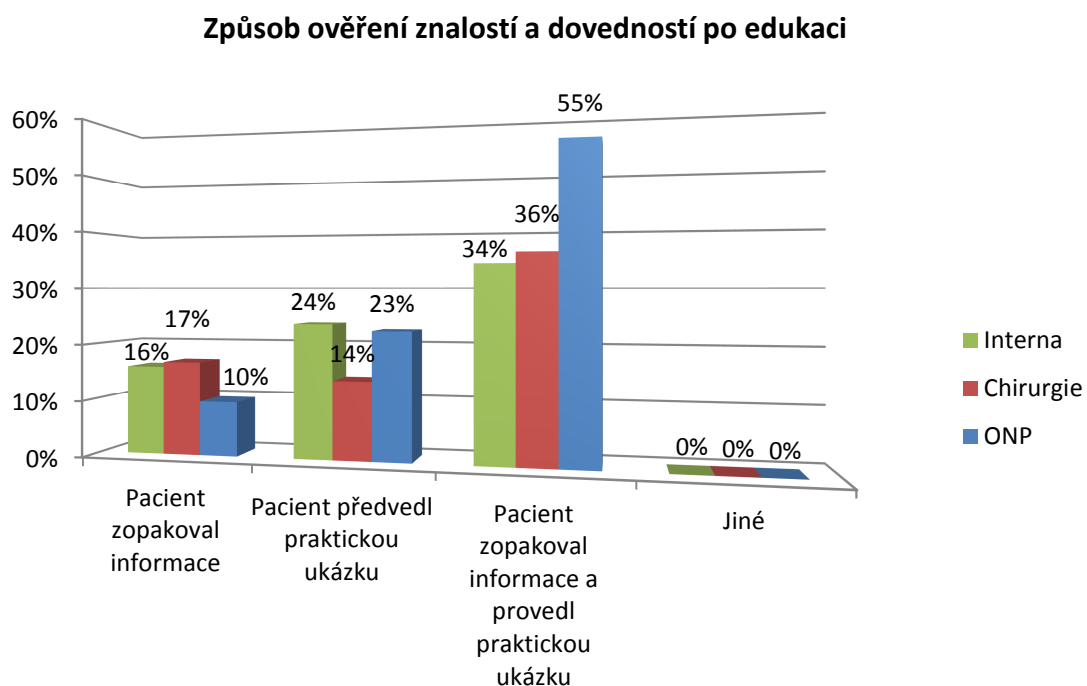
Z celkového počtu 105 sester uvedlo provedení edukace po teoretické i praktické stránce 16 (42%) sester z interního oddělení a 16 (52%) sester z ONP. 18 (50%) sester z chirurgického oddělení uvedly, že pacient už poučený byl. Edukaci neprovedly 4 (11%) sestry z chirurgického oddělení, 3 (8%) z interního oddělení a 2 (6%) z ONP.

Graf S17 Ověření znalostí a dovedností po edukaci (graf k otázce č. 17)



Z celkového počtu 105 sester provádí ověření znalostí a dovedností po edukaci pacienta 20 (65%) sester z ONP, 17 (47%) z chirurgického a 15 (39%) sester z interního oddělení. Možnost spíše ano byla označena u 12 (32%) sester interního oddělení, 7 (19%) chirurgického oddělení a u 7 (23%) sester ONP. Ověření znalostí a dovedností neprovedlo 6 (17%) sester z chirurgického a 5 (13%) z interního oddělení.

Graf S18 Způsob ověření znalostí a dovedností po edukaci (graf k otázce č. 18)



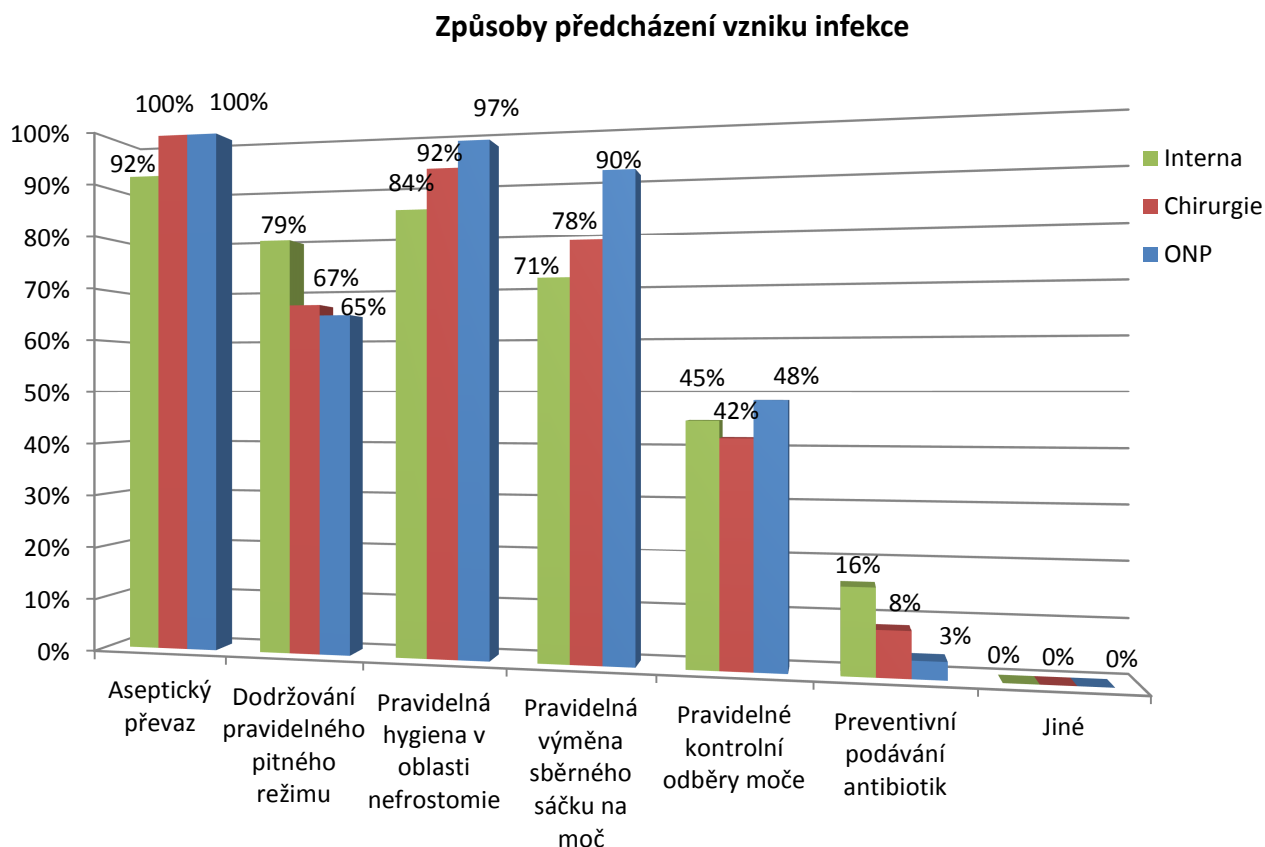
Na interním oddělení z celkového počtu 38 (100%) sester 13 (34%) uvedlo, že pacient zopakoval informace a provedl praktickou ukázkou. 9 (24%) odpovědělo, že pacient pouze předvedl praktickou ukázkou a 6 (16%) sestrám zopakoval informace, které se dozvěděl.

Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 36 (100%) sester 13 (36%) uvedlo, že pacient zopakoval informace a provedl praktickou ukázkou. 6 (17%) sestrám pacient zopakoval informace a 5 (14%) sestrám pacient předvedl praktickou ukázkou.

Na ONP z celkového počtu 31 (100%) sester 17 (55%) sester uvedlo, že pacient zopakoval informace a prakticky ukázal ošetřování. 7 (23%) sester odpovědělo, že pacient předvedl jen praktickou ukázkou a 3 (10%) sestrám zopakoval informace.

Graf S19 Způsoby předcházení vzniku infekce (graf k otázce č. 19)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

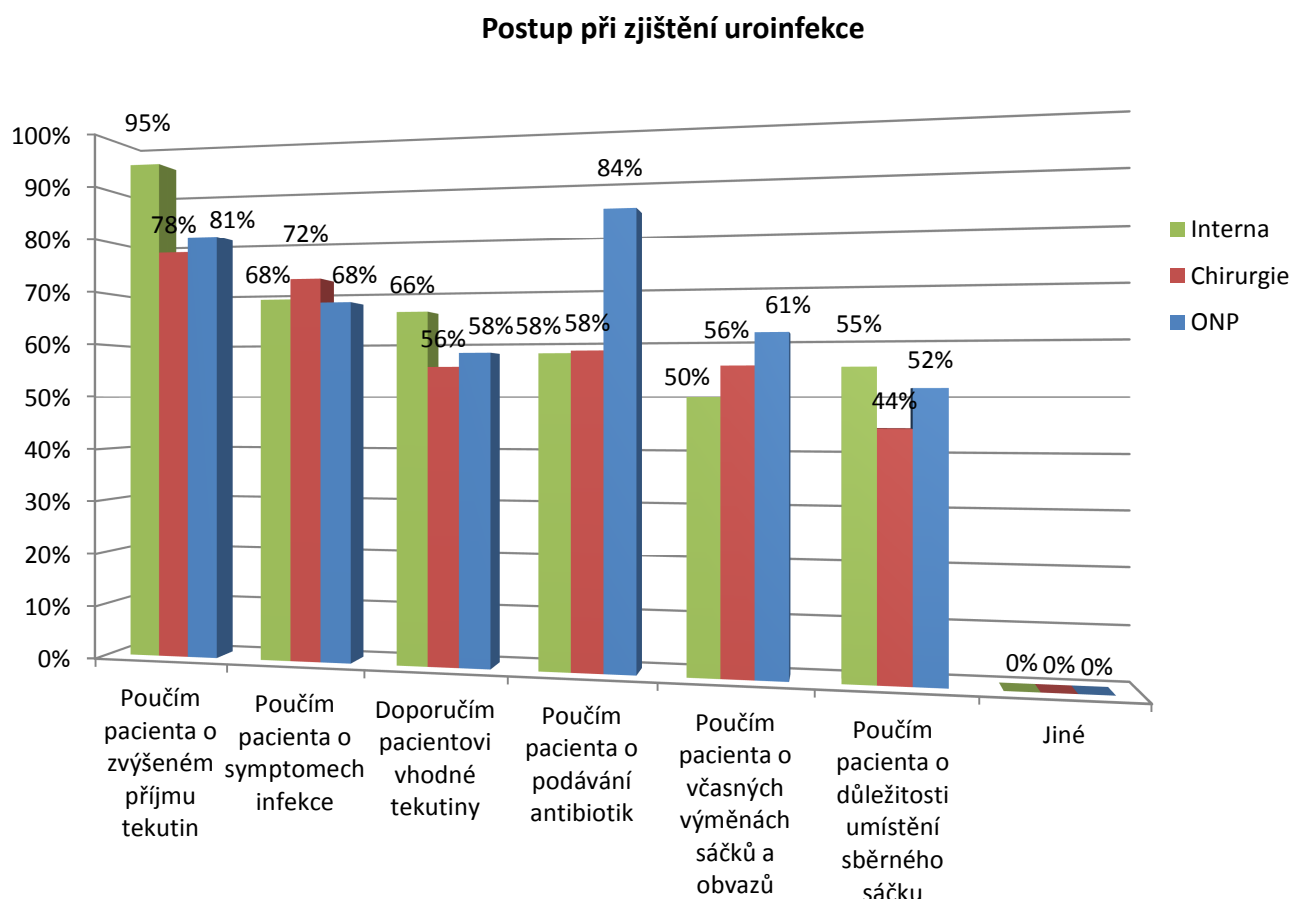


Graf S18 popisuje způsoby sester v předcházení vzniku infekce u pacienta s nefrostomií. Nejvyšší četnost měla možnost aseptický převaz, kterou označilo 36 sester z chirurgického oddělení a 31 sester z ONP. Interní oddělení mělo zastoupení v 35 sestrách. Odpověď pravidelná hygiena v oblasti nefrostomie byla označena jako druhá nejčastější, z ONP 30 sester, z chirurgického oddělení 33 sester a z interního oddělení 32 sester. Pravidelnou výměnu sběrného sáčku označilo 28 sester ONP, 28 sester z chirurgického a 27 z interního oddělení. Nejnižší četnost měla odpověď

preventivní podávání antibiotik, která byla zvolena 6 sester z interního oddělení, 3 sester z chirurgického oddělení a u 1 sestry z ONP. Možnost jiné nikdo neoznačil.

Graf S20 Postup při zjištění uroinfekce (graf k otázce č. 20)

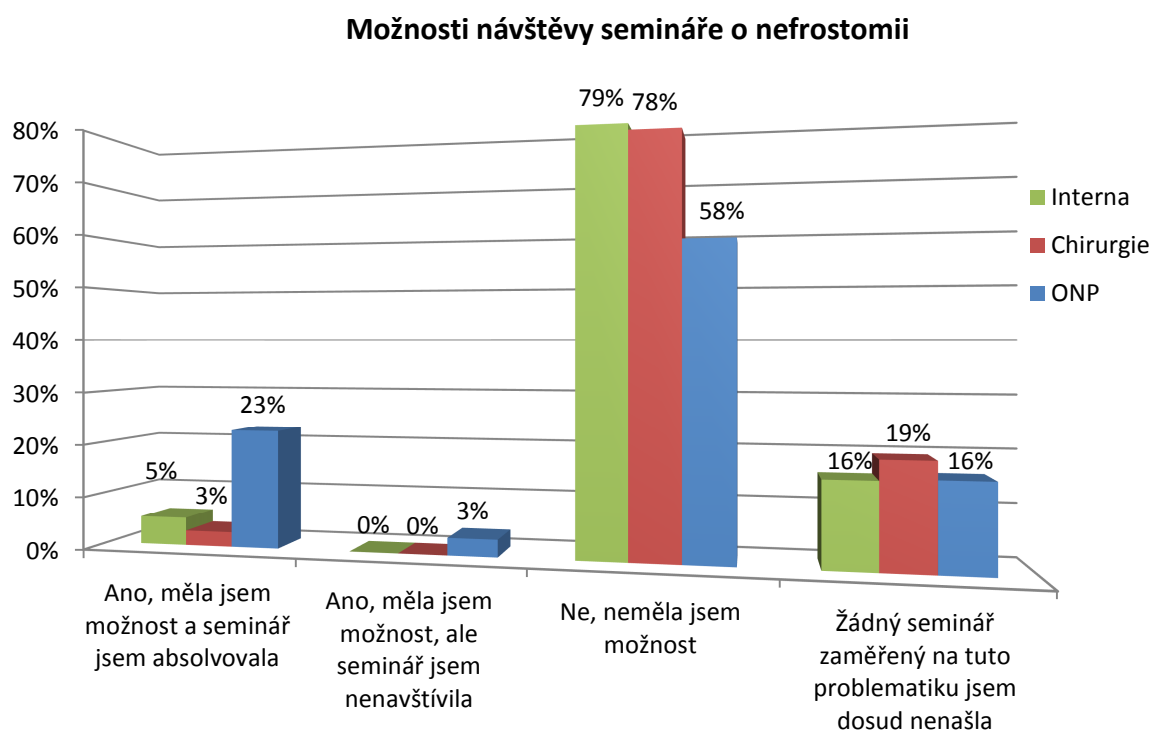
U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



Graf S20 popisuje postupy sester při zjištění uroinfekce u pacienta s nefrostomií. Sestry z interního oddělení nejčastěji poučily pacienta o zvýšeném příjmu tekutin. Tuto možnost označilo 28 sester. Nejméně sester poučilo pacienta o včasných výměnách sáčků a obvazů. Tuto možnost označilo 19 sester interního oddělení. Sestry z chirurgického oddělení nejčastěji poučily pacienta o zvýšeném příjmu tekutin. Tuto možnost označilo 28 sester. Nejméně sester poučilo pacienta o důležitosti umístění sběrného sáčku. Tuto možnost označilo 16 sester z chirurgického oddělení. Možnost

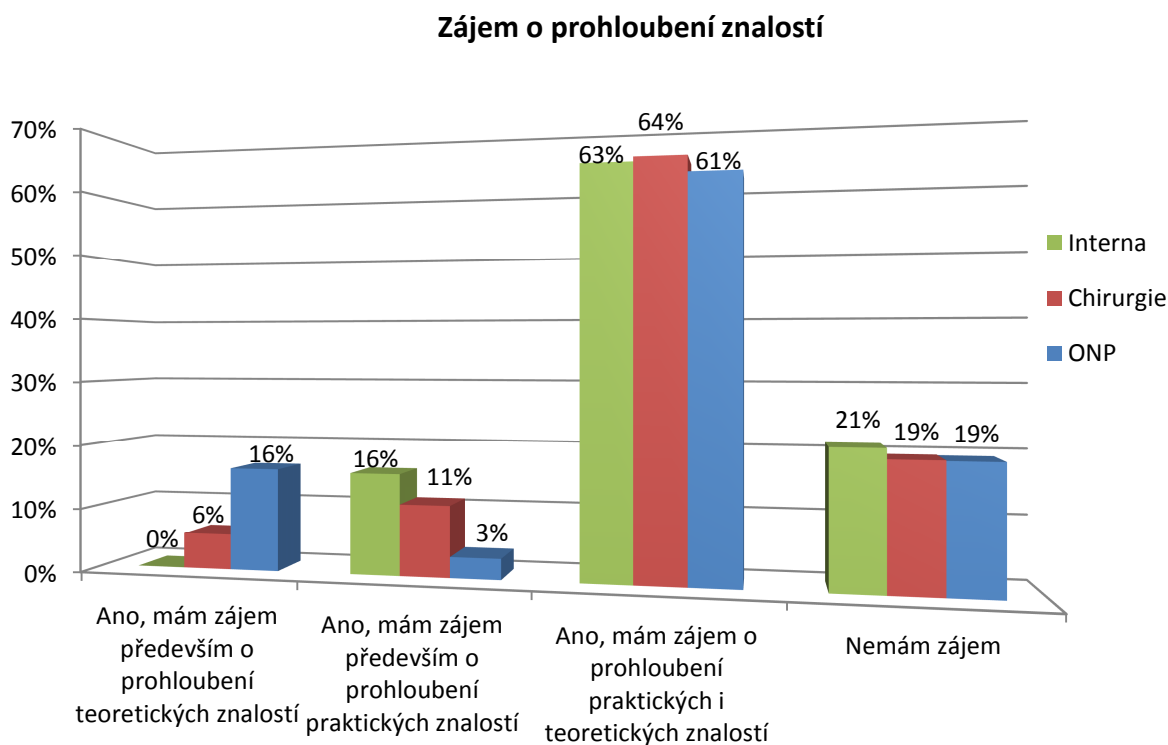
jiné neoznačila žádná sestra z jednotlivých oddělení. Sestry z ONP nejčastěji poučily pacienta o podávání antibiotik. Tuto možnost zvolilo 26 sester. Naopak nejméně sester ONP pacienta poučilo o důležitosti umístění sběrného sáčku. Tuto možnost označilo 16 sester.

Graf S21 Možnosti návštěvy semináře o nefrostomii (graf k otázce č. 21)



Z celkového počtu 105 sester nemělo možnost navštívit seminář zaměřující se na péči o nefrostomii 30 (79%) sester z interního, 28 (78%) sester z chirurgického oddělení a 18 (58%) sester z ONP. 7 (19%) sester z chirurgického oddělení, 6 (16%) sester z interního oddělení a 5 (16%) sester z ONP žádný seminář zabývající se problematikou v péči o nefrostomie dosud nenašla. 7 (23%) sester z ONP, 2 (5%) sestry z interního oddělení a 1 (3%) sestra z chirurgického oddělení seminář navštívila. 1 (3%) sestra z ONP měla možnost seminář navštívit, ale neučinila tak.

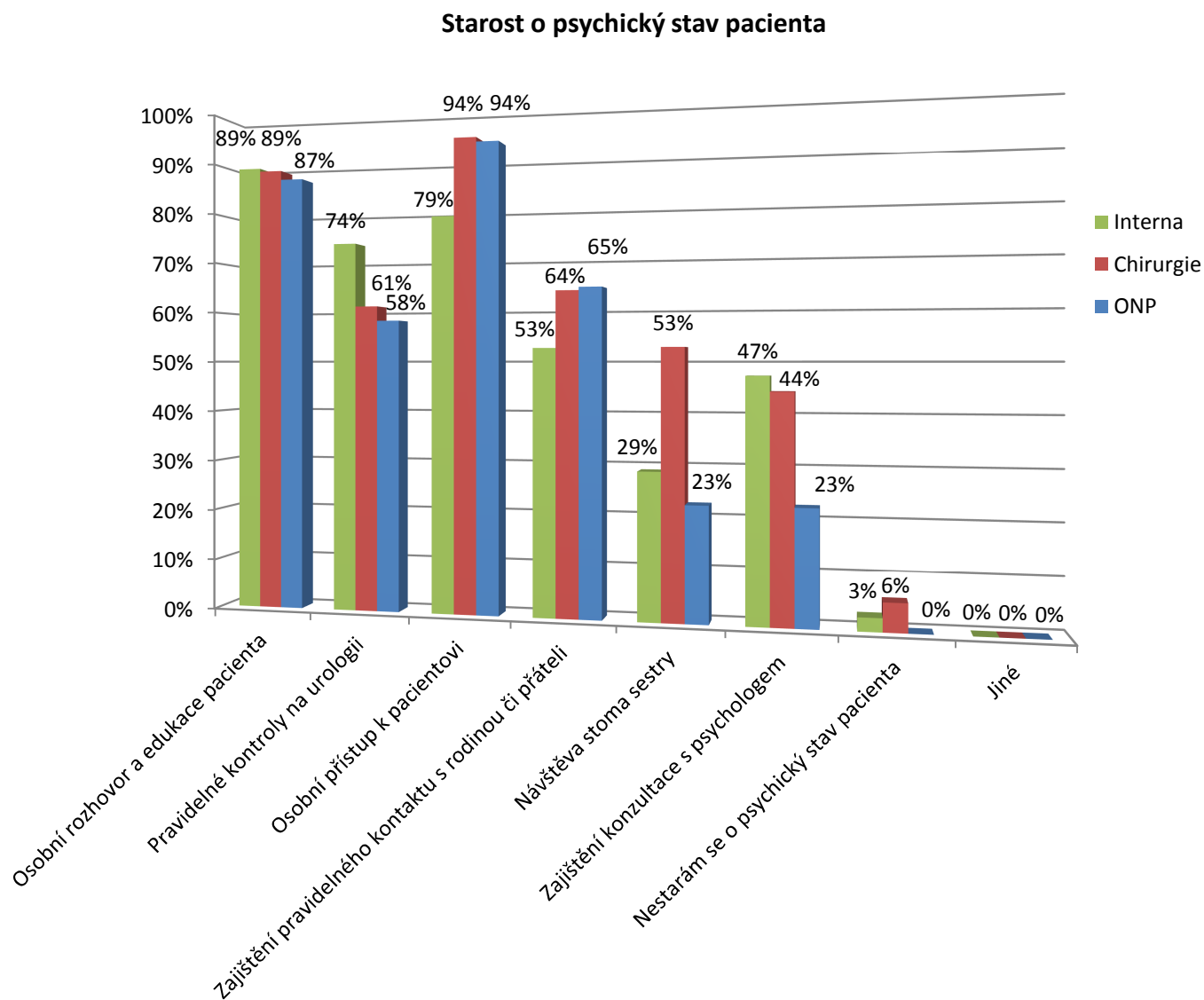
Graf S22 Zájem o prohloubení znalostí (graf k otázce č. 21)



Z celkového počtu 105 sester projevilo zájem o prohloubení teoretických i praktických znalostí v oblasti péče o nefrostomii 23 (64%) sester z chirurgického, 24 (63%) sester z interního oddělení a 19 (61%) sester z ONP. Doplnit si znalosti nemělo zájem 8 (21%) sester z interního, 7 (19%) sester z chirurgického oddělení a 6 (19%) sester z ONP.

Graf S23 Zájem o prohloubení znalostí (graf k otázce č. 23)

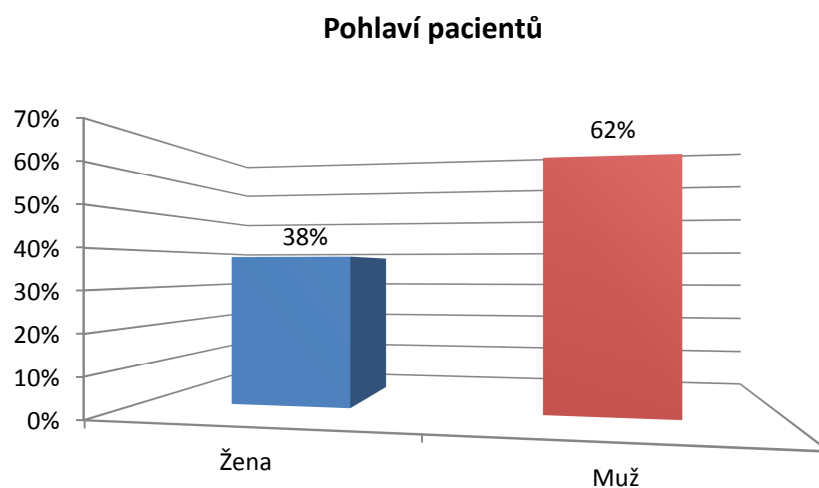
U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



Z grafu S23 vyplývá, že u sester vybraných oddělení péče o psychický stav pacienta spočívá v osobním rozhovoru a edukaci. Tuto odpověď zvolilo 34 sester z interního, 32 sester z chirurgického oddělení a 27 sester z ONP. Osobní přístup k pacientovi mělo 29 sester z ONP, 34 sester z chirurgického oddělení a 30 sester z interního oddělení. 2 sester z chirurgického a 1 sestra z interního oddělení se o psychický stav pacienta nestarala vůbec. Možnost jiné neoznačila žádná sestra.

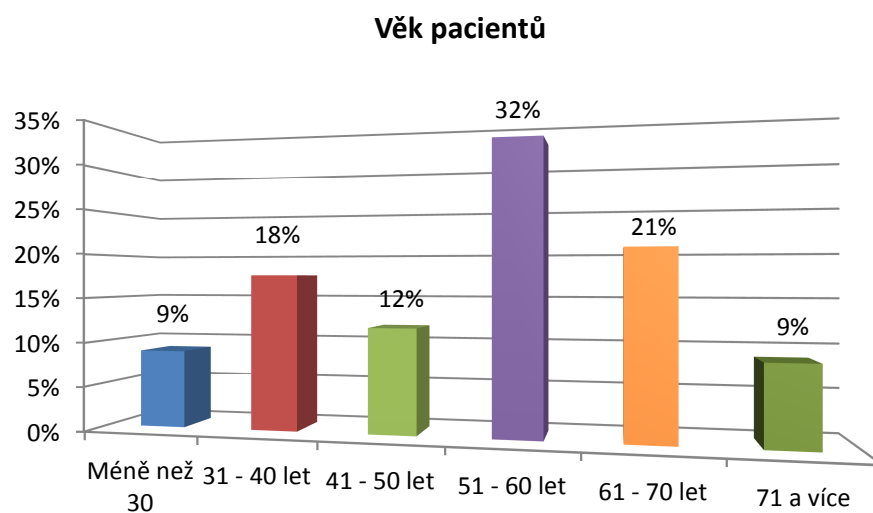
4.3 Výsledky kvantitativního šetření pacienti (viz. Příloha 7)

Graf P1 Pohlaví pacientů (graf k otázce č. 1)



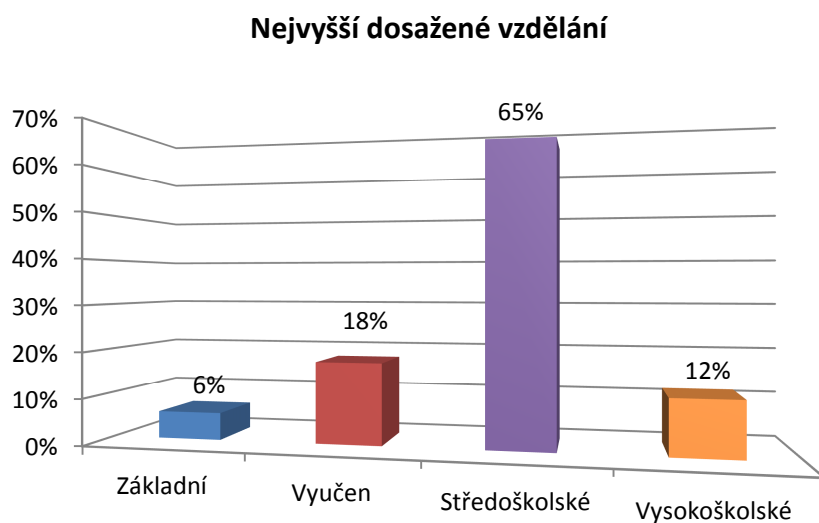
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů je 13 (38%) žen a 21 (62%) mužů.

Graf P2 Věk pacientů (graf k otázce č. 2)



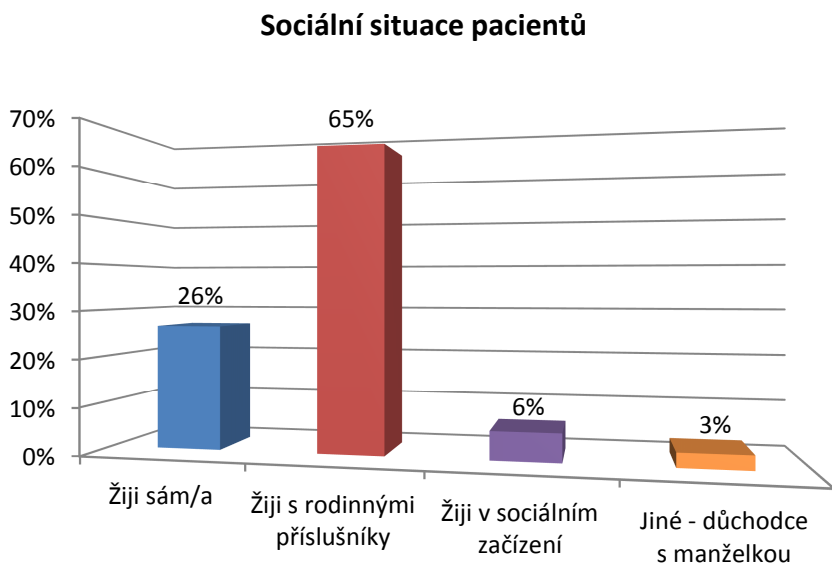
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů se 11 (32%) pohybuje ve věku 51-60 let, 7 (21%) je mezi 61-70 lety, 6 (18%) je ve věku 31-40 let, v rozmezí 41-50 let se pohybuje 4 (12%) pacienti a 3 (9%) pacienti ve věku méně než 31 let a více než 71 let.

Graf P3 Nejvyšší dosažené vzdělání (graf k otázce č. 3)



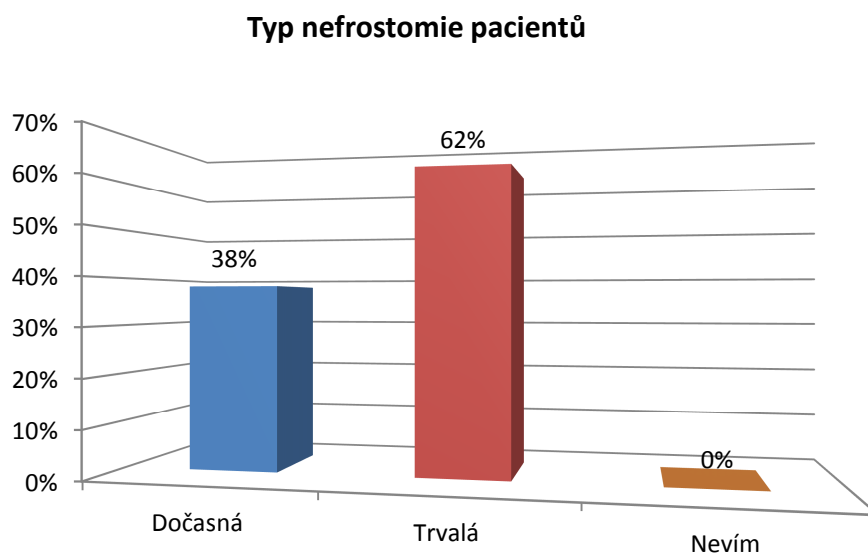
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů je 22 (65%) středoškolsky vzdělaných, 6 (18%) pacientů je vyučených, 4 (12%) mají vysokoškolské vzdělání a 2 (3%) mají základní vzdělání.

Graf P4 Sociální situace pacientů (graf k otázce č. 4)



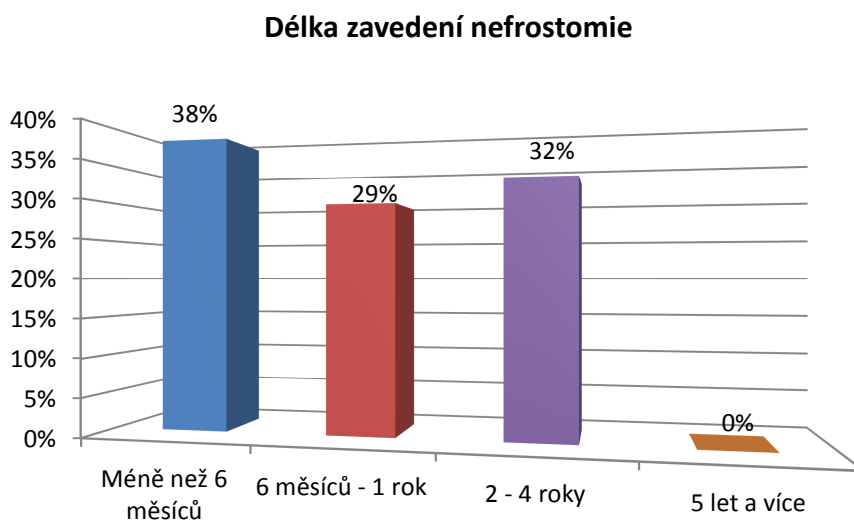
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 22 (65%) z nich žije s rodinnými příslušníky, 9 (26%) žije samo, 2 (6%) žijí v sociálním zařízení a 1 (3%) udal jako důchodce žijící s manželkou.

Graf P5 Typ nefrostomie pacientů (graf k otázce č. 5)



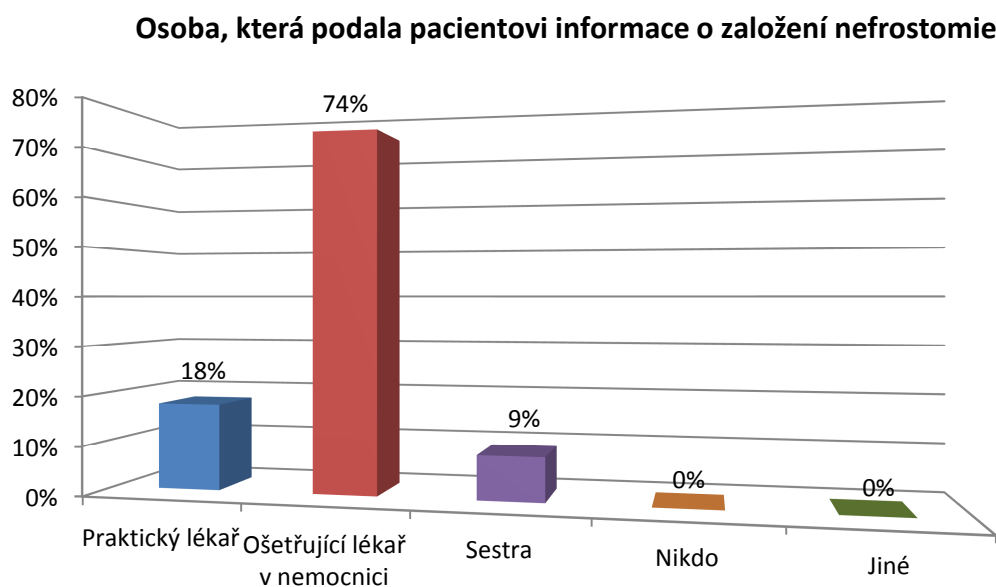
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 21 (62%) mělo trvalou nefrostomii a 13 (38%) pacientů mělo dočasnou nefrostomii. Možnost nevím neoznačil ani jeden respondent.

Graf P6 Délka zavedení nefrostomie (graf k otázce č. 6)



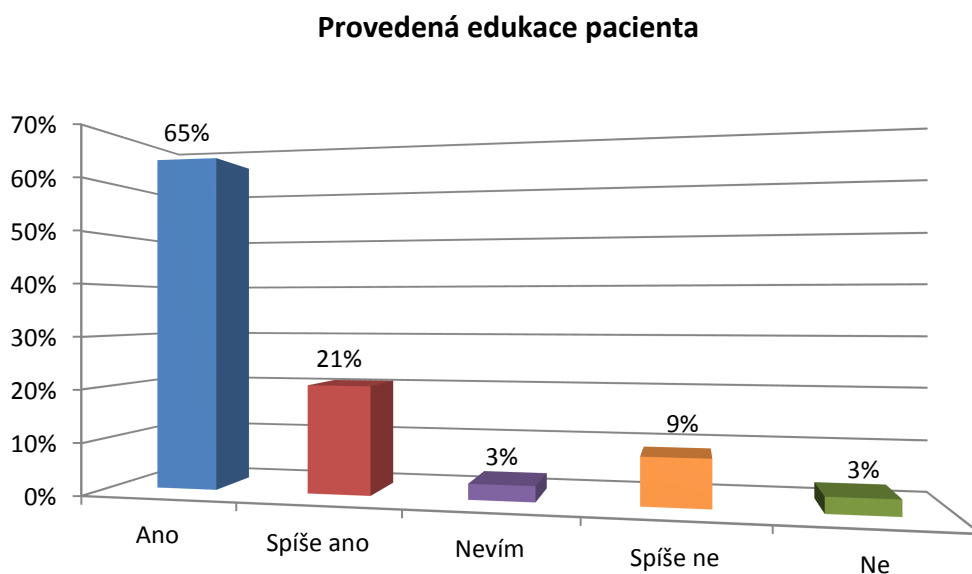
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů má 13 (38%) nefrostomii zavedenou méně než 6 měsíců, 11 (32%) pacientů má nefrostomii 2-4 roky, 10 (29%) pacientů 6 měsíců-1 rok, možnost 5 let a více neoznačil nikdo.

Graf P7 Osoba, která podala pacientovi informace o založení nefrostomie (graf k otázce č. 7)



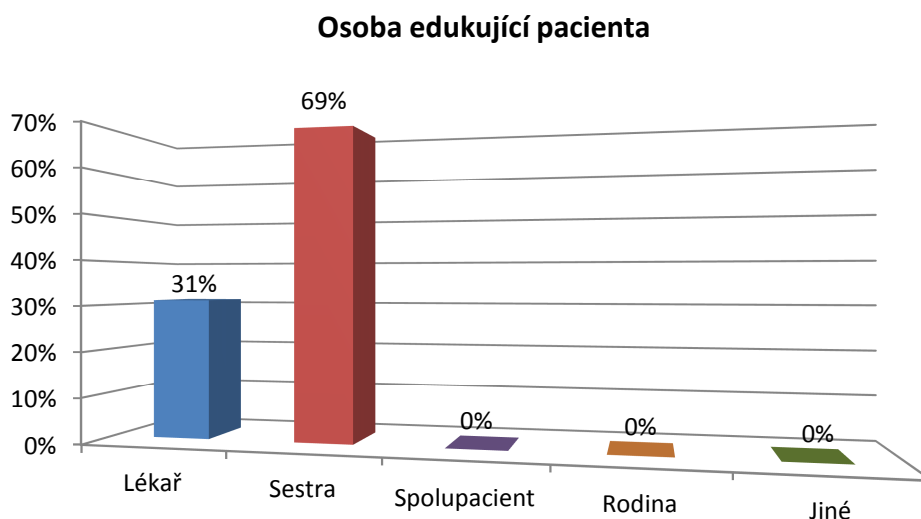
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 25 (74%) z nich informoval o založení nefrostomie ošetřující lékař v nemocnici, 6 (18%) pacientů byly informovány praktickým lékařem, 3 (9%) pacienti byly informovány sestrou. Možnost nikdo a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf P8 Provedená edukace pacienta (graf k otázce č. 8)



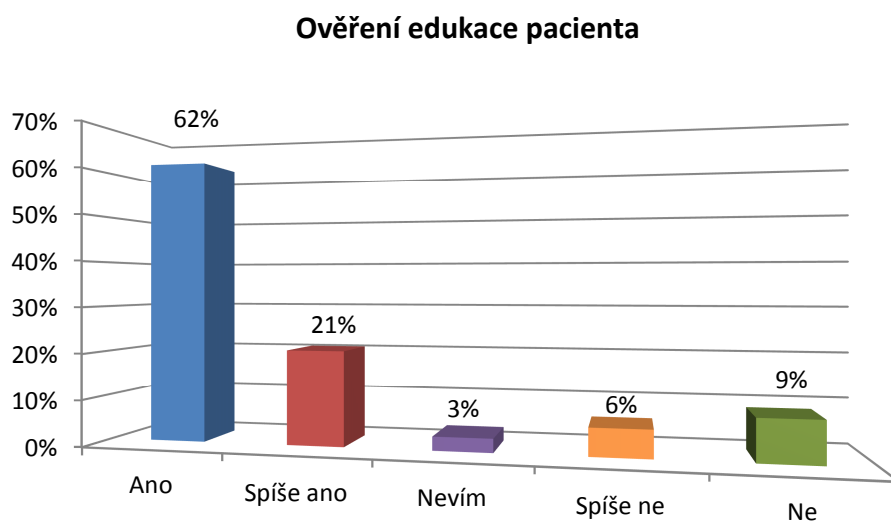
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 22 (65%) označilo odpověď ano, 7 (21%) uvedlo spíše ano, 3 (9%) pacienti možnost spíše ne a 1 (3%) označil současně možnost nevím a ne.

Graf P9 Osoba edukující pacienta (graf k otázce č. 9)



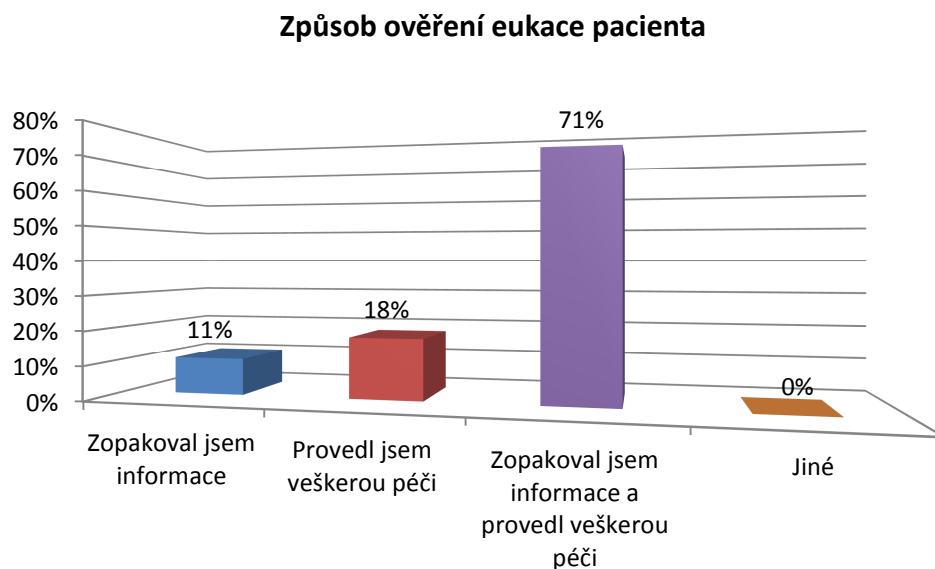
Z celkového počtu 29 (což je v této otázce 100%) pacientů 20 (69%) edukovala sestra a 9 (31%) pacientů edukoval lékař. Možnost spolupacient, rodina a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf P10 Ověření edukace pacienta (graf k otázce č. 10)



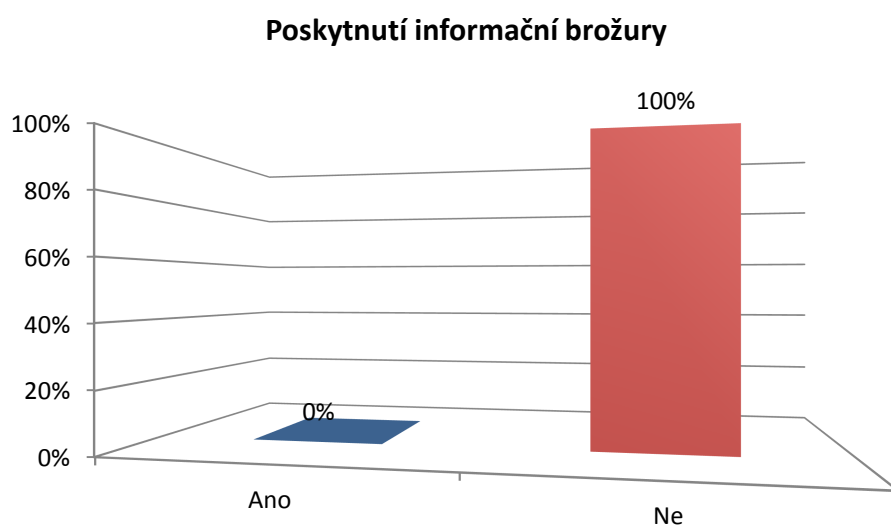
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 21 (62%) uvedlo možnost ano, 7 (21%) možnost spíše ano, 3 (9%) pacienti možnost ne, 2 (6%) odpověď spíše ne a možnost nevím označil 1 (3%) pacient.

Graf P11 Způsob ověření edukace pacienta (graf k otázce č. 11)



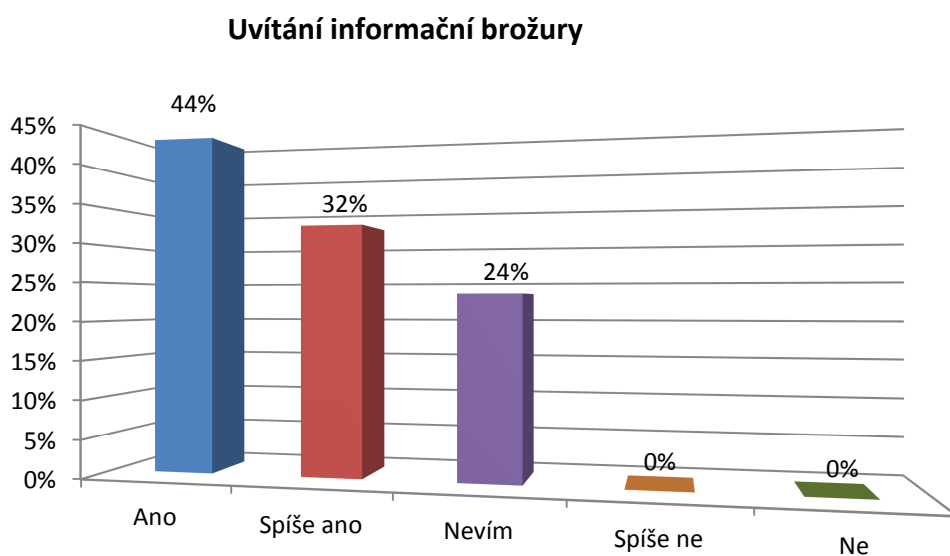
Z celkového počtu 28 (což je v této otázce 100%) pacientů 20 (71%) pacientů zopakovalo informace a předvedlo veškerou péči, 5 (18%) pacientů provedlo veškerou péči, 3 (11%) pacienti zopakovali informace a možnost jiné neoznačil žádný pacient.

Graf P12 Poskytnutí informační brožury (graf k otázce č. 12)



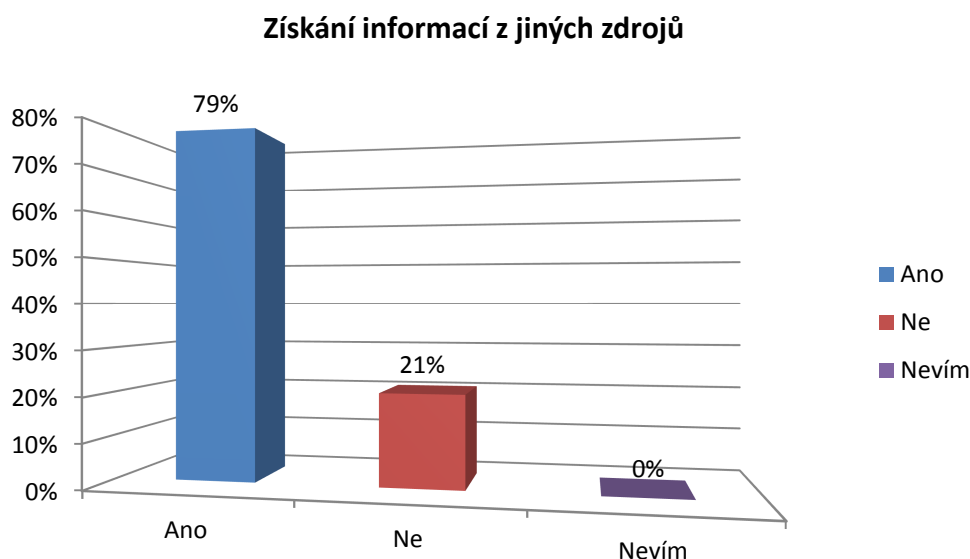
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů všichni označili odpověď ne.

Graf P13 Uvítání informační brožury (graf k otázce č. 13)



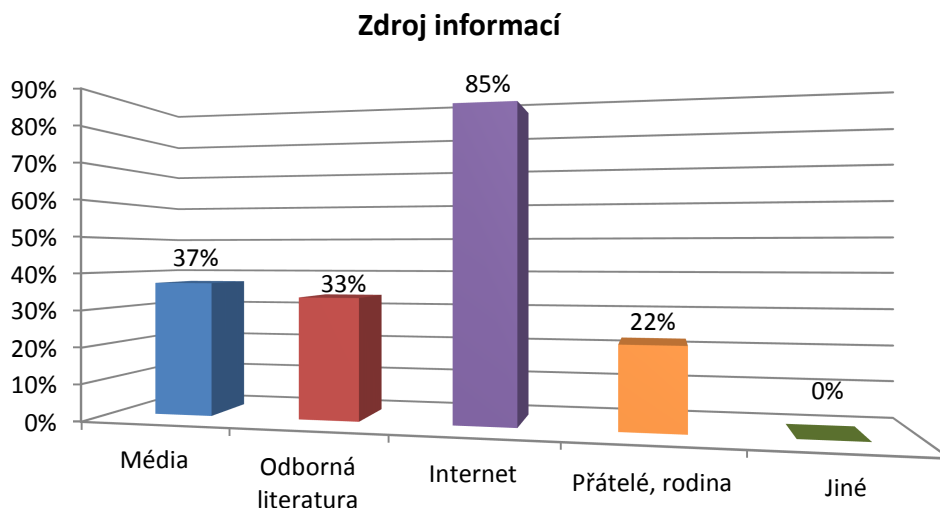
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 15 (44%) by informační brožuru uvítalo, 11 (32%) pacientů spíše ano a 8 (24%) pacientů neví. Možnost spíše ne a ne neoznačil nikdo.

Graf P14 Získání informací z jiných zdrojů (graf k otázce č. 14)



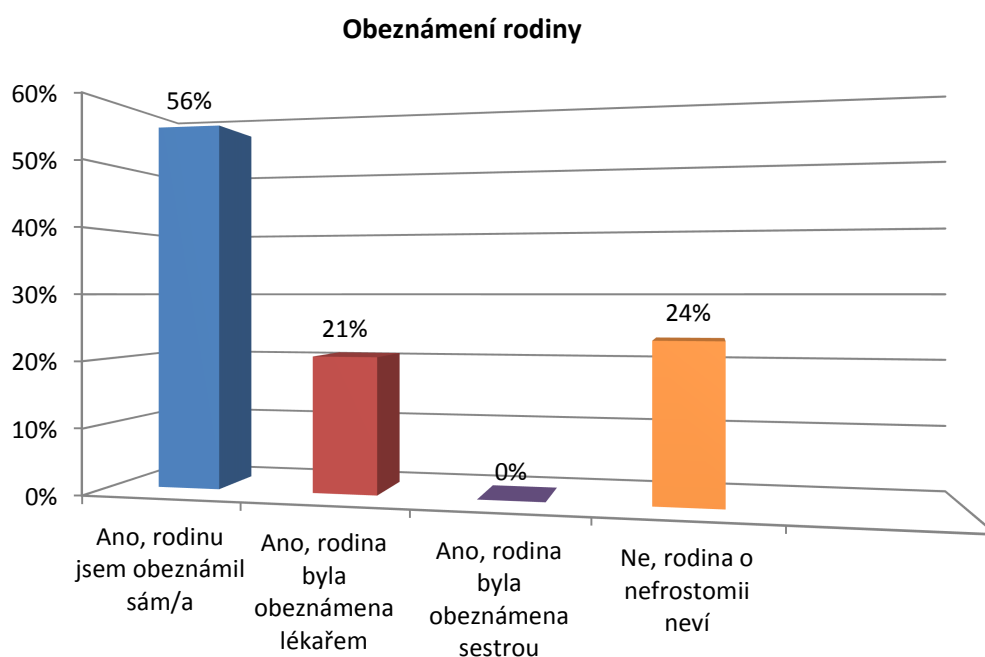
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 27 (79%) získává informace o svém onemocnění z jiných zdrojů, 7 (21%) pacientů označilo možnost ne, možnost nevím neoznačil nikdo.

Graf P15 Zdroj informací (graf k otázce č. 15)



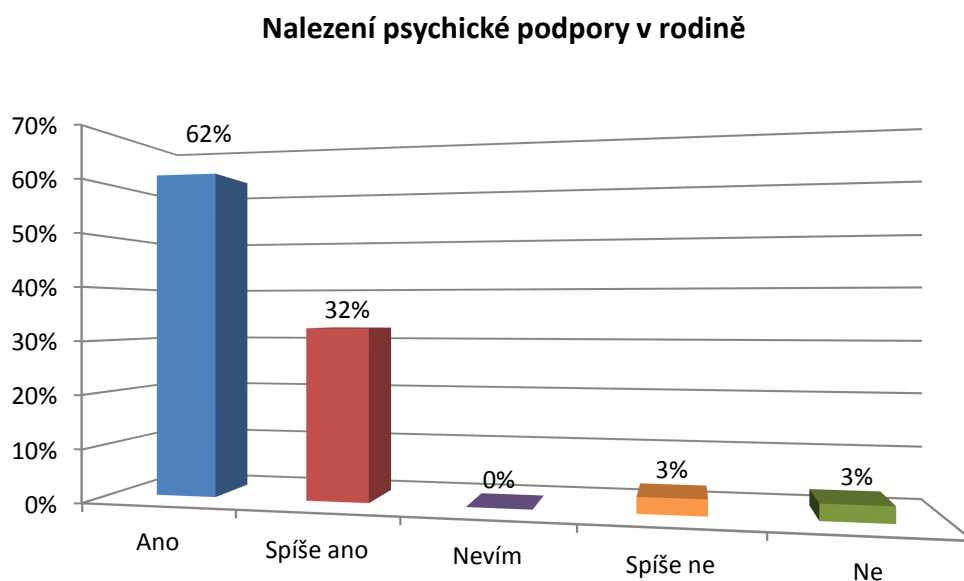
Z celkového počtu 27 (což je v této otázce 100%) pacientů 23 (85%) uvedlo jako zdroj internet, 10 (37%) využívá média, 9 (33%) používá odbornou literaturu, 6 (22%) přátelé a rodina, možnost jiné neoznačil ani jeden respondent.

Graf P16 Obeznamení rodiny (graf k otázce č. 16)



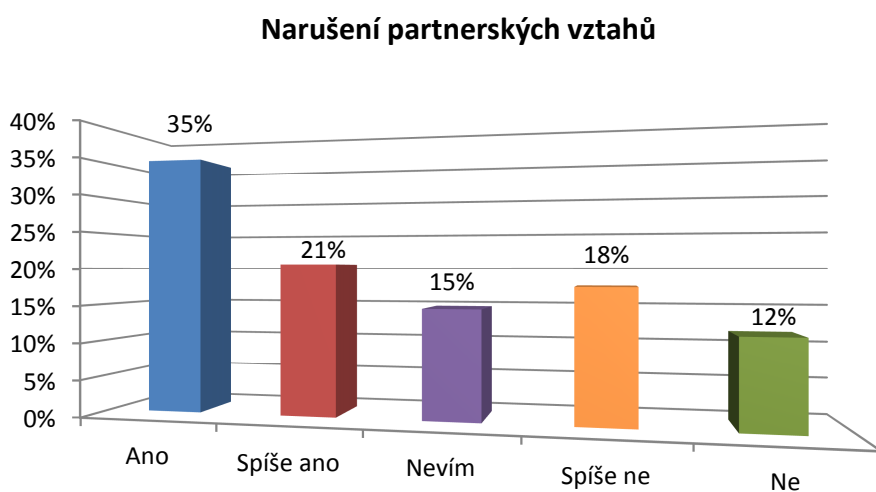
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 19 (56%) uvedlo, že svou rodinu obeznámilo samo, 8 (24%) pacientů, že rodina o nefrostomii neví 7 (21%) pacientů, že rodina byla obeznámena lékařem. Možnost obeznámení rodiny sestrou neuvedl žádný pacient.

Graf P17 Nalezení psychické podpory v rodině (graf k otázce č. 17)



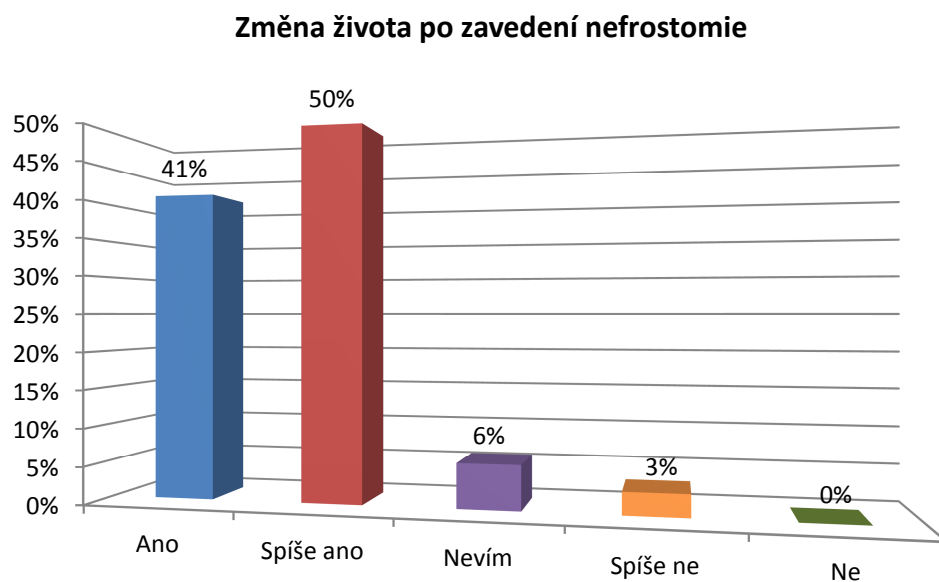
Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 21 (62%) označilo odpověď ano, 11 (32%) pacientů spíše ano, 1 (3%) pacient označil možnost spíše ne a ne. Možnost nevím nikdo neoznačil.

Graf P18 Narušení partnerských vztahů (graf k otázce č. 18)



Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 12 (35%) označilo odpověď ano, 7 (21%) pacientů spíše ano, 6 (18%) pacientů spíše ne, 5 (15%) pacientů nevím, 4 (12%) označilo odpověď ne.

Graf P19 Změna života po zavedení nefrostomie (graf k otázce č. 19)

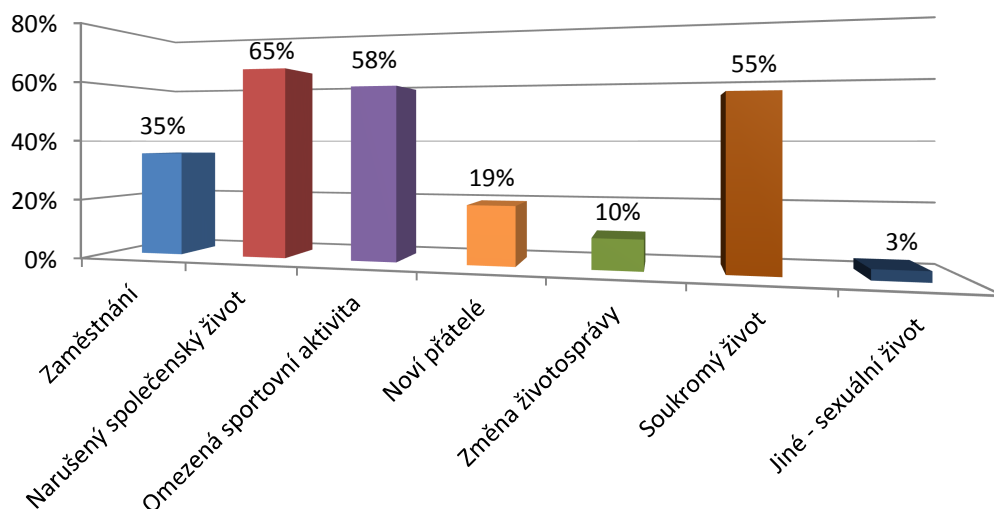


Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 17 (50%) odpověď spíše ano, 14 (41%) pacientů ano, 2 (6%) pacienti nevím, 1 (3%) pacient možnost spíše ne. Možnost ne neoznačil nikdo.

Graf P20 Oblast změny života (graf k otázce č. 20)

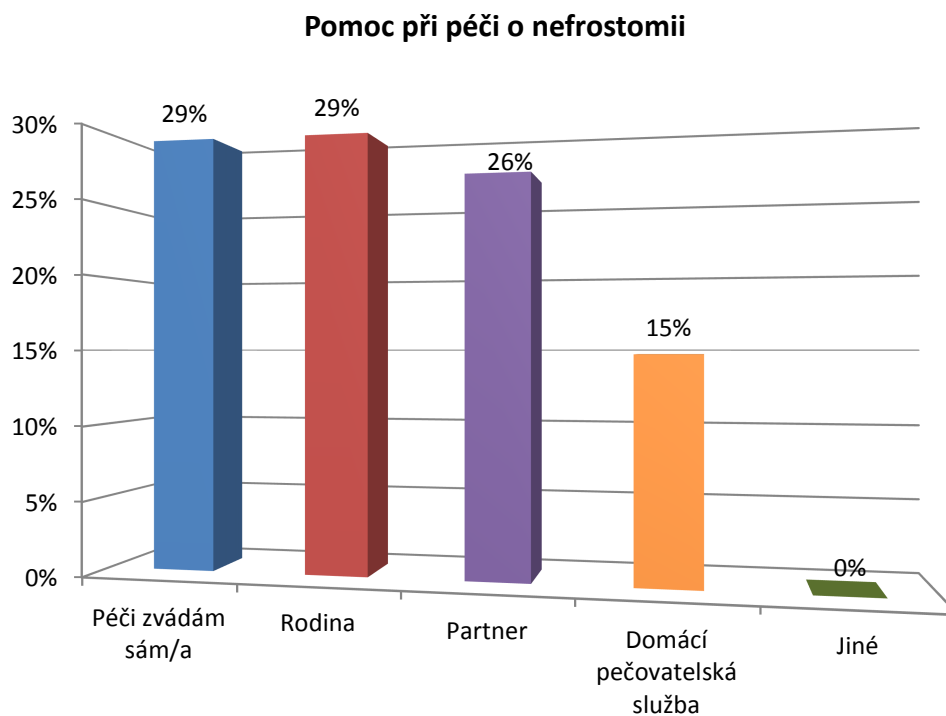
U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

Oblast změny života



Nejvyšší četnost měla možnost narušený společenský život - 20 odpovědí, omezená sportovní aktivita 18 odpovědí, soukromý život 17 odpovědí, zaměstnání 11 odpovědí, noví přátelé 6 odpovědí, změna životosprávy 3 odpovědi, 1 odpověď jiné- sexuální život.

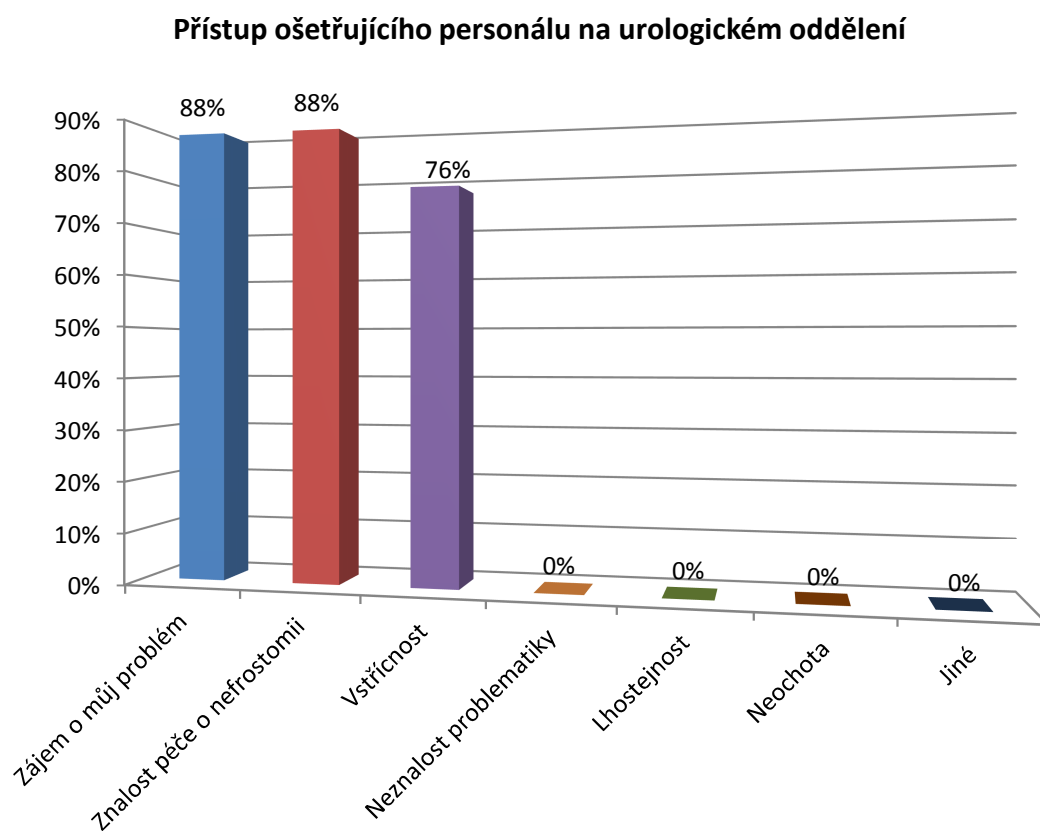
Graf P21 Pomoc při péči o nefrostomii (graf k otázce č. 21)



Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 10 (29%) pacientů uvedlo, že péči zvládají sami a nebo při péči pomáhá rodina, 9 (26%) pacientům pomáhá partner, 5 (15%) pomáhá domácí pečovatelská služba. Možnost jiné neoznačil nikdo.

Graf P22 Přístup ošetřujícího personálu na urologickém oddělení (graf k otázce č. 22)

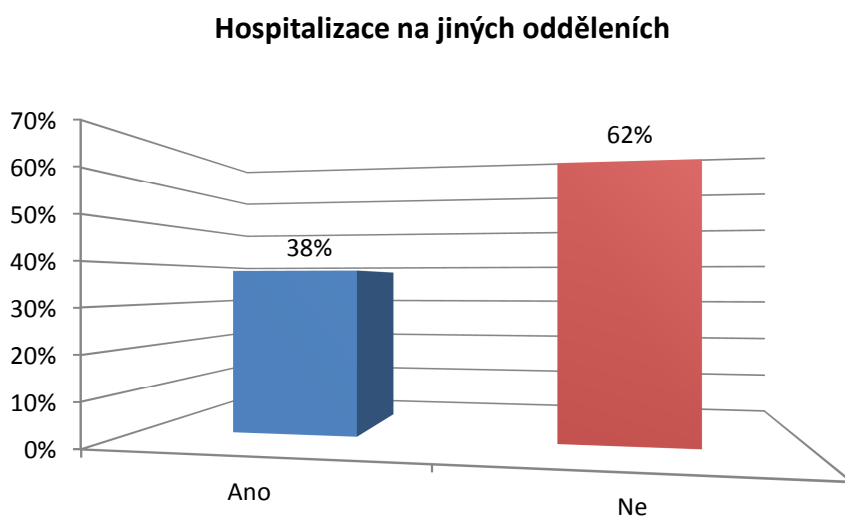
U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



Z celkového počtu 86 odpovědí měla nejvyšší četnost možnost zájem o můj problém-30 odpovědí a znalost péče o nefrostomii-30 odpovědí, vstřícnost 26 odpovědí.

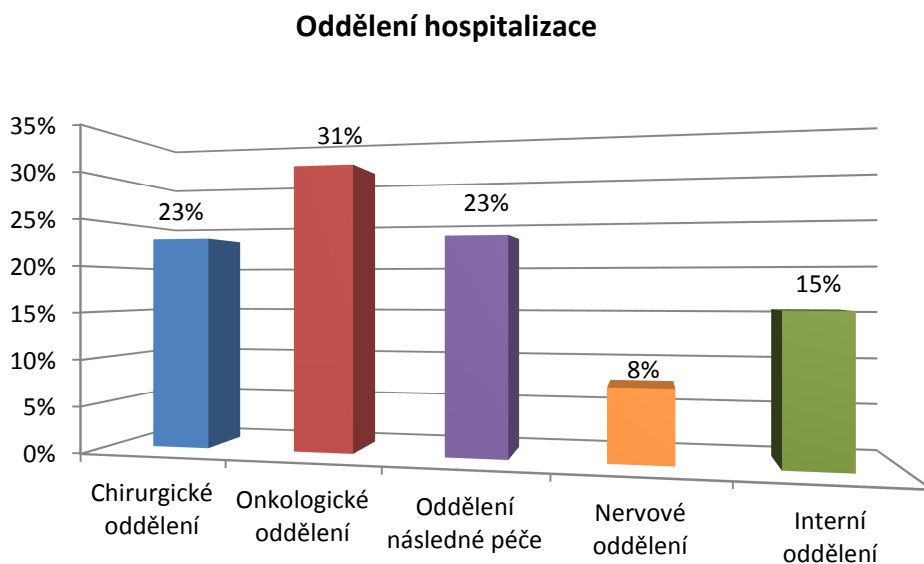
Možnosti neznalost problematiky, lhostejnost, neochota a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf P23 Hospitalizace na jiných odděleních (graf k otázce č. 23)



Z celkového počtu 34 (100%) pacientů 21 (62%) nebylo hospitalizováno s nefrostomií na jiném oddělení než na urologickém. 13 (38%) pacientů bylo s nefrostomií hospitalizováno i na jiném oddělení.

Graf P24 Oddělení hospitalizace (graf k otázce č. 24)

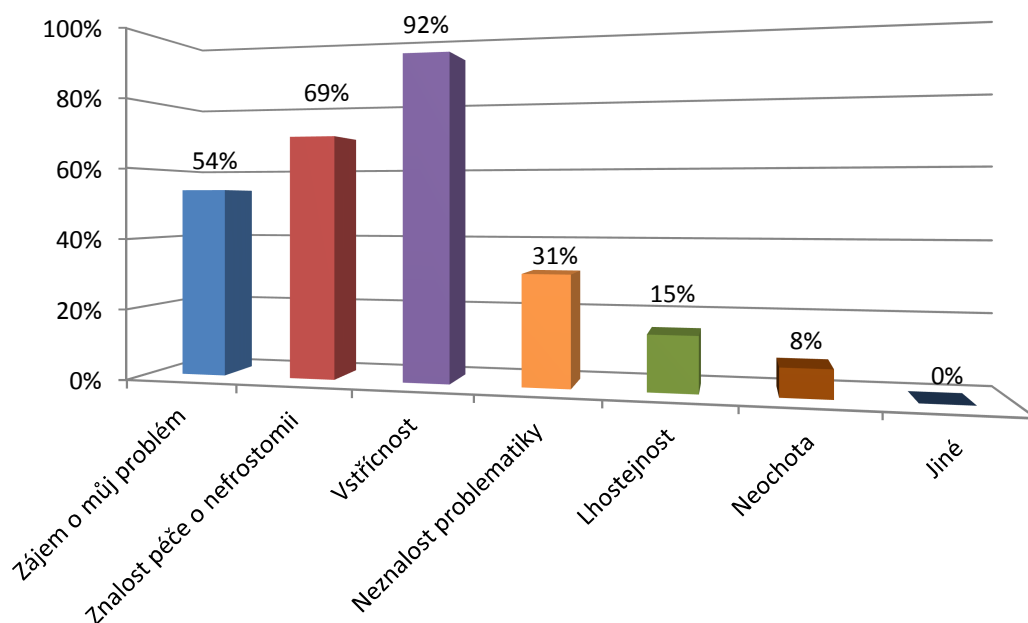


Z celkového počtu 13 (což je v této otázce 100%) pacientů 4 (31%) uvedli onkologické oddělení, 3 (23%) pacienti označili oddělení následné péče a chirurgické oddělení, 2 (15%) pacienti interní oddělení a 1 (8%) pacient nervové oddělení.

Graf P25 Přístup ošetřujícího personálu na ostatních odděleních (graf k otázce č. 25)

U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

Přístup ošetřujícího personálu na ostatních odděleních



Nejvyšší četnost měla možnost vstřícnost - 12 odpovědí, znalost péče o nefrostomii - 9 odpovědí, zájem o můj problém 7 odpovědí, neznalost problematiky 4 odpovědi, lhostejnost 2 odpovědi a neochota 1 odpověď. Možnost jiné neoznačil žádný pacient.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s nefrostomií jak z pohledu sestry, tak i z pohledu samotného pacienta. Cílem této práce bylo zjistit, zda sestry umějí ošetřovat pacienta s nefrostomií. Další cíl byl zjistit, zda je pacient omezen v souvislosti s nefrostomií a posledním cílem bylo zjistit, zda pacient umí pečovat o nefrostomii. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníkové metody. První dotazník byl rozdán sestrám interního, chirurgického oddělení a oddělení následné péče. Druhý dotazník byl rozdán pacientům, kterým byla zavedena dočasná nebo trvalá nefrostomie a kteří jsou dispenzarizováni na urologické ambulanci nebo na jiných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.

Počáteční otázky dotazníků zjišťovaly základní informace o respondentech jako například pohlaví, věkové rozmezí a vzdělání.

Graf S1 popisuje věk sester na vybraných odděleních. Nejvyšší četnosti ve věkovém rozmezí 26-30 let obsadily sestry interního oddělení (42%). Na chirurgickém oddělení se nejvíce pohybují sestry ve věkovém rozmezí 21-25 let (28%) a 26-30 let (28%). Věkové rozmezí sester na ONP se pohybuje mezi 31-40 lety (26%).

Graf S2 znázorňuje vzdělání sester na jednotlivých odděleních. Nejvíce sester označilo středoškolské vzdělání s maturitou. Z interního oddělení 55% sester, z chirurgického 56% a z ONP 55% sester. Vysokoškolsky vzdělané sestry (titul Bc.) se nejvíce pohybují na chirurgickém oddělení (31%) a nejméně na interním oddělení (21%). Graf S3 popisuje procentuální zobrazení dotazovaných sester na vybraných odděleních. Z interního oddělení dotazník vyplnilo 36% sester, z chirurgického 34% a z ONP 30 % sester. Délka praxe sester na pracovišti je znázorněna v grafu S4 ze kterého vyplývá, že průměrná délka praxe sester na interním oddělení se pohybuje v rozmezí 2-5 let. Tuto možnost označilo 50% sester interního oddělení. Nejčastěji označovaná délka praxe na chirurgickém oddělení byla v rozmezí také 2-5 let. Tuto možnost označilo 36% sester chirurgického oddělení. Průměrná délka praxe na ONP je 6-10 let. Toto rozmezí označilo 32% sester. Graf S5 vyjadřuje, kolikrát sestry

jednotlivých oddělení ošetřovaly pacienta s nefrostomií. 65% sester z ONP ošetřovalo pacienta s nefrostomií v průměru více než 10x, stejnou možnost zvolilo i 47% sester z interního oddělení. Na chirurgickém oddělení sestry průměrně ošetřovali pacienta s nefrostomií 5x - 10x. Tato možnost byla označena u 42% sester z tohoto oddělení. Přibližně 3-6% sester z vybraných oddělení pacienta s nefrostomií nikdy neošetřovalo.

Další otázky směřovali ke zjištění, zda jsou sestry dostatečně informovány o problematice související s nefrostomií a zdali umějí ošetřovat pacienta s nefrostomií.

Graf S6 znázorňuje nejčastější indikace vedoucí k založení nefrostomie. Nejčastěji označovanou odpovědí byly u jednotlivých oddělení nádor (92% - 97%), úrazy malé pánve (50% - 66%), píštěl (42% - 55%) a stavy po ozařování (42 - 52%). Teplan (15) se ve své publikaci shoduje s těmito nejčastěji označovanými odpověďmi. Mezi nejméně označované odpovědi patří nefrolitiáza (16% - 24%). Tuto možnost Teplan (15) uvádí mezi nejčastější indikace. Také Pacík (7) ve své literatuře uvádí nefrolitiázu jako nejčastější indikaci. Možnost jiné nebyla nikým označena. Graf S7 popisuje nejčastější komplikace v souvislosti se zavedenou nefrostomií. Nejvíce označovanými odpověďmi byla možnost chronické močové infekce (71% - 81%) a dislokace katetru (67% - 79%). Zachoval (18) ve svém článku označuje tyto komplikace také jako nejčastější. Nejméně označovanou odpovědí byla možnost únik moči do retroperitonea (26% - 35%). Možnost jiné nebyla označena.

Další dvě otázky zjišťují, zda sestry kontrolují u pacienta bilanci tekutin a kam zaznamenávají naměřené hodnoty. Graf S8 zobrazuje, zda sestry kontrolují příjem a výdej tekutin pacienta. Příjem i výdej označilo nejvíce sester z každého oddělení (71% - 87%). Naopak příjem ani výdej tekutin nekontroluje 3% - 13% sester z dotazovaných oddělení. Workman (32) ve své knize doporučuje kontrolu příjmu i výdeje tekutin a to veškerého perorálního a intravenózního příjmu. Graf S9 popisuje, kam sestry provádějí záznam příjmu a výdeje tekutin. Bilanci tekutin nejvíce sester (39% - 90%) zaznamenává do speciálního záznamového archu,

záznam do dekurzu provádí 10% - 18% sester. 6% - 24% sester uvedlo, že naměřené hodnoty nezaznamenává nikam.

Následující otázky zjišťují, zda sestry správně pečují o pacienta s nefrostomií. Graf S10 udává četnost převazu nefrostomie. Dle potřeby pacienta provádí převaz 53%-74% sester. Toto potvrzuje odborný článek, který se zabývá péčí o nefrostomii (41). Alarmující tvrzení udává Nermuťová (8) ve svém článku, kde uvádí, že by se nefrostomie měla převazovat 1x za 14 dní. S tímto názorem se nemohu ztotožnit. Chápu, že jakákoliv manipulace s katetrem je riziková pro vznik infekce, ale na druhou stranu, pacient s nefrostomií provádí každý den hygienu a koupe se či sprchuje (i když to není každý den), ale po každé koupeli je obvaz nefrostomie mokrá, proto se musí převázat. Další označované možnosti byly každý den (26% - 36%) a 1x týdně (6 - 16%). Možnost 1x za dva týdny označilo 3% sester z interního oddělení. Graf S11 popisuje součásti péče o pacienta s nefrostomií. Mezi nejvíce označované možnosti patří aseptický převaz (odpovědělo 92% - 100% sester), kontrola známek infekce (odpovědělo 84% - 94% sester), sledování bilance tekutin (odpovědělo 79% - 89% sester), výměna sběrného sáčku na moč (odpovědělo 79% - 89% sester). Možnosti kontrola vyvedeného střeva (odpovědělo 6% - 13% sester) a výměna stomického sáčku (odpovědělo 16% - 33% sester) byly v dotazníku umístěny záměrně a jednalo se o chybné odpovědi. Při nefrostomii pacient žádné střevo vyvedené na povrch těla nemá. Předpokládám, že se sestry při vyplňování dotazníku plně nesoustředily na údaje v něm uvedené nebo (což je smutné), vůbec netuší co to nefrostomie je a v dotazníku se měla objevit i tato otázka. Možnost jiné nebyla označena. Graf S12 znázorňuje, jak často by se měl dle jejich názoru vyměňovat sběrný sáček. Nejvíce sester provádí výměnu sběrného sáčku dle potřeby pacienta (označilo 39% - 52% sester). Zachová (19) ve své literatuře doporučuje výměnu sběrného sáčku také dle potřeby pacienta. V intervalu 1x za týden vyměňuje sběrný sáček 23% - 36% sester. 6% - 8% sester uvedlo, že pacient si mění sběrný sáček sám. Graf S13 zobrazuje ukazatele, dle kterých by sestry měly provést výměnu sběrného sáčku. 53% - 87% sester se domnívá, že je nutná výměna v případě, kdy sáček neodvádí moč. Pokud se v sáčku nadměrně usazují krystalky

urátových solí, výměnu by provedlo 47% - 84% sester. V případě, kdy se v moči objevila krev, vyměnilo by sáček 23% - 42% sester. Odborná literatura uvádí, že je vhodné provést výměnu na základě úsudku sestry nebo lékaře, např. při výskytu usazenin urátů, které by mohli zapříčinit neprůchodnosti vývodního systému (19). Z grafu S14 vyplývá, že 58% - 71% sester kontroluje stehy při převazu nefrostomie, 11% - 14% sester provádí kontrolu stehů 1x denně. 19% sester z chirurgického oddělení uvedlo, že pacient si kontrolu stehů provádí sám. Tato odpověď nám opět naznačuje, že sestry nemají ponětí, co to nefrostomie je, protože pacient si může stehy nefrostomie umístěné v bederní krajině těžko sám kontrolovat. 3% sester z interního oddělení stehy nekontroluje vůbec. V možnosti jiné 3% sester z interního oddělení uvedlo, že kontrolu stehů provádí dle ordinace lékaře a dle potřeby pacienta. Graf S15 popisuje nejčastější postupy sester při uvolnění stehů. Nejvíce sester (označilo 53% - 89% sester) by katetr zafixovalo sterilními čtverci, náplastí a informovalo by ošetřujícího lékaře. 19% - 34% sester by katetr ponechalo, poučilo pacienta, aby se nehýbal a informovalo by ošetřujícího lékaře. 3% - 11% sester by katetr vysunulo a informovalo by ošetřujícího lékaře. Tento postup se v praxi nevyužívá, protože by pacient musel podstoupit opětovné zavedení nefrostomie. Naopak by extrakcí nefrostomie mohl být pacientův život i ohrožen. Možnost jiné nebyla označena.

Další část dotazníku je zaměřena na edukaci pacienta v oblasti správné péče o nefrostomii. Z grafu S16 vyplývá, že pacienta poučilo po teoretické i praktické stránce 33% - 52% sester, 23% - 50% sester uvedlo, že pacient již poučený byl. Edukaci pacienta neprovedlo 6% - 11% sester. Juřeníková (36) ve své literatuře klade důraz na edukaci pacienta jak po praktické, tak i po teoretické stránce. Graf S17 zobrazuje, zda sestry po edukaci ověřily znalosti a dovednosti pacienta. Nejvíce sester odpovědělo ano (odpovědělo 39% - 65% sester) a spíše ano (odpovědělo 19% - 32% sester). Ověření edukace neprovedlo 13% - 17% sester. 8% - 17% sester pacienta needukovalo vůbec. Ověření poskytnutých informací je podle Juřeníkové (36) důležitým aspektem při edukaci pacienta. Graf S18 popisuje způsob, jakým sestry ověřují znalosti a dovednosti pacienta. Nejvíce sester (odpovědělo 34% - 55%

sister) uvedlo, že jim pacient zopakoval informace a zároveň prakticky ukázal ošetrování nefrostomie. 14% - 24% sestrám pacient pouze předvedl praktickou ukázkou péče o nefrostomii a 10% - 17% sester pacient pouze zopakoval informace, které se dozvěděl. Možnost jiné nebyla označena.

Následující dvě otázky se týkají prevence a postupů při zjištění uroinfekce. Graf S19 popisuje způsoby, jakými sestry předcházejí infekcím u pacienta s nefrostomií. Nejvíce sester uvedlo, že infekcím předcházejí aseptickým převazem (odpovědělo 92% - 100% sester), pravidelnou hygienou v oblasti nefrostomie (odpovědělo 84% - 97% sester), pravidelnou výměnou sběrného sáčku na moč (odpovědělo 71% - 90% sester). V rámci prevence 3% - 6% sester podává antibiotika. Možnost jiné nebyla označena. Z grafu S20 vyplývá, že při zjištění uroinfekce 81% - 95% sester poučí pacienta o zvýšeném příjmu tekutin, 58% - 84% sester poučí pacienta o podání antibiotik a 68% - 72% sester informuje pacienta o symptomech infekce. Odborná literatura klade při zjištění uroinfekce důraz především na zvýšení příjmu tekutin (19). Možnost jiné nebyla označena.

Graf S21 znázorňuje, zda sestry měli možnost navštívit seminář, zaměřený na péči o nefrostomii. Z grafu vyplývá, že 58% - 79% sester tuto možnost nemělo, 3% - 23% sester seminář absolvovalo a 16% - 19% sester žádný seminář s touto problematikou dosud nenašlo. Graf 22 poukazuje na zájem sester, doplnit si znalosti zaměřené na péči o nefrostomii. 61% - 64% sester má zájem o prohloubení praktických i teoretických znalostí, naproti tomu 19% - 21% sester zájem o prohloubení znalostí neprojevovalo. Způsoby, kterými se sestry starají o psychický stav pacienta, jsou popsány v grafu S23, ze kterého vyplývá, že 79% - 94% sester preferuje osobní přístup k pacientovi, 87% - 89% sester upřednostňuje rozhovor a edukaci pacienta, 58% - 74% sester zajišťuje pravidelné kontroly na urologie. Křivohlavý (39) ve své knize poukazuje na důležitost vytvoření důvěry mezi pacientem a ošetřujícím personálem a také na důkladnou edukaci pacienta, čímž se snižují jeho obavy a pacient se cítí klidnější. O psychický stav pacienta se nestará 3% - 6% sester. Možnost jiné nebyla označena. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina sester má teoretické znalosti o problematice spojené se

zavedenou nefrostomií a že umějí správně pečovat o pacienta s nefrostomií. První stanovená hypotéza- sestry neumějí ošetřovat pacienta s nefrostomií se nepotvrdila.

Druhý dotazník byl určen pacientům se zavedenou nefrostomií. Počáteční otázky jsou identifikačního charakteru. Graf P1 zobrazuje zastoupení mužů a žen s nefrostomií. Z grafu vyplývá, že 62% respondentů jsou muži a 38% respondentů jsou ženy. Kawaciuk (26) uvádí, že ledvinový karcinom postihuje častěji muže než ženy. Pokud bychom brali v úvahu, že většině pacientů byl diagnostikován karcinom ledviny a z tohoto důvodu mají zavedenou nefrostomii. Otázku zaměřenou na důvod zavedení nefrostomie jsem v dotazníku neměla, ale díky zkušenostem z praxe na urologickém oddělení, rozhovory s několika pacienty a sestrami urologického oddělení opravdu příčina zavedení nefrostomie z důvodu karcinomu ledviny byla v našem výzkumném vzorku minimální. Věkové rozmezí je znázorněno v grafu P2, ze kterého vyplývá, že 32% pacientů se nachází ve věku 51-60 let, 21% je ve věku 61-70 let, současně 9% pacientů se pohybuje ve věku méně než 30 let a 71 let a více. Kawaciuk (26) také uvádí, že nádory ledviny jsou diagnostikovány u pacientů ve věkovém rozmezí 50-70 let. Také Šváb (11) ve své literatuře uvádí, že četnost zakládání nefrostomií je vyšší u starších pacientů. Graf P3 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání pacientů. 65% pacientů je středoškolsky vzdělaných a 18% z nich je vyučeno. Vysokou školu má 12% pacientů a základní vzdělání má jen 6% pacientů. Graf P4 zobrazuje sociální situaci pacientů. 65% pacientů udává, že bydlí s rodinnými příslušníky, 26% pacientů žije sami, 6% pacientů žije v sociálním zařízení a jeden pacient uvedl, že žije pouze s manželkou. Křivohlavý (39) ve své literatuře klade důraz na dobré sociální zázemí nemocného člověka a dále uvádí, že rodina hraje klíčovou roli v péči o pacienta. Graf P5 popisuje, jaký je nejčastější typ nefrostomie. Nejvyšší četnost měla možnost trvalá nefrostomie a to 62%. Dočasnou nefrostomii má 38% pacientů. Možnost nevím nebyla označena. Graf P6 znázorňuje dobu, po kterou mají pacienti nefrostomii zavedenou. Z grafu vyplývá, že 38% pacientů má nefrostomii zavedenou méně než 6 měsíců, 32% pacientů má nefrostomii 2-4 roky a 29% pacientů má nefrostomii zavedenou 6 měsíců-1 rok. Možnost 5 let a více nebyla označena.

Následující otázky se vztahují k informovanosti pacienta a ověření jeho znalostí a dovedností v souvislosti s péčí o nefrostomii. Z grafu P7 vyplývá, že o důvodu založení nefrostomie lékař informoval 74% pacientů, 18% pacientů informoval praktický lékař a 9% bylo informováno sestrou. Vondráček (30) ve své publikaci uvádí, že pouze lékař může informovat pacienta o následujících léčebných postupech. Graf P8 popisuje, zda byla pacientovi a rodině předvedena péče o nefrostomii. 65% pacientů označilo možnost ano, 21% pacientů označilo možnost spíše ano. 3% pacientů nebyla předvedena péče o nefrostomii. Lukáš (35) ve své literatuře popisuje edukační postup, dle kterého sestra nejprve pracuje samostatně a ukáže pacientovi správné ošetřování nefrostomie. Z grafu P9 vyplývá, že 69% pacientů bylo edukováno v péči o nefrostomii sestrou a 31% pacientů bylo edukováno lékařem. Juřeníková (36) ve své literatuře udává, že v pozici edukátora je vždy sestra, která pacienta učí správné péči o nefrostomii. Graf P10 popisuje, ověření edukace pacienta. 62% pacientů označilo možnost ano a 21% zvolilo možnost spíše ano. U 9% pacientů ověření edukace nebylo provedeno. Graf P11 zobrazuje, jakým způsobem si ošetřující personál ověřil edukaci pacienta. Z grafu je patrné, že 71% pacientů pro ověření zopakovalo informace a provedlo veškerou péči o nefrostomii, 18% pacientů předvedlo veškerou péči a 11% pacientů pouze zopakovalo informace. Možnost jiné nebyla nikým označena. Juřeníková (36) ve své literatuře považuje zpětnou vazbu a následné ověření za důležitou součást edukace pacienta. Z grafu P12 vyplývá, že 100% pacientů s nefrostomií nebyla poskytnuta informační brožura. Následuje graf P13, ze kterého je patrné, že 76% pacientů by uvítalo informační brožuru a 24% pacientů neví, jestli má o brožuru zájem. Z grafu P14 vyplývá, že 79% pacientů získává informace o svém onemocnění i z jiných zdrojů, než na urologickém oddělení. Pouze 21% pacientů se spokojí s informacemi, které jim jsou podány v nemocnici. Na předchozí graf navazuje graf P15, ve kterém jsou znázorněny nejčastější zdroje informací, které pacienti využívají. Nejvíce pacienti získávají informace o svém onemocnění z internetu (85%), dále z médií (37%) a z odborné literatury (33%). Pouze 22% pacientů získává informace o svém onemocnění od své rodiny a přátel. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Následující otázky zjišťovaly, zda pacient cítí nějaké omezení v souvislosti se zavedenou nefrostomií. Graf P16 znázorňuje, zda byla rodina obeznámena o zavedení pacientovo nefrostomie. 56% pacientů obeznámilo rodinu samo, 21% pacientů označilo, že rodinu obeznámil lékař. Zajímavým zjištěním je, že 24% pacientů uvedlo, že rodina o jejich nefrostomii neví. Vondráček (30) ve své literatuře uvádí, že pouze lékař může podávat informace rodině o stavu pacienta a to vždy po vyslovení jeho souhlasu. Graf P17 zobrazuje, zda pacienti našli v rodině psychickou podporu. Zjištění je velmi příznivé, 94% pacientů našlo u své rodiny psychickou podporu. Pouze 6% pacientů uvedlo, že u své rodiny psychickou podporu nemá. Z grafu P18 je patrné, že 56% pacientům narušila nefrostomie jejich partnerské vztahy. Naopak 30% pacientů uvedlo, že nefrostomie jejich partnerské vztahy nenarušuje. Křivohlavý (39) se shoduje v názoru s Kutnohorskou (23), která ve své knize uvádí, že psychická a sociální podpora nemocného je podstatným pomocníkem léčby. Dále udává, že rodina a partnerské vztahy významně mohou ovlivnit psychiku pacienta. Graf P19 popisuje, jak se pacientům po zavedení nefrostomie změnil život. Většina (91%) pacientů uvedlo, že se jim po zákroku život změnil. Pouze 3% pacientů uvedlo, že změnu nepocítují. Navazující graf P20 znázorňuje oblasti života, ve který se pacientům změnil život. Největší zastoupení opovědí měl narušený společenský život, který označilo 65% pacientů, omezená sportovní aktivita, kterou uvedlo 58% pacientů. 55% pacientů pocítuje změnu také ve svém soukromém životě. Zajímavé je zjištění, že 35% pacientů označilo zaměstnání jako oblast změny života, což může vést ke zhoršení jejich sociální situace. Pouze 3% pacientů udávají, že pocítují změnu ve svém sexuálním životě, což má pozitivní vliv na jejich osobní život. Odborná literatura uvádí, že pacienti nejvíce pocítují omezení v oblasti navazování nových kontaktů a společenského života. Omezení v sexuálním životě pacient nemusí razantně pocítovat (40). Z grafu P21 vyplývá, že 29% pacientů zvládá péči o nefrostomii samo, 29% pacientů pomáhá při ošetřování jejich rodina a 26% pomáhá při ošetřování partner. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Poslední čtyři otázky se zabývají zkušenostmi pacienta s hospitalizací. Graf P22 zobrazuje, s jakým přístupem se pacienti setkali na urologickém oddělení. 88% pacientů současně uvedlo, že ošetřující personál měl zájem o jejich problém a prokázal znalosti v péči o nefrostomii. Se vstřícností se na urologickém oddělení setkala 76% pacientů. Pozitivní je zjištění, že se pacient na urologickém oddělení nesetkal s neznalostí problematiky, lhostejností či neochotou ze strany ošetřujícího personálu. Odpovědi na otázku, která zjišťovala, zda byli pacienti hospitalizováni i na jiném oddělení než na urologickém jsou zobrazeny v grafu P23, dle kterého je patrné, že 62% pacientů nebylo po zavedení nefrostomie hospitalizováno na jiném oddělení a 38% z nich uvedlo hospitalizaci i na jiném oddělení. Pacienti, kteří byli hospitalizováni na jiném oddělení, odpovídali na následující dvě otázky (graf P24 a P25). Graf P24 znázorňuje nejčastější oddělení, na kterých byli pacienti hospitalizováni. Onkologické oddělení uvedlo 31% pacientů, chirurgické oddělení a ONP současně označilo 23% pacientů, na interním oddělení bylo hospitalizováno 15% pacientů a na nervovém oddělení 8% pacientů. Z grafu P25 vyplývá, že pacienti se na jiných odděleních ze strany ošetřujícího personálu nejvíce setkali se vstřícností (92%), znalostí péče o nefrostomii (69%) a zájmem o jejich problém (54%). Na rozdíl od urologického oddělení, se na jiných odděleních pacienti setkali i s negativním přístupem ze strany ošetřujícího personálu. 31% pacientů mělo pocit, že ošetřující personál nezná problematiku péče o nefrostomii, 15% pacientů uvedlo, že ošetřující personál byl vůči nim lhostejný a 8% pacientů uvedlo neochotu. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Z výsledků dotazníkového šetření určeného sestrám vybraných oddělení bylo zjištěno, že se sestry orientují v problematice související s nefrostomií a umějí pečovat o pacienta s nefrostomií. Z toho vyplývá, že první hypotéza Sestry neumějí o pacienta s nefrostomií pečovat, byla vyvrácena.

Po analýze výsledků dotazníkového šetření určeného pacientům s nefrostomií byly potvrzeny obě hypotézy. Většina pacientů se cítí omezena v různých oblastech života, tudíž hypotéza- pacienti se cítí omezení v souvislosti se zavedenou nefrostomií byla potvrzena. Výsledky poukazují na to, že při ošetřování pacientům

pomáhá rodina, nebo péči zvládají sami. Takže i poslední hypotéza – pacienti umějí v domácím prostředí pečovat o nefrostomii, byla potvrzena.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s nefrostomií a na samotný život pacienta, kterému byla nefrostomie zavedena.

Celkem byly zvoleny tři cíle. První z nich měl zjistit, zda sestry umí ošetřovat pacienta s nefrostomií. Druhým cílem bylo zjistit, zda je pacient omezen v souvislosti se zavedenou nefrostomií a třetím cílem zjistit, zda pacient umí o nefrostomii pečovat. Zároveň byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry neumějí ošetřovat pacienta s nefrostomií. Výsledky dotazníkového šetření určeného všeobecným sestrám na chirurgickém, interním oddělení a ONP Nemocnice České Budějovice a.s. vypovídají o skutečnosti, že sestry umí o pacienta s nefrostomií pečovat, proto první hypotéza nebyla potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti umí v domácím prostředí pečovat o nefrostomii. Tato hypotéza se pomocí dotazníkového šetření potvrdila. Třetí hypotéza předpokládala, že nefrostomie omezuje pacienty v každodenním životě. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacient cítí omezení v každodenním životě, proto se tato hypotéza také potvrdila.

Pacientů s nefrostomií není mnoho. Cílem této bakalářské práce bylo ucelit informace týkající se ošetřování pacienta s nefrostomií.

Výsledky této práce budou využity v praxi v podobě informační brožury (viz. Příloha 8). Tuto brožuru by mohly využít nejen sestry, ale i pacienti pro osvojení znalostí a dovedností souvisejících s touto problematikou.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-802-4617-176.
2. TROJAN, Stanislav, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
3. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4725-260
4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4
5. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4715-216
6. VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 948-80-246-1344-4
7. PACÍK, Dalibor. *Urologie pro sestry*. Brno: IDVPZ, 1996. ISBN 80-701-3235-3.
8. NERMUŤOVÁ, Zuzana a Petra VÁVROVÁ. Punkční nefrostomie. *Sestra*: 2013, č. 6, s. 39-40. ISSN 1210-0404
9. DÍTĚ, Zdeněk. Obstrukční uropatie v pediatrické urologii. *Postgraduální medicína*. 2011, č. 1, s. 104 - 111 . ISSN 1212-4184
10. HUSTÝ Jakub, Vlastimil VÁLEK a Jan PEREGRIN. : Radiologické intervenční výkony na ledvině. *Postgraduální medicína*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 208-213. ISSN 1212-4184
11. ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-045.
12. VIKLICKÝ, Ondřej a Sylvie SULKOVÁ. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4732-275
13. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-701-3434-8.
14. ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3874-230

15. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1122-2.
16. PEŠL, Michael, Libor ŠAFAŘÍK a Josef SEDLÁČEK. Ureterokutánní píštěl u pacientky s perirenálním hematodem. *Urologie pro praxi*: 2004, č. 3, s. 133. ISSN 1803-5299
17. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-807-3452-025
18. ZACHOVAL, Roman, Michael URBAN a Miroslav ZÁLENSKÝ et al. Double J-stent versus nefrostomie při drenáži horních močových cest. *Urologické listy*. 2004, č. 2, s. 43-46. ISSN: 1214-2085.
19. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4732-565.
20. FARKAŠOVÁ, Dana a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
21. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.
22. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
23. KUTNOHORSKÁ, Jana a Ilona PLEVOVÁ. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-692
24. VAŇKOVÁ, Milena. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*: 2006, č. 9, s. 343-345. ISSN 1801-1349
25. SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha, 2007. ISBN 978-802-4710-792.
26. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2626-267
27. KÖHLER, Oto a Jan KOČÁREK. Endoskopické řešení obstrukcí v horních močových cestách. *Postgraduální medicína*. 2005, roč. 7, č. 5, s. 562 - 568. ISSN 1212-4184
28. VOSÁTKOVÁ, Karolína a Alena HOUDKOVÁ. Psychologie nemocného v předoperačním a pooperačním období. *Sestra*: 2008, č.7-8, s. 63. ISSN 1210-0404

29. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-426
30. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-298.
31. MICHALSKÝ Rudolf a David MÍKA. *Urologie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-676-2.
32. WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X
33. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4
34. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4744-124
35. LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0
36. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada, 2010. ISBN 978-802-4721-712
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring Quality of Life*. [online]. 1997 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
38. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
39. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
40. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CLINICAL CENTER. *Caring for Your Percutaneous Nephrostomy Tube*. [online]. 2007 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: http://www.cc.nih.gov/ccc/patient_education/pepubs/percneph.pdf

41. Nephrostomy. In: *Macmillan cancer support*. [online]. [cit. 2014-03-10].
Dostupné z:
<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertreatment/Treatmenttypes/Supportivetherapies/Nephrostomy.aspx>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 Fotografie zavedené nefrostomie

Příloha 2 Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

Příloha 3 Informovaný souhlas se zavedením nefrostomie

Příloha 4 Fotografie pomůcek k založení nefrostomie

Příloha 5 Fotografie pomůcek k převazu nefrostomie

Příloha 6 Dotazníky pro sestry

Příloha 7 Dotazníky pro pacienty

Příloha 8 Informační brožura

Příloha 1 Fotografie zavedené nefrostomie (zdroj vlastní)



Fotografie č. 1 Zavedený nefrostomický katetr

Příloha 2 Informovaný souhlas s podáním anestezie (zdroj Nemocnice České Budějovice a. s. – urologické oddělení)

Nemocnice České Budějovice, a. s., B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice, IČO 26068877
ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTÉZIE

Vážená paní, vážený pane!

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii, nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí anebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já,....., souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestézie, která mi bude poskytnuta, a souhlasím s navrženým typem anestézie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestézie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestézie.
8. Jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestézie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a souhlasím s navrženým typem anestézie:

☐ Celková anestézie ☐ Spinální anestézie ☐ Epidurální anestézie ☐ Jiná svodná anestézie
☐ Monitorovaná sedace-analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr.potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestézie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Příloha 3 Informovaný souhlas se zavedením nefrostomie (zdroj Nemocnice České Budějovice a. s. – urologické oddělení)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Pracoviště): Urologické oddělení

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Punkční nefrostomie

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Vyvedení moči z dutého systému ledviny.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V lokální či celkové anestézii, v poloze na břiše či na boku pod rentgenovou či ultrazvukovou kontrolou provedena punkce dutého systému ledviny. zaveden zavaděč , dilatován trakt a zaveden katétr drénující dutý systém ledviny.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

V některých případech Zavedení double pig tailu

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Spolehlivost v odvedení moči.

ale současně tyto nevýhody:

Vyvedení moči na povrch těla.

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

Rizikem výkonu krvácení, zánětlivé komplikace možnost poškození okolních orgánů při punkci či dilataci.

Vzácně se vyskytující závažné komplikace mohou vést až operační revizi či ztrátě ledviny.

Vzácnou komplikací výkonu může být komplikace trombembolická, zhoršení interního či neurologického stavu.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Fyzické šetření

Vyvedení drénu na povrch těla

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Punkční nefrostomie

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Českých Budějovicích dne:

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: *(Vyplňuje se pouze tehdy není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů).*

Příloha 4 Fotografie pomůcek k založení nefrostomie (zdroj vlastní)



Fotografie č. 2- sterilní stůl s pomůckami k založení nefrostomie- zleva perforovaná rouška vhodné velikosti, sterilní čtverečky a tampony, šicí materiál, spojka se závitem, sterilní tampon s jehlou, perkutánní nefrostomická pigtail souprava, anatomická a chirurgická pinzeta, nůžky, jehelec, peán

Příloha 5 Fotografie pomůcek k převazu nefrostomie (zdroj vlastní)



Fotografie č. 3 – Pomůcky k převazu nefrostomie – zleva rukavice, močový sáček, nepřilnavá mřížka Inadine, benzín na očištění okolí nefrostomie, dezinfekční prostředek Prontosan, bariérový sprej Cavilon, čtverečky, emitní miska

Příloha 6 Dotazník pro sestry

Dotazníky pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Jana Ziková a jsem studentkou 3. Ročníku Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je nezbytný pro výzkumnou část mé bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií.

Dotazník je anonymní a získaná data použiji výhradně pro účely své práce. Při vyplňování dotazníku zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Jana Ziková

1. Jaký je Váš věk?

- a. 21-25 let
- b. 26-30 let
- c. 31-40 let
- d. 41-50 let
- e. 51 a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Středoškolské s maturitou
- b. Vyšší odborné (Dis.)
- c. Vysokoškolské (Bc.)
- d. Vysokoškolské (Mgr.)

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a. ONP
- b. Interní oddělení
- c. Chirurgické oddělení

4. Jak dlouho pracujete na tomto pracovišti?

- a. 0-1 rok
- b. 2-5 let

- c. 6-10 let
- d. 11-15 let
- e. 16-20 let
- f. 21 a více

5. **Kolikrát jste během své praxe ošetřovala pacienta s nefrostomií?**

- a. Méně než 5x
- b. 5x-10x
- c. Více než 10x
- d. Nikdy
- e. Nevím

6. **Jaké jsou nejčastější indikace k založení nefrostomie?** (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Nádor
- b. Močová infekce
- c. Nefrolithiáza
- d. Derivace moči
- e. Píštěl
- f. Úrazy malé pánve
- g. Stav po ozařování
- h. Jiné, prosím

vypište.....

7. **Jaké jsou nejčastější komplikace v souvislosti se zavedenou nefrostomií?** (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Chronické močové infekce
- b. Dislokace katetru
- c. Hemoragie
- d. Únik moči do retroperitonea
- e. Jiné, prosím

vypište.....

8. **Kontroluje u pacienta s nefrostomií příjem a výdej tekutin?**

- a. Kontroluji pouze příjem pacienta
- b. Kontroluji pouze výdej pacienta
- c. Kontroluji příjem i výdej pacienta
- d. Nekontroluji příjem ani výdej
- e. Nevím

9. **Pokud jste v předchozí otázce označila odpověď A., B. nebo C., označte prosím, kam zaznamenáváte naměřenou hodnotu?**

- a. Zaznamenávám příjem a výdej tekutin do **teplotní tabulky**
- b. Zaznamenávám příjem a výdej tekutin do **speciálního záznamového archu**
- c. Zaznamenávám příjem a výdej tekutin do **dekurzu**
- d. nezaznamenávám
- e. Jiné, prosím
vypište.....

10. **Jak často převazujete nefrostomii?**

- a. Každý den
- b. Dle potřeby pacienta
- c. 1x týdně
- d. 1x za dva týdny

11. **Péče o pacienta s nefrostomií zahrnuje:** (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Aseptický převaz
- b. Sledování bilance tekutin
- c. Kontrola známek infekce
- d. Kontrola tělesné teploty
- e. Kontrola pokožky v oblasti nefrostomie
- f. Výměna sběrného sáčku na moč
- g. Kontrola vzhledu a barvy vyvedeného střeva
- h. Výměna stomického sáčku
- i. Nevím
- j. Jiné, prosím
vypište.....

12. **Jak často provádíte výměnu sběrného sáčku?**

- a. 1x za den
- b. 1x za týden
- c. Když je sáček plný
- d. Dle potřeby pacienta
- e. Pacient si sáček mění sám
- f. Jiné, prosím
vypište.....

13. Dle čeho usuzujete, zda by bylo vhodné provést výměnu sběrného sáčku? (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. pokud je sáček plný
 - b. sáček neodvádí moč
 - c. v moči se objevila krev
 - d. v sáčku se nadměrně usazují krystalky urátových solí
 - e. nevím
 - f. jiné, prosím
- vypište.....

14. Jak často kontrolujete upevnění (stehy) nefrostomie?

- a. 1x za den
 - b. 1x za týden
 - c. Při převazu
 - d. Při hygieně
 - e. Pacient provádí kontrolu sám
 - f. Nekontroluji upevnění nefrostomie
 - g. Jiné, prosím
- vypište.....

15. Jak postupujete, pokud dojde k uvolnění stehu na nefrostomickém katétru?

- a. Katétr vysunu a informuji ošetřujícího lékaře
 - b. Katétr ponechám a poučím pacienta, aby se nehýbal, a informuji ošetřujícího lékaře
 - c. Katétr zafixuji sterilními čtverci, náplastí a informuji ošetřujícího lékaře
 - d. Nevím
 - e. Jiné, prosím
- vypište.....

16. Edukoval/a jste pacienta v oblasti správné péče o nefrostomii?

- a. Ano, pacienta jsem poučila po teoretické stránce
- b. Ano, pacienta jsem poučila po praktické stránce
- c. Ano, pacienta jsem poučila jak po teoretické, tak i praktické stránce
- d. Pacient už poučený byl
- e. Neprovedla jsem edukaci

17. Provedl/a jste po edukaci ověření znalostí a dovedností pacienta v péči o nefrostomii?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne
- f. Pacienta jsem needukovala

18. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, SPÍŠE ANO, odpovězte, jakým způsobem jste ověřil/a znalosti a dovednosti pacienta v péči o nefrostomii?

- a. Pacient mi zopakoval informace, které se dozvěděl
- b. Pacient mi prakticky ukázal, jak o nefrostomii pečuje
- c. Pacient mi zopakoval informace a prakticky ukázal, jak o nefrostomii pečuje
- d. Jiné, prosím
vypište.....

19. Jakým způsobem předcházíte vzniku infekce u pacienta s nefrostomií? (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Aseptický převaz nefrostomie
- b. Dodržování pravidelného pitného režimu
- c. Pravidelná hygiena v oblasti nefrostomie
- d. Pravidelná výměna sběrného sáčku na moč
- e. Pravidelné kontrolní odběry moče
- f. Preventivní podávání antibiotik
- g. Jiné, prosím
vypište.....

20. Jak postupuje při zjištění uroinfekce? (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Poučím pacienta o zvýšeném příjmu tekutin
- b. Poučím pacienta o symptomech infekce
- c. Doporučím pacientovi vhodné tekutiny
- d. Poučím pacienta o podávání antibiotik
- e. Poučím pacienta o včasných výměnách sáčků a obvazů
- f. Poučím pacienta o důležitosti umístění sběrného sáčku pod úroveň močového měchýře, z důvodu spádu moči
- g. Jiné, prosím
vypište.....

21. Měl/a jste možnost navštívit seminář zaměřující se na péči o nefrostomii?

- a. Ano, měla jsem možnost a seminář jsem absolvovala
- b. Ano, měla jsem možnost, ale seminář jsem nenavštívila
- c. Ne, neměla jsem možnost
- d. Žádný seminář zaměřený na tuto problematiku jsem dosud nenašla

22. Máte zájem si doplnit znalosti zaměřené na péči o nefrostomii?

- a. Ano, mám zájem především o prohloubení teoretických znalostí
- b. Ano, mám zájem především o prohloubení praktických znalostí
- c. Ano, mám zájem o prohloubení praktických i teoretických znalostí
- d. Nemám zájem

23. Jakým způsobem se staráte o psychický stav pacienta? (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Osobní rozhovor a edukace pacienta
- b. Pravidelné kontroly na urologii
- c. Osobní přístup k pacientovi
- d. Zajištění pravidelného kontaktu s rodinou či přáteli
- e. Návštěva stoma sestry
- f. Zajištění konzultace s psychologem
- g. Nestarám se o psychický stav pacienta
- h. Jiné, prosím
vypište.....

Děkuji za čas strávený vyplněním dotazníku.

Jana Ziková

Příloha 7 Dotazník pro pacienty

Dotazníky pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Ziková a jsem studentkou 3. Ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci při výzkumném šetření, jehož výsledky budou použity v mé bakalářské práci s názvem Ošetrovatelská péče o pacienty s nefrostomií.

Dotazník je anonymní a získaná data použiji výhradně pro účely své práce. Při vyplňování dotazníku zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Jana Ziková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Muž
- b. Žena

2. Kolik je Vám let?

- a. Méně než 30
- b. 31-40 let
- c. 41-50 let
- d. 51-60 let
- e. 61-70 let
- f. 71 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní
- b. Vyučen
- c. Středoškolské
- d. Vysokoškolské

4. Jaká je vaše sociální situace?

- a. Žiji sám/a
- b. Žiji s rodinnými příslušníky
- c. Žiji v sociálním zařízení (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou,..)
- d. jiné, prosím
vypište.....

5. **Jaký typ nefrostomie máte?**

- a. Dočasná
- b. Trvalá
- c. Nevím

6. **Jak dlouho máte nefrostomii zavedenou?**

- a. Méně než 6 měsíců
- b. 6 měsíců -1rok
- c. 2 - 4 roky
- d. 5 let a více

7. **Kdo Vás informoval o důvodu k založení nefrostomie?**

- a. Praktický lékař
- b. Ošetřující lékař v nemocnici
- c. Sestra
- d. Nikdo
- e. Jiné, prosím
vypište.....

8. **Byla Vám a rodině názorně předvedena péče o nefrostomii?**

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. ne

9. **Pokud jste odpověděl/a na předchozí ANO, SPÍŠE ANO, označte, kdo Vám předvedl, jak správně pečovat o nefrostomii?**

- a. Lékař
- b. Sestra
- c. Spolupacient
- d. Rodina
- e. Jiný, prosím
doplňte.....

10. Ověřil si ošetřující personál, zdali jste správně pochopil péči o nefrostomii?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. ne

11. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ANO, SPÍŠE ANO, prosím označte, jakým způsobem si ošetřující personál ověřil Vaše znalosti a dovednosti v péči o nefrostomii?

- a. Zopakoval jsem informace, které mi byly podány
- b. Samostatně jsem provedl veškerou péči o nefrostomii
- c. Zopakoval jsem informace včetně samostatného provedení péče o nefrostomii
- d. Jiné, prosím
vypište.....

12. Byla Vám na urologickém oddělení poskytnuta informační brožura s touto tematikou?

- a. Ano
- b. Ne

13. Pokud jste na otázku číslo 12. odpověděl/a NE, uvítal/a by jste brožuru s informacemi o nefrostomii?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

14. Získáváte informace o vašem onemocnění z jiných zdrojů, než informace podané na urologickém oddělení?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

15. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ANO, vyberte prosím zdroj informací:

- a. Média
- b. Odborná literatura
- c. Internet
- d. Přátelé, rodina
- e. Jiné, prosím
doplňte.....

16. Je rodina obeznámena o Vaší nefrostomii?

- a. Ano, rodinu jsem obeznámil sám/a
- b. Ano, rodina byla obeznámena lékařem
- d. Ano, rodina byla obeznámena sestrou
- e. Ne, rodina o nefrostomii neví

17. Našel/našla jste v rodině psychickou podporu?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

18. Narušila Vám nefrostomie partnerské vztahy?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

19. Změnil se Vám po zavedení nefrostomie život?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

20. Pokud jste odpověděl/a na otázku 18. ANO, SPÍŠE ANO, specifikujte, v jaké oblasti se Vám změnil život:*(u této otázky můžete označit více odpovědí)*

- a. Zaměstnání
- b. Narušený společenský život
- c. Omezená sportovní aktivita
- d. Noví přátelé
- e. Změna životosprávy
- f. Soukromý život
- g. Jiný, prosím
doplňte.....

21. Kdo Vám pomáhá pečovat o nefrostomii v domácím prostředí?

- a. Péči zvládám sám/a
- b. Rodina
- c. Partner
- d. Domácí pečovatelská služba
- e. Jiný, prosím
doplňte.....

22. S jakým přístupem jste se setkal/a ze strany ošetřujícího personálu na urologickém oddělení v souvislosti s péčí o nefrostomii? *(u této otázky můžete označit více odpovědí)*

- a. Zájem o můj problém
- b. Znalost péče o nefrostomii
- c. Vstřícnost
- d. Neznalost problematiky péče o nefrostomii
- e. Lhostejnost
- f. Neochota
- g. Jiné, prosím
doplňte.....

23. Byl/a jste od doby, kdy Vám byla zavedena nefrostomie hospitalizovaný/á i na jiném oddělení než na urologickém?

- a. Ano
- b. Ne

24. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO vyplšte, na jakém oddělení jste byl hospitalizovaný/á:

.....
.....
.....

25. S jakým přístupem jste se setkal/a ze strany ošetřujícího personálu na jiném oddělení v souvislosti s péčí o nefrostomii? (u této otázky můžete označit více odpovědí)

- a. Zájem o můj problém
- b. Znalost péče o nefrostomii
- c. Vstřícnost
- d. Neznalost problematiky péče o nefrostomii
- e. Lhostejnost
- f. Neochota
- g. Jiné, prosím
doplňte.....

Děkuji za čas strávený vyplněním dotazníku.

Jana Ziková

Péče o nefrostomii

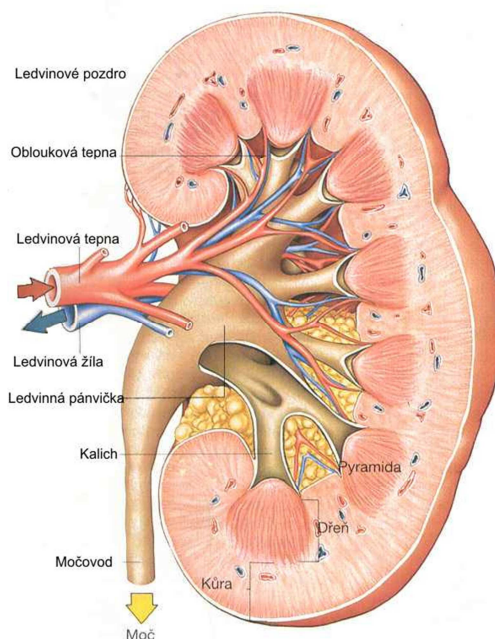
**Informační brožura pro pacienty
se zavedenou nefrostomií**

2014

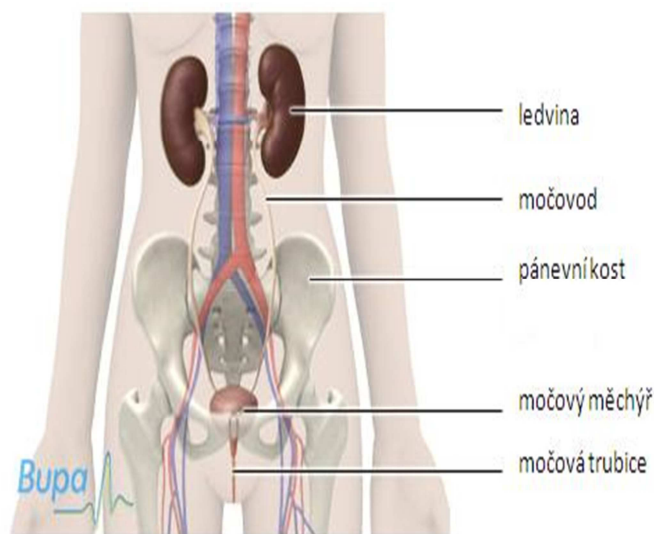
1. Anatomie ledvin

Ledviny jsou párovým orgánem, který je uložený podél páteře ve výši bederních obratlů. Ledviny nejsou umístěny břišní dutině, ale v oblasti zvané retroperitoneum. Velikost ledviny je přibližně 10 centimetrů, ale během života se velikost mění. Tvar ledviny je přirovnáván k fazoli. Ledvina má zevní vrstvu-kůru, která se nachází podél obvodu ledviny a vnitřní vrstvu-dřeň, která obsahuje sběrací kanálky.

Základní a funkční jednotkou ledvin je Nefron, který se skládá z klubiček (glomeruly) a z kanálků (tubuly). V klubičku (glomerulu) vzniká filtrát tzv. primární moč, která poté přechází do kanálků, kde je upravováno její množství a složení. Vzniká již definitivní moč, pomocí níž se z těla odstraňují zplodiny metabolismu a přebytečná voda. Močové cesty jsou tvořeny ledvinnými kalichy a ledvinnou pánvičkou, kterými je moč odváděna do močovodů, následně pak do močového měchýře a močovou trubicí z těla ven genitáliemi.



Anatomie ledviny



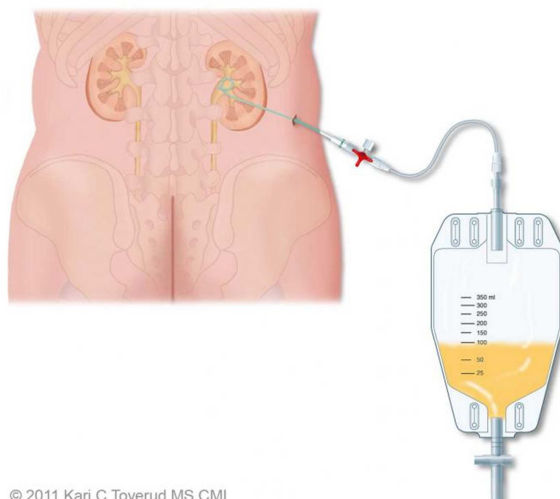
Vývodné cesty močové

2. Co je nefrostomie?

Nefrostomie znamená vytvoření umělého vývodu ledviny, pomocí kterého je moč odváděna přímo z ledviny do sběrného sáčku. Vývodná hadička je připevněna ke kůži dvěma až třemi stehy, které zaručují spolehlivé upevnění.

3. V jakých případech se nefrostomie se zavádí?

Nefrostomie se nejčastěji zavádí v souvislosti s nádorem ledvin, malé pánve nebo močových cest, který utlačuje ledvinnou tkáň a způsobuje neprůchodnost močových cest. Postupně dochází ke špatnému odtoku moči, která zůstává v ledvinách. Tento stav může vést až k zánětu ledvin a postupné ztrátě funkce ledviny.



© 2011 Kari C Toverud MS CMI

Nefrostomie

4. Jaká je příprava před založením nefrostomie?

V předoperačním období Vás lékař vyšetří pomocí ultrazvuku nebo CT. Poté Vám sestra odebere krev na biochemické a hematologické vyšetření, na krevní srážlivost. Samozřejmostí je i vyšetření moče a sedimentu. Pokud užíváte léky na ředění krve, měly by se po domluvě s lékařem před plánovaným zákrokem vysadit. Před samotným zákrokem podepíšete informovaný souhlas se zavedením nefrostomie a pokud bude výkon prováděn v celkové anestezii (narkóze) tak i souhlas s anestezií.



5. Jak se nefrostomie zavádí?

Tento výkon se zpravidla provádí v lokální anestezii, kdy lékař znecitliví místo zavedení nefrostomie. Pacient zaujímá polohu na břiše s mírným podložením. Lékař pomocí ultrazvuku zvolí vhodné místo vpichu a provede drobný řez do kůže a zavádí nefrostomickou jehlu do ledvinné pánvičky. Poté se zavádí nefrostomický drén, který se ke kůži pacienta zafixuje pomocí stehů, které zabraňují vyklouznutí nebo posunutí drénu. Na nefrostomický drén je napojen sběrný sáček.

6. Jaké jsou komplikace nefrostomie?

Jako každý zákrok tak i založení nefrostomie nese s sebou komplikace. Nejčastější komplikací je posunutí nefrostomického katetru a to i přes jeho pevnou fixaci ke kůži. V důsledku neopatrnosti může dojít k uvolnění stehů a nefrostomický katetr se může vysunout. Mezi méně časté komplikace patří krvácivost v okolí nefrostomie, chronické infekce močových cest či únik moči do retroperitonea.



7. Dispenzarizace

Po založení nefrostomie docházíte v pravidelných intervalech na kontrolu do urologické ambulance. Pacienti jsou obvykle kontrolováni každé tři týdny. Pokud se u Vás objeví komplikace, do urologické ambulance můžete přijít dříve. Při kontrole se provádí vyšetření moče, ultrazvukové vyšetření ledvin. Dále se kontroluje pokožka v okolí nefrostomie a celý vývodný systém. Popřípadě se vymění sběrný sáček.

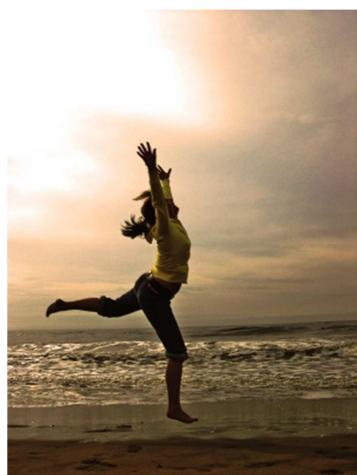


8. Jak mám o nefrostomii pečovat?

Po založení nefrostomie Vás sestra vždy poučí, jak ošetřovat nefrostomii a v jakých případech se obrátit na ošetřujícího lékaře. Je vhodné, aby se na ošetřování nefrostomie podílel někdo z rodiny, protože pacient ústí nefrostomie nevidí. Měl by jste pečovat o pokožku v okolí nefrostomie a pravidelně kontrolovat její upevnění. Převaz se provádí vždy podle potřeby pomocí sterilních pomůcek. Nejprve provedete dezinfekci okolí nefrostomie, poté aplikujete ochranný bariérový sprej, který zabraní nadměrnému vysoušení pokožky. Mezitím si připravíte sterilní čtverce a nastříhnete je do písmene Y a nefrostomický katetr se jimi podloží. Poté se obvaz zajistí náplastí. Nefrostomický katetr se odpojujte od sběrného sáčku co nejméně, aby se minimalizovala možnost vzniku infekce. Výměna sběrného sáčku se také provádí podle potřeby.

9. Jsem nějak omezen v souvislosti se zavedenou nefrostomií?

Sběrný sáček nefrostomie jde velice dobře skrýt pod kalhoty či košili, proto nefrostomie nijak neomezuje. Při sportu je důležité dbát zvýšené opatrnosti, aby se nefrostomie nevytrhla. V sexuální oblasti se Váš životní styl nemusí razantně měnit. Stačí brát ohled na svou nefrostomii, zejména na možnost posunutí nebo rozpojení nefrostomického katetru, proto je důležité, aby jste vyprázdnil sběrný sáček a zkontroloval upevnění nefrostomie. Z hygienických důvodů by jste se měl pouze sprchovat než koupat ve vaně a při hygieně používat neparfemovaná mýdla a okolí nefrostomie vždy důkladně osušit a převázat.



10. Co musím hlídat u nefrostomie?

Při převazu by jste měl kontrolovat pokožku v okolí nefrostomie a upevnění nefrostomie. Je nutné dodržovat hygienu, pravidelně provádět převaz a vyprazdňovat sběrný sáček. Sběrný sáček udržujte vždy pod úrovní ledvin, aby nedocházelo k návratu moči. Jakákoliv změna Vašeho zdravotního stavu by se měla konzultovat se svým ošetřujícím lékařem. Důležité je dodržovat pravidelný pitný režim. Doporučuje se vypít alespoň 2 litry vody denně.

Vaše poznámky:



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Termín další kontroly na urologii:



.....

.....

.....

.....

.....

.....

S případnými dotazy se obraťte na svého lékaře:



jmeno:



adresa:



telefon:



e-mail: