

Úskalí péče o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v domácí ošetrovatelské péči

Klára Sedláčková

Bakalářská práce
2013 / 2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára Sedláčková
Osobní číslo: H11141
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Úskalí péče o permanentní močový katétr u
imobilních nemocných v domácí ošetrovatelské péči

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů k dané problematice.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace dotazníkového šetření u všeobecných sester v agenturách domácí péče, týkající se problematiky péče o permanentní močový katétr.

Zpracování a vyhodnocení dat.

Prezentace a shrnutí výsledků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ELIOPOULOS, Charlotte. Gerontological Nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993. ISBN 0-397-54628-9.

MARKOVÁ, Marie a kolektiv. Komunitní ošetřovatelství pro sestry. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. Základy ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠRUBAŘOVÁ, Kateřina. Mobilizace pacienta. Praha: EuroProfis, 2007. ISBN 978-80-239-8837-6.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. Klíčové dovednosti sester. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně20.2.2014

.....Galová.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá úskalími péče o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v domácí péči. Jde o velmi aktuální téma. Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části.

Teoretická část se orientuje na definici imobility, imobilizační syndrom a na somatické odpovědi organismu na imobilitu. V rámci imobilizačního syndromu se často objevují stavy, kdy je nutné zavedení permanentního močového katétru, proto se dále se teoretická část bakalářské práce věnuje problematice péče o permanentní močový katétr. Uvádí také náplň práce, dostupnost a přínos agentur domácí péče. Podrobně je řešena ošetrovatelská péče o imobilní pacienty a kompetence všeobecných sester v agenturách domácí ošetrovatelské péče.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní výzkum, který byl proveden formou dotazníku pro sestry pracující v agenturách domácí péče. Dotazník je zaměřen na možnosti zvládnutí péče o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v agenturách domácí péče.

Klíčová slova: imobilita, domácí péče, permanentní močový katétr, katetrizace močového měchýře, kompetence

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with pitfalls of care about permanent urinary catheter of immobile patients in nursing care home, it is a current issue. The thesis consists of a theoretical and a practical part.

The theoretical part is focused on the definition of immobility, immobilization syndrome and somatic body's response to immobility. Bachelor thesis is dealt with issues of taking care of permanent urinary catheter, availability and benefits of home care agencies, nursing care for immobile patients and competencies of nurses in home care agencies.

The practical part contains a quantitative research conducted through a questionnaire survey among nurses working in home care agencies and focuses on the possibility of managing care of permanent urinary catheter in immobile patients in home care agencies.

Keywords: immobility, home care, permanent urinary catheter, urinary catheterization, competence

Děkuji doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za cenné, odborné rady a připomínky pro zpracování bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům za účast na dotazníkovém šetření. Velký dík si zaslouží i má rodina za trpělivost a podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 IMOBILITA.....	13
1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK IMOBILITY	13
1.2 KOMPLIKACE IMOBILITY	14
1.2.1 Prevence komplikací	14
1.3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM.....	14
1.4 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	16
1.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O IMOBILNÍHO PACIENTA.....	17
1.6 VHODNÉ DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ PRO IMOBILNÍHO PACIENTA	18
2 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	19
2.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	19
2.2 FORMY DOMÁCÍ PÉČE.....	20
2.3 ČINNOSTI DOMÁCÍ PÉČE	21
2.4 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE	21
2.5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ DOMÁCÍ PÉČE	21
2.6 DOKUMENTACE.....	22
3 KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	24
3.1 ANATOMICKÉ POZNÁMKY	24
3.1.1 Anatomie močového měchýře	24
3.1.2 Anatomie močové trubice	24
3.2 HISTORIE KATETRIZACE	25
3.3 KATETRIZACE.....	25
3.4 INDIKACE KATETRIZACE.....	26
3.5 KONTRAINDIKACE KATETRIZACE	26
3.6 ZPŮSOBY KATETRIZACE	26
3.7 POMŮCKY KE KATETRIZACI.....	27
3.7.1 Typy katétrů	27
3.8 POSTUP KATETRIZACE U MUŽE	28
3.9 POSTUP KATETRIZACE U ŽENY	28
3.10 MOŽNÉ KOMPLIKACE KATETRIZACE.....	29
3.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA S PMK.....	30
4 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PRO ZAVÁDĚNÍ PMK U MUŽŮ.....	31

II	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
5.1	TECHNIKA VÝZKUMU – DOTAZNÍK.....	34
5.2	CÍLE PRÁCE	34
5.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
5.4	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	35
5.5	METODA ŠETŘENÍ.....	35
5.6	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	36
5.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	36
6	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	37
7	DISKUZE	57
7.1	SPLNĚNÍ STANOVENÝCH CÍLŮ	57
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na péči o imobilního pacienta s permanentním močovým katétrem v domácím prostředí.

V první úseku teoretické části bakalářské práce popisují pojem imobilita, rizikové faktory pro vznik imobility, imobilizační syndrom a péči o imobilního pacienta. Druhá část je zaměřena na domácí ošetrovatelskou péči, její historii, výhody a činnosti prováděné v domácím prostředí. Nejvýznamnější oddíl teoretické části je katetrizace močového měchýře. V této části popisují anatomii močového měchýře a močové trubice. Jsou zde také uvedeny indikace a kontraindikace ke katetrizaci močového měchýře. Popisují zde způsoby katetrizace, pomůcky potřebné ke katetrizaci a postup permanentní katetrizace močového měchýře u muže i ženy, dále komplikace spojené se zavedeným močovým katétrem i ošetrovatelská péče o pacienta s permanentním močovým katétrem. V další části se zabývám kompetencemi zdravotnických pracovníků dle vyhlášky 55/2011 Sb. Popisují zde možnosti nelékařských zdravotnických pracovníků k získání odborné způsobilosti ke katetrizaci močového měchýře u mužů.

Praktická část byla realizována formou dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících v organizacích domácí ošetrovatelské péče. Dotazník je zaměřen na absolvování certifikovaného kurzu, ošetrování imobilních klientů s PMK, provádění výkonu dle ošetrovatelského standardu a na problematiku a komplikace při zavádění PMK. Uvádím zde také cíle práce a jejich splnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 IMOBILITA

Je stav, vznikající důsledkem nemoci nebo úrazu, při kterém dochází k omezení nebo ztrátě pohybových schopností (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 10). Následkem je připoutání na lůžko nebo na invalidní vozík. Omezení pohybových schopností vlivem psychiky se nazývá inaktivita. Základní složkou výchovy ke zdraví pro seniory i jejich pečovatele je varování, že nehybnosti je třeba vyhnout se za každou cenu. Starší osoby mohou mít mylnou představu, že když jsou nemocní, měly by jít do postele. Je třeba pochopit nepohodlí a vážné následky, které mohou vyplývat z nehybnosti. Pohyb každé části těla, několikrát denně a časté změny polohy jsou pro dobré zdraví nezbytné (Eliopoulos, 1993, s. 82).

Existují rozdílné druhy imobility:

- Úplná imobilita – vzniká u pacientů v bezvědomí.
- Částečná imobilita – u pacienta je částečně zachovaná schopnost pohybu, např. při postižení poloviny těla (hemiparéza nebo hemiplegie), anebo např. při zlomenině končetiny (Poledníková, 2006, s. 62).
- Dočasná imobilita – krátkodobý, vynucený klid na lůžku, nedochází k závažným změnám, např. pooperační stav.
- Dočasná dlouhodobá imobilita – je příčinou vážných komplikací a sekundárních změn. Sekundární změny život neohrožují, ale způsobují trvalé následky v pohybovém systému a v psychice.
- Trvalá imobilita – dochází k výpadku motorických funkcí vlivem vážného onemocnění, úrazu nebo vlivem těžkého vrozeného postižení. Stupeň závislosti závisí na závažnosti a na rozsahu postižení, věku, konstituci pacienta, kvalitě ošetrovatelské a rehabilitační péče, dostupnosti pomůcek a na psychickém stavu pacienta.

(Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 10)

1.1 Rizikové faktory pro vznik imobility

Mezi všeobecné rizikové faktory pro vznik imobility patří především věk nad 80 let, polymorbidita (pacienti trpí větším počtem různých onemocnění) a pomypragmázie (užívání více léčivých přípravků najednou). Ke vzniku imobility přispívá poškození pohybového

aparátu – osteoporóza, artróza, svalová slabost, pády. Další poruchy, které vedou k imobilitě, jsou poškození CNS – cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, dále také poruchy smyslových orgánů např. slepota. Důležitým rizikovým činitelem jsou také vnější faktory – kluzká podlaha, nedostatečné osvětlení, neznámé prostředí, nedostatečné pomůcky. Je nutno brát také ohled na další rizikové faktory – ortostatická hypotenze, infekce, maligní onemocnění, anémie. (Poledníková, 2006, s. 62)

1.2 Komplikace imobility

Komplikace způsobené imobilitou se rozvíjí velmi rychle, proto je důležité se zaměřit na prevenci. Problematika komplikací spojená s nedostatečnou aktivitou je velmi vážná, proto se pacienti mobilizují co nejdříve.

Mezi nejčastější komplikace imobility patří: výskyt hluboké žilní trombózy, embolie plic, poškození kůže, zácpa, močové kameny, infekce močových cest, rozvoj atrofie, svalová slabost, osteoporóza (Workman, Bennet, 2006, s. 71).

Častým důsledkem imobility je také retence a inkontinence moči, které vyžadují zavedení PMK.

1.2.1 Prevence komplikací

Mezi důležité prvky pro prevenci komplikací imobility patří: polohování, včasná vertikalizace, pasivní a aktivní pohyby, dechová cvičení, péče o kůži a vyprazdňování, dostatečný pitný režim, správná dieta, fyzická i psychická aktivizace, nácvik soběstačnosti (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 12).

1.3 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je odpověď těla na imobilitu, jde o soubor změn v organismu, které postihují všechny orgánové soustavy - pohybový, kardiovaskulární, respirační, trávicí, vylučovací, nervový, kůži i psychiku (Šrubařová, 2007, s. 2). Především u seniorů, kteří mají více chorob na jednou a poruchu regulačních mechanismů může dojít k rozvoji imobilizačního syndromu velmi rychle tj. i do několika hodin (Marková, 2010, s. 100).

Pohybový systém – nejvýraznější změny se projevují na kosterním a svalovém systému např. pokles svalové síly, atrofie, osteoporóza. Fibróza a ankylóza se vykytuje při nedosta-

tečném pohybu kloubů, kloub se stává deformovaným, ztuhlým a bolestivým. Svaly se zkracují a vzniká kontraktura nejčastěji na dolních končetinách (Poledníková, 2006, s. 63).

Prevence: základní prevence kontraktur a atrofie je polohování a rehabilitace. Důležitá je také vhodná strava (Hermanová, 2008, s. 37).

Kardiovaskulární systém – dlouhodobá imobilita oslabuje srdeční funkce, běžným důsledkem bývá ortostatická hypotenze – objevují se závratě a mdloby, stav je provázen náhlým a výrazným zvýšením frekvence srdce. Další poruchou je často insuficience žilní chlopně – u imobilního pacienta se krev hromadí v dolních končetinách a vznikají otoky. Mohou vzniknout i tromboflebitidy (Poledníková, 2006, s. 63).

Prevence: důležitá je elastická bandáž až do třísel s elevací dolních končetin. Dle ordinace lékaře aplikace antiagregačních léků. Důležitá je také každodenní rehabilitace (Hermanová, 2008, s. 36).

Respirační systém – u imobilního pacienta je změněná ventilace plic, omezují se pohyby hrudníku, břišní orgány se vytlačují na bránici a ztěžuje se rozpínání plic. Pacienti obvykle nevykonávají hluboké vdechy, hrudník se fixuje ve výdechové poloze, toto je příčinou mělkého a povrchního dýchání. Z imobility je také postižena sekrece a odstraňování hlenů, ukládají se v plicích, stoupá viskozita a přilnavost sekretů na stěny dýchacích cest, je narušena samočisticí schopnost a kašlací reflex, proto nemocný nemůže dostatečně odstraňovat hlen z bronchů. Tyto změny mohou vyústit až v pneumonii nebo v plicní atelektázu (Trachtová, 2008, s. 35–36).

Prevence: zvýšená poloha, zvlhčování vzduchu a podpora vykašlávání. Nezbytná je dechová rehabilitace, dále také polohové drenáže, poklepové masáže a míčkování (Hermanová, 2008, s. 37).

Trávicí systém – snížená chuť k jídlu, nedostatečný příjem tekutin, užívání některých léků a oslabená peristaltika mohou způsobit zácpu (Poledníková, 2006, s. 63).

Prevence: důležitý je dostatečný příjem tekutin a vhodná strava, poučení pacienta i rodiny o potravinách způsobující zácpu (Hermanová, 2008, s. 37).

Vylučovací systém – u ležícího pacienta se zvyšuje riziko vzniku kamenů, infekce, urosepsy a otoků. Vyprazdňování močového měchýře je zhoršené a vzniká retence anebo inkontinence moče (Poledníková, 2006, s. 63). Riziko zánětu močových cest hrozí u retence

moče při nedostačujícím svalovém tonu močového měchýře v poloze vleže při zavedeném permanentním katétru (Vytejková, 2011, s. 124). Vyprazdňování stolice stěžuje nepřírodní poloha při defekaci (Poledníková, 2006, s. 63).

Prevence: důležitý je dostatečný příjem tekutin – voda, čaj, ředěný džus, nejsou vhodné minerální vody při spotřebě většího množství. Při vzniku otoků je vhodné použití diuretik. Polohování, cvičení a včasná vertikalizace napomáhají vyprázdnění močového měchýře. Mezi preventivní opatření patří také dostatek soukromí a času na vyprázdnění a podpora reflexu pro vyprázdnění např. sklenice vody ráno nalačno. Permanentní močový katétr by měl být zaveden výhradně v nejnútnejších případech např. retence, ohrožení infekcí a dekubity (Vytejková, 2011, s. 124). Důležitá je také důkladná hygiena pro prevenci infekcí močových cest. Zajištění vhodné polohy při vyprazdňování (Hermanová, 2008, s. 37).

Nervový systém a psychické změny – zhoršení sluchového i zrakového vnímání. Narušení emocionální stability, projevuje se úzkostí, depresí, bezmocí, apatií, kolísáním nálad, nespavostí, někdy také nepřátelským postojem a zmateností. Narůstá závislost na druhých. Omezení sociálních kontaktů může vést až k sociální izolaci a k snížení kvality života (Poledníková, 2006, s. 63–64).

Prevence: udržování komunikace, sociálních kontaktů. Zajištění výhledu z okna a vyvážení klienta mimo pokoj. Stimulace z prostředí – kalendář, rádio, televize, noviny, návštěvy. Zapojování klienta do sebepečce (Hermanová, 2008, s. 38).

Kůže – zhoršuje se kapilární prokrvení kůže nad kostními výčnělky, což má za následek zvýšené riziko vzniku dekubitů. Faktory, které působí na poškození kůže, jsou také dehydratace, inkontinence a změny na kůži způsobené samotným stárnutím (Poledníková, 2006, s. 63).

Prevence: základem je hydratace a antidekubitární režim – pravidelné polohování, ochrana predilekčních míst, udržování pacienta v suchu a čistu, ošetření kůže (Hermanová, 2008, s. 38).

1.4 Hodnotící škály

Imobilizační syndrom je stav, kdy je jedinec ohrožen poškozením orgánových soustav, proto je důležité používání hodnotících škál, jako např.:

ADL (Test dle Barthelové, Activity of Daily Living) – test na zjištění, zda jedinec zvládá běžné denní činnosti, např. celkovou hygienu, osobní hygienu, oblékání, příjem stravy, přesun z lůžka na židli, použití WC. Test nám umožní zjištění, zda je pacient již soběstačný.

IADL (Instrumental Activities of Daily Living, instrumentální aktivity denního života) – oproti ADL jsou aktivity mnohem složitější, vyžadují fyzickou i psychickou zdatnost. Definují 8 základních aktivit nutných pro nezávislost: hospodaření s penězi, používání telefonu, užívání léků, cestování, nakupování, příprava jídla, praní prádla a vedení domácnosti.

Hodnocení soběstačnosti dle Gordonové vymezuje 6 kategorií od celkové nezávislosti až po deficit sebezpečí.

FIM (Functional Independence Measures, funkční míra nezávislosti) – tato hodnotící škála vychází z testu dle Barthelové, jejím cílem je zhodnocení jedince v činnostech ADL, které jsou doplněny o hodnocení kognitivních funkcí a sociálního vztahu jedince k prostředí. Je rozdělena do 6 oblastí, ve kterých se posuzuje 18 činností. Vyskytuje se v podobě tabulky nebo v podobě grafické škály.

TVS (Test vývoje soběstačnosti) – hodnotí současný stav i vývoj soběstačnosti pacienta. Používá se k hodnocení 8 oblastí – hygiena, pohyblivost, spánek a odpočinek, výživa, vědomí, verbální komunikace, oblékání a svlékání, vyměšování stolice a moči.

Stupnice dle Nortonové - slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů. Hodnotí schopnost spolupráce, věk klienta, stav pokožky, jiná onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci.

MMSE (Mini – Mental State Examination, Folsteinův test, krátká škála mentálního stavu)

Hodnotí kognitivní funkce – orientace, paměť, pozornost, mluvené a psané slovo.

(Pokorná, 2013, s. 29, 83, 84, 85, 90, 91)

1.5 Ošetřovatelská péče o imobilního pacienta

Významné je správné zhodnocení stupně rizika vzniku imobilizačního syndromu. Ošetřovatelská péče zahrnuje pravidelnou kontrolu kůže a predilekčních míst, častou výměnu ložního a osobního prádla, udržování suché a čisté kůže, používání antidekubitárních pomůcek, pravidelné polohování nejdéle po 2 hodinách, včasná mobilizace, masáže, při za-

hlenění účinné odkašlávání a hluboké dýchání. Kontrolujeme pravidelné vyprazdňování moče a stolice. Brát v úvahu mokré pleny při ischuria paradoxa (odkapávání moče z močového měchýře). Sledujeme příznaky možné infekce močových cest. Musíme předcházet prudkým pohybům a změnám polohy. Důležité je také sledování a hodnocení bolesti, stav výživy a pitný režim. Udržujeme optimální hmotnost pacienta. U pacienta také kontrolujeme orientaci v čase a místě, poznávání osob a soběstačnost. Podstatná je také informovanost pacienta o každém prováděném výkonu (Pejznochová, 2010, s. 44–45).

1.6 Vhodné domácí prostředí pro imobilního pacienta

Při ošetřování imobilního klienta v domácnosti je důležité provést řadu změn, prostředí musí být příjemné, účelné a bezpečné. Těžce postižený nebo starý člověk může v dobře upraveném prostředí uplatňovat své zbylé pohybové schopnosti a více aktivity, stává se soběstačnějším. Každá bariéra představuje omezení. Rozhodující je zda se jedná o imobilitu dočasnou nebo trvalou. U trvalé imobility je důležité řešit změny důrazně, často je o stavební a technické řešení. Postel by měla být vybavena kvalitní matrací a musí být přístupná ze tří stran, pokud se pacient necítí bezpečně, necháme postel u stěny, prostor od postele ke dveřím musí být volný, také je vhodný pevný stolek u postele. Pro upoutaného na lůžko je důležitý jídelní stolek. Proti lůžku by měla být televize, okna musí mít žaluzie. Nutná je také toaletní židle. Celá podlaha musí být neklouzavá. Soběstačnost a nezávislost ovlivňuje i správná volba pomůcek a volba vhodného vozíku (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 17–18).

2 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Pochylá, 2005, s. 24). Dle WHO je domácí péče definována jako *jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech* (Krátká, Šilháková, 2008, s. 79). Termín domácí péče je odvozen od anglického výrazu home care. Komplexní domácí péče je zaměřena na individuální péči, ve které jsou integrovány zdravotní, pečovatelské i laické formy péče (Šamánková, 2006, s. 83). Domácí péče je zaměřena i na rodinu jedince, pomáhá řešit jak zdravotní, tak i sociální problémy. O domácí péči žádá praktický lékař, odborný lékař v nemocnici, sociální pracovníci, ale i rodina (Holeksová, 2002, s. 85). Domácí péče je určena pro každého bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, náboženské nebo politické orientace, určující je zdravotní stav a potřebnost zdravotní péče. Na domácí péči se podílí lékaři, sestry, pečovatelky, fyzioterapeuti i dobrovolníci (Marková, 2010, s. 42). Cílem domácí péče je zajištění dostupnosti, kvality a efektivity zdravotní péče, dále eliminování nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození pacienta. (Pochylá, 2005, s. 24). Kvalita domácí péče je ovlivňována základními principy: humanizace zdravotní péče, orientace na občana, respektování základních lidských práv, komplexnost, standardizace ošetrovatelských činností, efektivní a cílené využití finančních prostředků a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče (Jarošová, 2007, s. 62). Na kvalitu péče dohlíží Asociace domácí péče České republiky (Holeksová, 2002, s. 86). Zdravotní péče indikovaná praktickým nebo ošetřujícím lékařem je hrazena zdravotní pojišťovnou, maximální rozsah péče je stanoven na tři návštěvy za den, dále je možné uhradit domácí péči přímou platbou klientem nebo rodinou, také jsou možné alternativní možnosti např. sponzorské dary nebo nadace, na péči o sociálně slabé přispívá obec (Krátká, Šilháková, 2008, s. 84).

2.1 Historie domácí péče

Domácí péče jako způsob péče o člověka je znám již od nepaměti, v domácnostech se rodilo, léčilo i umíralo za účasti všech členů rodiny. V této době byla domácí péče jedinou možností vzhledem k medicínským poznatkům. V období raného křesťanství byla péče o nemocné svěřena ženám - bylinkářkám, které vykonávaly péči přímo v domácnostech. V roce 1859 vzniklá v Anglii koncepce domácí péče, jejím autorem byl William Rathbon. Spolu s Florence Nightingaleovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, která

poskytovala ošetrovatelskou péči chudým lidem. V roce 1885 vznikaly první pokusy o poskytování domácí péče v Americe, v roce 1887 vzniká ve Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu vzniká Asociace domácí péče. V roce 1893 byla zařízena ošetrovatelská služba pod záštitou Ministerstva zdravotnictví a byl vytvořen termín veřejná zdravotní sestra. Později byla založena škola, která byla zaměřena na poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Koncem 19. století nastává prudký rozvoj domácí péče v Evropě. Péče byla zaměřena na seniory. V roce 1990 začínají vznikat první agentury domácí péče v České republice. V lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví tuto činnost legalizovalo. V roce 1993 vzniká Asociace domácí péče v ČR. Od roku 2000 poskytuje svoje služby více než 200 agentur domácí péče, v současnosti je jich 515 (Hanzlíková, 2004, s. 244–246).

2.2 Formy domácí péče

a) Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Je indikována u klientů s akutním, krátkodobým onemocněním. Nejčastěji se jedná o onemocnění kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální a urologické. Akutní domácí péče zahrnuje specializovanou domácí péči je určena především pro klienty v pooperačním a poúrazovém stavu. Péče se poskytuje v rozsahu dnů až týdnů.

b) Dlouhodobá domácí péče

Jedná se o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice. Je určena chronicky nemocným, u kterých je nutná dlouhodobá a pravidelná domácí péče. Jedná se především o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, částečně nebo zcela imobilní a pacienti s chronickou bolestí. Je poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

c) Domácí hospicová péče

Tato forma péče zahrnuje klienty v preterminálním a terminálním stadiu života, u kterých ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do následujících šesti měsíců. Personál zajišťuje nejen odbornou péči, ale i management bolesti a emocionální podporu.

d) Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Jedná se o alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů. Jde především o odborné výkony – aplikace injekce, odběr biologického materiálu. Provádí se u klientů, u kterých stav vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci.

(Jarošová, 2007, s. 64-67)

2.3 Činnosti domácí péče

Agentury domácí péče zajišťují pro pacienty různé služby např. dopomoc při hygieně, prevence a léčba dekubitů, příjem stravy a tekutin, obklady a zábaly, sledování fyziologických funkcí, hodnocení zdraví, odběry biologického materiálu, chystání a podání léků, zavádění, výměna, péče a ošetřování katétrů, aplikace injekcí, infuzí, podávání kyslíku a inhalace, RHB, edukace, preventivní prohlídky, zajištění spirituální péče a psychoterapie (Holeksová, 2002, s. 85–86).

2.4 Výhody domácí péče

Hlavní výhodou domácí péče je ekonomičnost, domácí péče redukuje až polovinu nákladu na péči o pacienta zkrácováním hospitalizace na minimum. Další výhodou je víceoborovost – domácí péče poskytuje služby od více odborníků. Výhodou je také komplexnost, domácí péče poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, ale také psychickou a duševní podporou. Následující výhodou je individuální péče o klienta dle konkrétních potřeb. Neméně důležitou výhodou je dlouhodobá péče, která se poskytuje dle potřeb klienta i jeho rodiny, péče může trvat i několik let. Domácí péče také poskytuje podporu zdraví klienta formou primární, sekundární a terciální prevence (Hanzlíková, 2004, s. 253).

2.5 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující rozvoj domácí péče patří: zvýšený ekonomický tlak, stárnutí populace, změna struktury rolí v rodině, zvýšená poptávka po domácí péče ze strany veřejnosti, rozvoj moderní technologie a politické faktory.

Ekonomický tlak – léčba pacientů v nemocničním prostředí je pro stát finančně nákladná, proto se hledají alternativní formy péče, které jsou méně finančně nákladné, jednou v těchto forem je i domácí péče, která by mohla vést ke snižování nákladů.

Stárnutí populace – z celkového počtu lidí využívající služeb domácí péče je většina z nich starších 75 - ti let, proto je důležité udržet starého člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí a v komunitě, které přispívají k lepší adaptaci a vyrovnání se s chronickou nemocí.

Změna struktury rolí v rodině – možnosti domácí péče závisí na struktuře a funkci rodiny, pokud rodina neplní svoje funkce, možnosti domácí péče budou oslabené.

Zvyšující se poptávka po domácí péči ze strany veřejnosti – hlavním důvodem pro výběr domácí péče je zachování životního stylu, návyků, stereotypu, organizování svého denního programu. Pro klienty je důležité ležet ve vlastní posteli ve svém vlastním pokoji, nosit svůj oděv a být v kruhu rodinném. Klient se v prostředí svého domova uzdravuje rychleji, což umožňuje i rychlejší návrat do společnosti a pracovního procesu.

Rozvoj moderní technologie – rozvoj moderních technologií a přístrojů jsou důležitým faktorem pro rozvoj domácí péče, většina agentur mají k dispozici dialyzační přístroje, ventilátory, monitory, infuzní pumpy aj.

Politické faktory – politické faktory významně ovlivňují změny se zdravotnickém systému, v některých zemích získávají politici hlasy právě za to, že podporují rozvoj domácí péče a vytvářejí vhodné podmínky pro jejich fungování.

(Hanzlíková, 2004, s. 251–252)

2.6 Dokumentace

Slouží jako zdroj informací, zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče, dává chronologický přehled o poskytované péči, umožňuje předávání informací, dokumentace je důležitá pro kontrolu kvality. Musí plně vyhovovat potřebám agentury, musí být jednoduchá, přehledná a přístupná. Mezi základní složky dokumentace DP patří poukaz na ošetření, vstupní záznam, plán ošetrovatelské péče, denní záznam o péči. Platnost poukazu při potvrzení ošetřujícím lékařem v nemocnici je 14 dní, při potvrzení praktickým lékařem je až 3 měsíce. Vstupní záznam obsahuje osobní údaje klienta, zdravotní a ošetrovatelskou anamnézu,

sociální anamnézu, ošetrovatelské diagnózy, cíle a zhodnocení. U každého pacienta musí být vedena samostatná ošetrovatelské dokumentace, musí být konkrétní a přesná, musí poskytovat aktuální informace. Je nutné vykazovat zdravotní péči pojišťovně (Marková, 2010, s. 50–52).

3 KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

3.1 Anatomické poznámky

3.1.1 Anatomie močového měchýře

Močový měchýř (*vesica urinaria*) je dutý, svalový orgán, ve kterém se shromažďuje moč před vyprázdněním. Je uložen v malé pánvi za symfýzou. Za močovým měchýřem se u muže nachází konečník a u ženy děloha. Tvar močového měchýře určuje stupeň náplně, stav svalové vrstvy, pohlaví, věk, ale také poloha a náplň okolních orgánů. Při postupném naplňování se měchýř nepravidelně vyklenuje. Močový měchýř ženy je větší a širší než u muže (Čihák, 2002, s. 252–253). Na naplněném močovém měchýři rozeznáváme dno (*fundus*), tělo (*corpus*), hrot (*apex*) a krček (*cervix*). Do močového měchýře ústí 3 otvory – ústí dvou močovodů a ústí močové trubice. Fyziologická kapacita močového měchýře je závislá na věku, psychice a celkovém stavu organismu. Nucení na močení se dostaví při náplni 150 ml, výraznější při náplni 300 – 400 ml, můžeme potlačit nucení na močení až do náplně 700 – 750 ml. Svalová vrstva tvoří tzv. vnitřní svěrač, který reguluje vyprazdňování moče z močového měchýře. Zpětnému toku moče do ureteru brání šikmé ústí ureteru v močovém měchýři, zúžení obou tubic a peristaltické vlny na ureterech (Elišková, Naňka, 2006, s. 195). Anatomie močového měchýře - viz. obrázek 1.

3.1.2 Anatomie močové trubice

Ženská močová trubice (*urethra feminina*) je dlouhá 3 – 4 cm a široká 6 – 8 mm. Jde z močového měchýře k zevnímu vyústění mezi malými stydkými pysky. Vleže na zádech je průběh močové trubice prakticky vodorovný, na což je třeba brát ohled při katetrizaci (Čihák, 2002, s. 261, 262). Za močovou trubicí leží pochva. Stěna močové trubice je tvořena sliznicí, svalovinou a vazivem (Elišková, Naňka, 2006, s. 198).

Mužská močová trubice (*urethra maskulina*) je nejen vývodnou cestou močovou, ale i vývodnou cestou pohlavní. Je dlouhá 20 – 22 cm a má tvar písmene S. Průběh močové trubice je při ochablém penisu esovitý (Čihák, 2002, s. 293–295). Začíná v močovém měchýři vnitřním ústím a končí zevním ústím na glans penis. Stěna močové trubice je tenká a sklá-

dá se ze sliznice a svaloviny (Elišková, Naňka, 2006, s. 205). Srovnání anatomie ženské a mužské močové trubice – viz. obrázek 2.

3.2 Historie katetrizace

V období 4000 let př. n. l. ve starém Egyptě používali pro vypouštění moči z močového měchýře tenké rákosové trubičky. V roce 1938 profesor Arnold Jirásek nazývá tuto činnost kathetrizmem měchýře. V případě, že pacient trpí retencí, doporučuje přiložení vlhkého obkladu nad symfýzou, napuštění teplé vody do močové lahve nebo vstříknutí glycerinu do močové trubice. V této době je katetrizace považována za operační výkon a je již prováděna za aseptických podmínek. Pro ženu se používaly cévky skleněné, pro muže gumové a pro starší muže kovové esovitého tvaru. Před zavedením se cévka potírala sterilním olejem. Při permanentní katetrizaci se používaly pro ženy cévky s křídélky, u mužů byla fixace obtížnější – na zavedenou cévku se přivázala těsně před ústím močové trubice tkanička, udělal se pevný uzel a přelepila se úzkým proužkem náplasti, oba konce tkaničky vedly po stranách pyje až ke kořeni a zde se přilepily náplastí (Vytejková, 2013, s. 116).

3.3 Katetrizace

Katetrizace se provádí pouze v nejnnutnějších případech. Při katetrizaci se zavádí sterilní močový katétr do močového měchýře přes močovou trubici (Šamánková, 2006, s. 242). Zavedení močového katétru patří k aseptickým výkonům. Nozokomiální infekce močových cest patří mezi nejčastější během pobytu v nemocnici, přibližně v 60 – 90 % se tyto infekce vyskytují ve spojitosti s permanentní močovou katetrizací. Riziko infekce se dá omezit, pokud se katétr nechává zaveden pouze na nezbytně nutnou dobu. Za fyziologických podmínek je bakteriální mikroflóra močové trubice neustále odplavována močením ven z organismu, zavedením PMK je tento mechanismus porušen a mikroorganismy mohou postupovat až do močového měchýře. V ojedinělých případech může být infekce zavléčena návratem kontaminované moči z drenážního vaku. Používáním uzavřených drenážních systémů se dá riziko infekce omezit. Při katetrizaci bakterie vstupují do organismu, pokud byly porušeny zásady asepse při zavádění katétru, anebo důsledkem narušení uzavřeného systému, ale také při kontaminaci moči ve sběrném vaku (Novotná, Beňo, 2012, s. 16). Výměna močového katétru se provádí ideálně po 14 dnech, maximálně však po 21 dnech po zavedení (Vobořilová, 2008, s. 21). Pacienti tento výkon vnímají nepří-

jemně, s mírnou bolestivostí a pálením v oblasti močové trubice (Vytejková, 2013, s. 124).

3.4 Indikace katetrizace

Nejčastější indikací k permanentní katetrizaci je retence moče tj. stav, kdy nelze vyprázdnit močový měchýř spontánně. U chronické retence zůstává zbytková moč po vymočení v močovém měchýři. U akutní retence je úplná zástava močení (Vytejková, 2013, s. 117). Nejčastější příčinou retence moči je benigní hyperplazie prostaty, mezi další časté příčiny patří zánět prostaty, zánět močového měchýře a zánět močové trubice (Selius, Subedi, 2008, s. 643). Dalším důvodem ke katetrizaci může být zjištění objemu reziduální moči v močovém měchýři – reziduum neboli tzv. zbytková moč, je množství moči, která zůstává v močovém měchýři po vymočení. Sledování diurézy tj. množství moče vyloučené za určitý časový úsek může být další příčinou katetrizace. U dospělého člověka je průměrně vyloučeno 1500 ml moče za 24 hodin, rozmezí se pohybuje od 500 ml do 3000 ml za 24 hodin. Permanentní katetrizace se také provádí u pacientů s nezvladatelnou inkontinencí moče tj. samovolný únik moči. Mezi další důležitou a často přehlíženou indikací ke katetrizaci je ischuria paradoxa tj. odkapávání moče z močové trubice při plném či přeplněném močovém měchýři. Rozsáhlé kožní defekty v křížové krajině mohou být důvodem k permanentní katetrizaci. Výplach močového měchýře, zavedení léků do močového měchýře, anebo nutné odebrání sterilního vzorku moče jsou také indikací k cévkování MM (Vytejková, 2013, s. 117, 118).

3.5 Kontraindikace katetrizace

Ke stavům, kdy by měla být permanentní katetrizace bezprostředně vyloučena, patří akutní zánět močové trubice nebo prostaty (Vytejková, 2013, s. 124). Dále zúžení a poškození močové trubice (Rovný, Kumstát, Šabacký, 2003, s. 72).

3.6 Způsoby katetrizace

Jednorázové – Sterilní jednorázová cévka se zavádí pro vypuštění obsahu močového měchýře, po vypuštění se cévka odstraní.

Permanentní – Sterilní katétr se zavádí na delší dobu, močový katétr je v močovém měchýři fixován balonkem (Šamánková, 2006, s. 243).

3.7 Pomůcky ke katetrizaci

Ke katetrizaci potřebujeme: 2x sterilní močový katétr – pro případ porušení sterilních podmínek, sběrný sáček na moč, 2x sterilní rukavice, dezinfekci, sterilní tampóny, pinzetu, 2x emitní miska, anestetický gel, čtverce buničiny, stříkačku se sterilním roztokem, nepropustná podložka (Šamánková, 2006, s. 243, 244).

3.7.1 Typy katétrů

Močové katétr, které se nejčastěji zavádějí k jednorázovému cévkování:

- Nelatonův katétr – rovný katétr s oblým zakončením. Používá se ke katetrizaci žen, mužů i dětí.
- Thiemanův katétr – zahnutý katétr se zúženým zakončením. Vhodný pro katetrizaci mužů.

Močový katétr, který se nejčastěji zavádí k permanentnímu cévkování:

- Folleyův katétr – katétr z pružného latexového, gumového nebo silikonového materiálu, s možností fixace balonkem, ústí katétru slouží k napojení sběrného sáčku (Šamánková, 2006, s. 243).

Všechny druhy katétrů jsou vyrobeny v různých velikostech v obvodu a průměru. K číslování katétrů se používá Charrierova stupnice (CH), anebo stupnice French (F), které jsou uvedeny na obalu katétru společně s doporučeným množstvím pro naplnění fixačního balonku. Obě tyto jednotky jsou číselně identické, tedy 1 CH (F) = obvod 1 mm a průměr 0,3 mm (Šamánková, 2006, s. 243). Druh katétru se volí podle potřeb pacienta a délky katetrizace. Za krátkodobou katetrizaci se pokládá doba 14 – 28 dní, za dlouhodobou 3 měsíce. V ideálním případě se mají zavádět co nejmenší katétr, u pacientů s urologickými potížemi se zavádějí větší velikosti (Workmann, Bennett, 2006, s. 231). Zavedený PMK se vždy napojuje na drenážní systém, jednoduchý drenážní systém obsahuje močový katétr, drenážní hadičku a sběrný vak na moč (Kapounová, 2007, s. 303).

3.8 Postup katetrizace u muže

Muže většinou cévkuje lékař, sestra při výkonu asistuje.

Připravíme pacienta k výkonu tj. vysvětlení výkonu, zajištění soukromí, důstojnost a teplo. Pacient by měl souhlasit s výkonem. Doporučíme pacientovi před výkonem celkovou hygienu. Připravíme si pomůcky a umyjeme si ruce. Vozík s pomůckami by měl být umístěn tak, aby dominantní ruka byla blíže k pacientovi. Zajistíme soukromí a upravíme polohu pacienta – poloha na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Pod pacienta si vložíme nepropustnou podložku. Mezi stehna pacienta si položíme emitní misku (Workmann, Bennett, 2006, s. 232). Po dezinfekci rukou si lékař i sestra navlečou sterilní rukavice. Navlhčíme tampóny v dezinfekčním roztoku. Lékař uchopí penis, stáhne předkožku a provede dezinfekci od ústí močové trubice k okraji, poté aplikuje anestetický gel do močové trubice, pomalu zavádí katétr, než začne vytékat moč. Zachytíme moč do emitní misky. Po zavedení katétru je nutné předkožku stáhnout. Naplníme balónek asi 5 – 10 ml sterilního roztoku. Napojíme konec katétru na sběrný sáček, který zavěsíme tak, aby visel pod úrovní močového měchýře (Šamánková, 2006, s. 245). Po výkonu upravíme pacientovu polohu na lůžku a zajistíme, aby měl signalizační zařízení na dosah. Uklidíme si pomůcky a umyjeme si ruce (Workmann, Bennett, 2006, s. 235-236). Do dokumentace zaznamenáváme – jméno zdravotnického pracovníka, který výkon provedl, důvod katetrizace, datum a čas katetrizace, typ a velikost použitého močového katétru, výrobní číslo, expirační dobu, množství roztoku k naplnění balonku, komplikace a nežádoucí reakce u pacienta, monitorované hodnoty moči, tj. množství, barva, zápach, pH, příměsi a sedimentace (Vobořilová, 2008, s. 21). Katetrizace močového měchýře u muže viz. obrázek 3.

3.9 Postup katetrizace u ženy

Výkon provádí všeobecná sestra, která se stará o šetrné a sterilní zavedení katétru.

Zajistíme soukromí a pacientce výkon vysvětlíme. Před výkonem si žena omyje genitál, u ležící pacientky provádí hygienu genitálu sestra. Sterilní pomůcky si připravíme k lůžku pacientky na dosah ruky. Poloha pacientky je na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Pod pacientku si připravíme gumovou podložku. Mezi stehna si vložíme emitní misky na odtok moče a na odložení použitých tampónů. Dezinfekcí si navlhčíme tampóny a navlékneme si sterilní rukavice. Nedominantní rukou si oddálíme velké stydké pysky a dezin-

fikujeme po stranách zevních rodidel, postupujeme od pubické části ke konečníku, na každou stranu použijeme nový tampón, nakonec setřeme i ústí močové trubice. Vyjmeme si sterilní cévku z obalu a šetrně ho zavádíme přes ústí močové trubice do močového měchýře. Po jednorázovém cévkování katétru vyjmeme a rodidla očistíme. Po zavedení PMK naplníme fixační balónek sterilním roztokem, lehce katétru povytáhneme a konec katétru napojíme na sběrný sáček (Šamánková, 2006, s. 244-245). Upravíme polohu pacientky, uklidíme použité pomůcky, omyjeme si ruce a vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace. Katetrizace močového měchýře u ženy viz. obrázek 4.

3.10 Možné komplikace katetrizace

Jako u každého výkonu i permanentní katetrizace má své komplikace. Nejčastější komplikací při zavádění PMK je zavedení katétru do pochvy. Mezi velmi časté komplikace patří prosakování moči kolem močového katétru a vznik dekubitu kolem ústí močové trubice (Vobořilová, 2008, s. 21). Další neméně důležitou komplikací je perforace dolních močových cest – při cévkování se nesmí nikdy používat násilí, existuje zde riziko poranění močové trubice a vytvoření „fausse route“ - falešná cesta (Kawaciuk, 2009, s. 59). Časté komplikace, na které by se mělo brát ohled, jsou uroinfekce tj. zanesení infekce do močových cest, parafimóza tj. uskřínutí předkožky penisu po nekvalitně provedeném zavedení katétru, dále poranění svěrače močové trubice a vznik hematurie při zavádění PMK (Šamánková, 2006, s. 245–246). Mezi časté komplikace dlouhodobě zavedeného katétru patří: bakteriurie nebo bakteriemie, pálení a bolesti (Rovný, Kumstát, Šabacký, 2003, s. 72, 73).

Prevence komplikací: zavedení katétru pouze kompetentní osobou. Dodržování pitného režimu jako prevence infekce. Jednoznačná indikace a zavedení PMK jen na nezbytně nutnou dobu. Prevence zalomení cévky vhodnou polohou. Opatrné polohování nemocného jako prevence extrakce katétru. Sledování možných příznaků komplikací – bolest, pálení, výtok, tělesná teplota. Pravidelné vypouštění sáčku jako prevence zpětného návratu moče do močového měchýře. Pravidelná hygiena genitálu a okolí genitálu jako prevence vzniku dekubitů kolem ústí močové trubice (Vytejková, 2013, s. 135-138).

3.11 Ošetrovatelská péče o klienta s PMK

Ošetrovatelské péče spočívá hlavně v zabránění vzniku infekce močového traktu a na průchodnosti katétru a sběrného vaku. Sledujeme příznaky infekce. Zajistíme dostatečný příjem tekutin, který by měl být asi 2500 ml za 24 hodin a zaznamenáváme příjem a výdej tekutin. Zaměřujeme se také na důkladnou hygienu genitálu a katétru, při odchodu stolice si všímáme, zda nedošlo ke znečištění katétru stolicí, v takovém případě omyjeme katétru vodou a mýdlem a případně dezinfikujeme. Katétru odpojeme od sběrného vaku co nejméně, abychom zabránili vzniku infekce, při odpojení nebo výměně sběrného vaku je nutné dodržovat pravidla asepse (Šamánková, 2006, s. 246). Sledujeme a zaznamenáváme fyziologické funkce, barvu, zápach, množství a příměsi v moči. PMK udržovat sterilní, uzavřený a dobře těsnící. Sběrný vak by měl být zavěšen na lůžku, aby se dodržel spád moči, nikdy by se neměl dotýkat podlahy, aby nedošlo ke kontaminaci vývodné části (Karpounová, 2007, s. 304). Před odstraněním PMK uzavřeme katétru na několik hodin, aby se v močovém měchýři nahromadila moč a pacient si uvědomoval potřebu močení (Žůčková, 2009, s. 15).

4 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PRO ZAVÁDĚNÍ PMK U MUŽŮ

Kompetence zdravotnických pracovníků jsou ustanoveny ve vyhlášce 55/2011Sb. – dříve vyhláška 424/2004 Sb. (Viz. příloha P 1) Tako vyhláška říká ke kompetencím všeobecné sestry, pracujících bez odborného dohledu k zavádění permanentního močového katétru toto: *Všeobecná sestra může provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře* (§55 Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb.). Z vyhlášky 55/2011 Sb. se také dozvídáme, kompetence zdravotnického záchranáře v souvislosti se zaváděním permanentního močového katétru toto: *Zdravotnický záchranář může provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let* (§55 Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb.). Z vyhlášky také plyne, že zdravotnický asistent nemůže provádět katetrizaci močového měchýře. Stejná vyhláška také určuje kompetence sestry pro intenzivní péči takto: *Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře sestra může provádět katetrizaci močového měchýře mužů.* (§55 Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb.) Dětská sestra může provádět katetrizaci močového měchýře pouze u dívek.

Z vyhlášky tedy vyplývá, že kromě lékařů mohou zavádět PMK u mužů pouze sestry pro intenzivní péči. Jsou zde možnosti, jak si všeobecná sestra může získat způsobilost pro zavádění PMK u mužů bez odborného dohledu.

První možností je absolvování certifikovaného kurzu specializovaného na katetrizaci močového měchýře u mužů. *Certifikovaný kurz je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky - registrované všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře pracující v přednemocniční, nemocniční nebo domácí péči.* Cílem tohoto kurzu je získání odborné způsobilosti k provádění katetrizace močového měchýře a bez indikace lékaře ošetřovat nemocné se zavedeným permanentním močovým katétrem. Po absolvování je certifikát platný po celé ČR. Vzdělávací program je akreditován MZČR. (Certifikovaný vzdělávací kurz: Katetrizace močového měchýře u muže – čistá intermitentní katetrizace. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy). Tento kurz zřizuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO), absolventi kurzu získají certifikát a odbornou způsobilost k rozpoznání indikací ke katetrizaci močového měchýře u muže, dále oprávnění k výběru vhodného postupu při katetrizaci a poskytnutí odborné ošetrovatelské péče u nemocných

s permanentním močovým katétrem, absolvent kurzu je také oprávněn k edukaci a základnímu poradenství o specifických postupech v souvislosti s PMK (Certifikovaný kurz: Katetrizace močového měchýře u muže, péče o permanentní močový katétr a čistá intermitentní katetrizace. Oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň).

Druhou možností je specializační studium v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče, které také vede NCO NZO. Třetí možností je absolvování navazujícího magisterského studia v oboru intenzivní péče.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Práce je zaměřena na péči o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v domácím prostředí. Průzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníku pro všeobecné sestry, pracující v agenturách domácí péče.

5.1 Technika výzkumu – dotazník

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 41).

5.2 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry domácí ošetrovatelské péče mají absolvován certifikovaný kurz k zavádění PMK u mužů a kdo nejčastěji v jejich organizaci zavádí PMK u mužů.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry agentur domácí péče pečují a ošetřují imobilního pacienta s PMK.

Cíl č. 3: Stanovit spolupráci lékaře, sestry a rodiny při zavádění a péči o PMK.

Cíl č. 4: Zjistit, zda organizace vlastní standard asistence a zavádění PMK u mužů a zda podle tohoto standardu postupují.

Cíl č. 5: Zjistit problematiku a komplikace při a po zavedení PMK.

5.3 Charakteristika průzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo prováděno u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Dotazníky byly rozdány do 10 – ti agentur domácí péče Zlínského kraje. Bylo rozdáno celkem 70 dotazníků, návratnost byla 66 dotazníků.

5.4 Charakteristika vzorku respondentů

Dotazník byl zaměřen na agentury domácí péče, čili na tento dotazník odpovídaly sestry, pracující v těchto organizacích. Věk a pohlaví v tomto šetření nebylo důležité. Zjišťovala jsem kolik sester v těchto agenturách, mají absolvován certifikovaný kurz, po jehož ukončení jsou oprávněny k zavádění PMK u mužů.

5.5 Metoda šetření

Důvodem pro vytvoření nestandardizovaného dotazníku bylo zjištění odpovědí na stanovené cíle. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Dotazník je složen ze série 20 – ti otázek. Dotazník tvoří otázky uzavřené, otevřené a kategorizační. Mezi uzavřené patří 13 otázek tj. č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18. Mezi otevřené patří 3 otázky tj. č. 14, 19, 20. Mezi kategorizační patří 4 otázky tj. č. 1, 2, 3, 4. Na otevřené otázky mohou respondenti odpovídat naprosto volně a vyjádřit zde svůj vlastní názor.

V otázkách č. 1 – 4 jsem zjišťovala pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v agentuře domácí péče.

K cíli č. 1 se vztahují otázky č. 5, 6 – v tomto cíli jsem zjišťovala, zda mají sestry absolvován kurz k zavádění PMK u mužů a kdo v jejich organizaci nejčastěji zavádí PMK.

K cíli č. 2 se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 – k tomuto cíli jsem zjišťovala kolik imobilních mužů s PMK ošetřují a jaká je jejich péče o tyto pacienty.

K cíli č. 3 se vztahují otázky č. 12, 13 – zde jsem zjišťovala spolupráci sester, lékaře a rodiny při zavádění a péči o PMK.

K cíli č. 4 se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18 – v tomto cíli jsem zjišťovala, zda jejich organizace vlastní standard k asistenci a zavádění PMK u mužů a zda podle tohoto standardu postupují.

K cíli č. 5 se vztahují otázky č. 14, 19, 20 – u těchto otázek jsem zjišťovala komplikace a problematiku při zavedeném PMK, u otázky č. 20 jsem dala možnost vyjádřit se, co by respondenti navrhovali pro zlepšení péče o PMK.

5.6 Organizace šetření

Dotazníkové šetření bylo prováděno v agenturách domácí péče. Na tento dotazník odpovídaly sestry pracující v těchto organizacích. Celkem bylo distribuováno 70 dotazníků, návratnost byla 66 dotazníků. Dotazníky jsem osobně rozdávala během ledna 2014, několik dotazníků jsem si nechala po vyplnění poslat zpět poštou. U všech těchto organizací byl proveden souhlas s dotazníkovým šetřením u vedoucích pracovníků.

5.7 Zpracování získaných dat

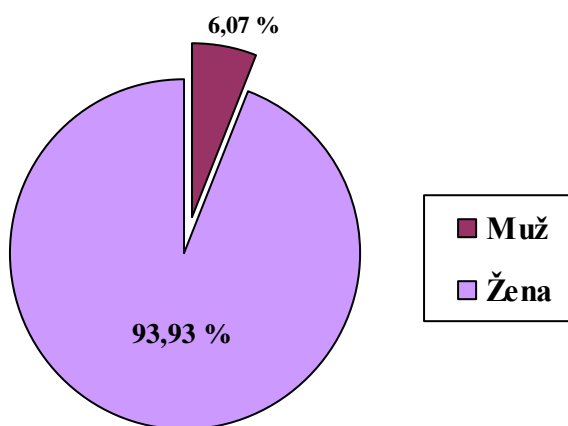
Ke zpracování bylo použito 66 vyplněných dotazníků, což je hodnoceno jako 100 %. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do tabulek a jsou vyjádřeny absolutní četností (n) a relativní četností (%). Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem. Relativní četnost udává, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu. Získané výsledky dotazníkového šetření jsou zaneseny do tabulek, některé i do grafů a jsou opatřeny komentáři.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Uveďte prosím Vaše pohlaví.

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	4	6,07 %
Žena	62	93,93 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 1 Pohlaví respondentů



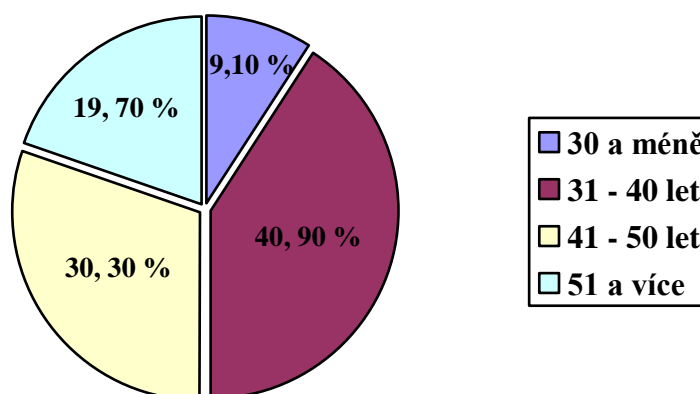
Graf 1 Pohlaví respondentů

Na otázku odpovědělo celkem 66 respondentů (100 %). Z celkového počtu bylo 62 respondentů ženského pohlaví (93,93 %) a 4 respondenti mužského pohlaví (6,07 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
30 a méně	6	9,10 %
31 – 40 let	27	40,90 %
41 – 50 let	20	30,30 %
51 a více	13	19,70 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 2 Věk respondentů



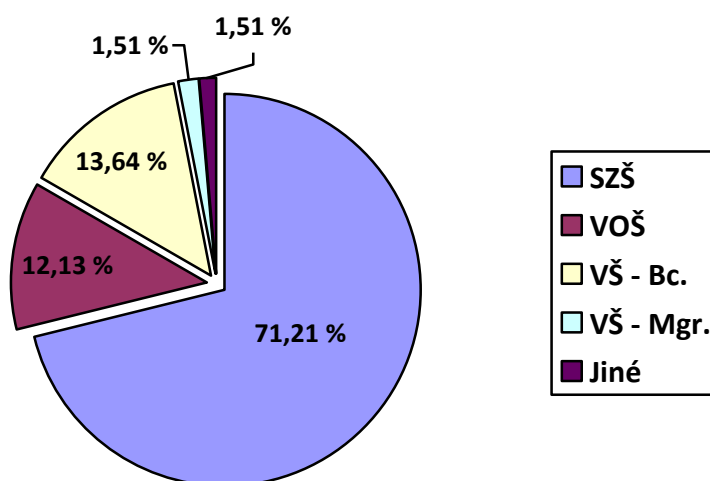
Graf 2 Věk respondentů

Na otázku odpověděli 100 % respondentů. Největší skupinu (40,90 %) tvořili respondenti ve věku 31 – 40 let, druhou největší skupinu (30,30 %) tvořili respondenti ve věku 41 – 50 let, 51 a více let mělo 19,70 % respondentů, lidé ve věku 30 a méně tvořili pouhých 9,10 %.

Otázka č. 3: Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
SZŠ	47	71,21 %
VOŠ – diplomovaný specialista	8	12,13 %
VŠ – bakalářské studium	9	13,64 %
VŠ – magisterské studium	1	1,51 %
Jiné	1	1,51 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 3 Dosažené vzdělání



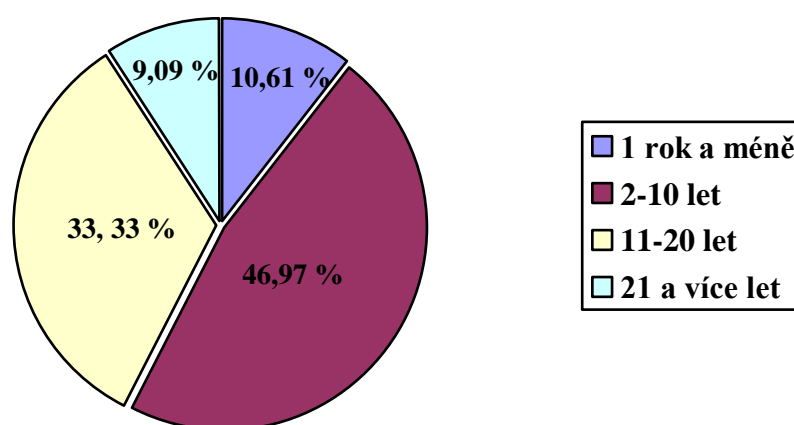
Graf 3 Dosažené vzdělání

Na otázku č. 3 odpovědělo 66 respondentů. Největší skupinu (71,21 %) tvořili respondenti se SZŠ vzděláním. VOŠ vzdělání mělo 12,13 % respondentů. Bakalářské vzdělání mělo 13,64 % respondentů, nejčastěji udávali obor všeobecná sestra, ale také obor sociální pedagogika. Magisterské vzdělání měl pouze jeden respondent, uvedl obor sociální pedagogika. Na odpověď „jiné“ odpověděl jeden respondent, uvedl specializační nefrologické studium.

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 rok a méně	7	10,61 %
2–10 let	31	46,97 %
11–20 let	22	33,33 %
21 a více let	6	9,09 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 4 Délka praxe v DP



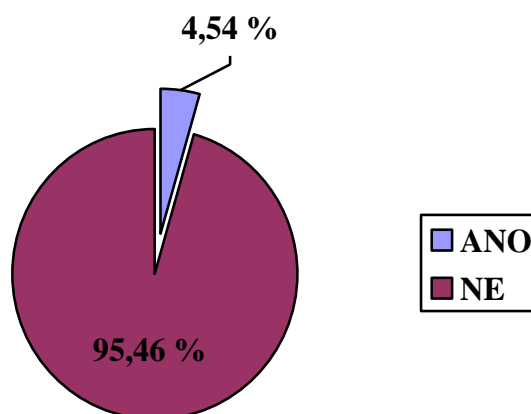
Graf 4 Délka praxe v DP

Na otázku odpovědělo 66 respondentů. Nejvíce respondentů (46,97 %) pracuje v DP 2-10 let, 33,33 % respondentů pracuje v DP 11-20 let. Nejméně početné skupiny tvořily kategorie 1 rok a méně s počtem 10,61 % respondentů a kategorie 21 let a více s počtem 9,09 % respondentů.

Otázka č. 5: Absolvoval/a jste certifikovaný kurz, po jehož absolvování jste získal/a oprávnění k zavádění PMK u mužů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	3	4,54 %
NE	63	95,46 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 5 Absolvoování certifikovaného kurzu



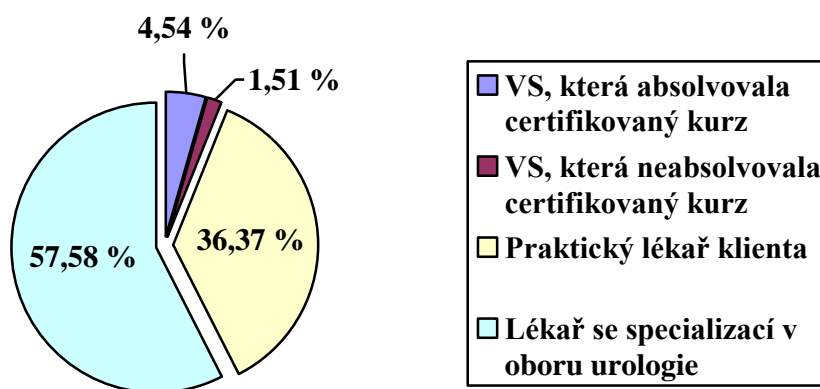
Graf 5 Absolvoování certifikovaného kurzu

Z tabulky a grafu vyplývá, že pouhých 4,54 % z celkového počtu respondentů má absolvován certifikovaný kurz, který uděluje oprávnění k zavádění PMK u mužů. Zbýlých 95,46 % respondentů tento kurz absolvován nemají.

Otázka č. 6: Kdo ve Vaší organizaci nejčastěji zavádí PMK u mužů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Všeobecná sestra, která absolvovala certifikovaný kurz	3	4,54 %
Všeobecná sestra, která neabsolvovala certifikovaný kurz	1	1,51 %
Praktický lékař klienta	24	36,37 %
Lékař se specializací v oboru urologie	38	57,58 %
Lékař ve Vaší organizaci	0	0 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 6 Zavádění PMK



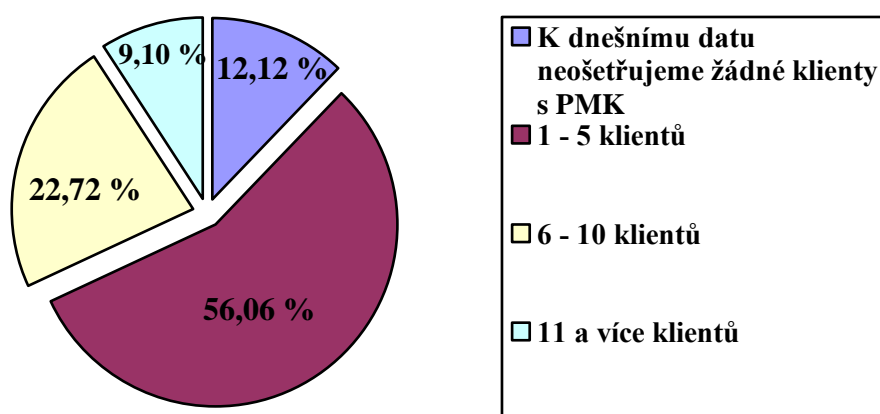
Graf 6 Zavádění PMK

Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji v domácím prostředí zavádí PMK u mužů lékař se specializací v oboru urologie (57,58 %), dále praktický lékař klienta (36,37 %) a VS s absolvovaným kurzem (4,54 %). Objevila se zde i jedna odpověď, že PMK u mužů v domácím prostředí zavádí VS bez absolvování kurzu, což nevyhází z jejich kompetencí.

Otázka č. 7: Kolik imobilních mužů s PMK Vaše organizace ošetřuje k dnešnímu datu?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
K dnešnímu datu neošetřujeme žádné klienty s PMK	8	12,12 %
1 – 5 klientů	37	56,06 %
6 – 10 klientů	15	22,72 %
11 a více klientů	6	9,10 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 7 Počet imobilních mužů s PMK



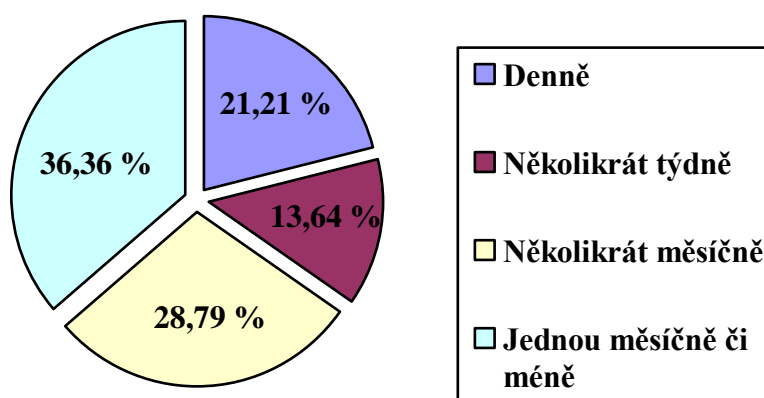
Graf 7 Počet imobilních mužů s PMK

Na otázku odpovědělo 66 respondentů (100 %). Organizace nejčastěji ošetřují 1 – 5 klientů (56,06 %), 6 – 10 klientů (22,72 %) a 11 a více klientů (9,10 %). K dnešnímu datu neošetřujeme žádné klienty s PMK odpovědělo 12,12 % respondentů.

Otázka č. 8: Jak často se setkáváte s katetrizací močového měchýře u muže?

Odpoověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	14	21,21 %
Několikrát týdně	9	13,64 %
Několikrát měsíčně	19	28,79 %
Jednou měsíčně či méně	24	36,36 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 8 Katetrizace MM u muže



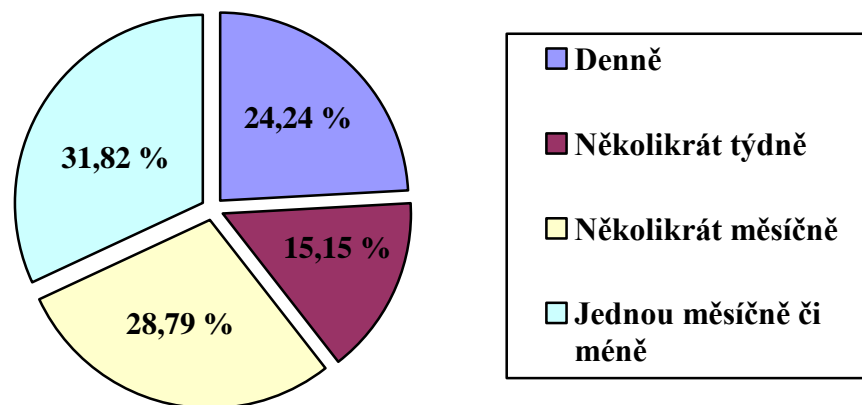
Graf 8 Katetrizace MM u muže

Na otázku odpovědělo plný počet respondentů. Velmi mě překvapilo, že nejvyšší počet odpovědí (36,36 % a 28,79 %) se setkává s katetrizací močového měchýře u muže jednou měsíčně či méně, anebo pouze několikrát měsíčně. Na odpověď „denně“ odpovědělo 21,21 % respondentů a na odpověď „několikrát týdně“ odpovědělo 13,64 % respondentů.

Otázka č. 9: Jak často se setkáváte s ošetřováním a péčí o PMK u mužů?

Odpoověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	16	24,24 %
Několikrát týdně	10	15,15 %
Několikrát měsíčně	19	28,79 %
Jednou měsíčně či méně	21	31,82 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 9 Ošetřování a péče o PMK u mužů



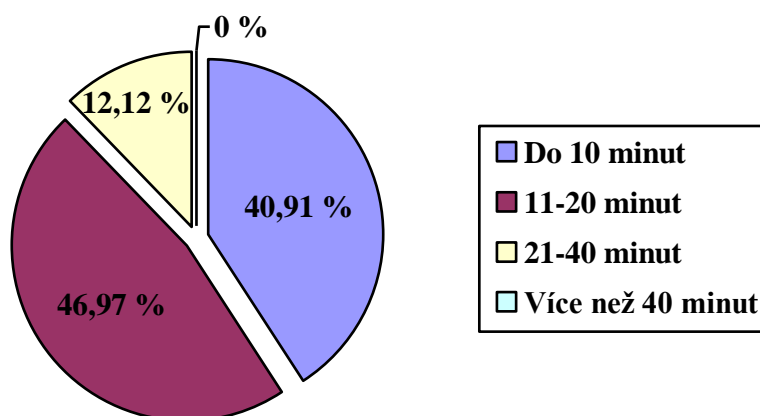
Graf 9 Ošetřování a péče o PMK u mužů

Na otázku odpovědělo 66 respondentů, 24,24 % respondentů ošetřuje PMK u mužů denně, 15,15 % respondentů ošetřuje PMK několikrát týdně. Několikrát měsíčně ošetřují PMK 28,79 % respondentů. Nejvyšší počet respondentů (31,82 %) odpovědělo možnost „jednou měsíčně či méně“.

Otázka č. 10: Kolik času strávíte ošetřováním PMK u klienta při jedné návštěvě?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 10 minut	27	40,91 %
11 – 20 minut	31	46,97 %
21 – 40 minut	8	12,12 %
Více než 40 minut	0	0 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 10 Čas strávený ošetřováním PMK při jedné návštěvě



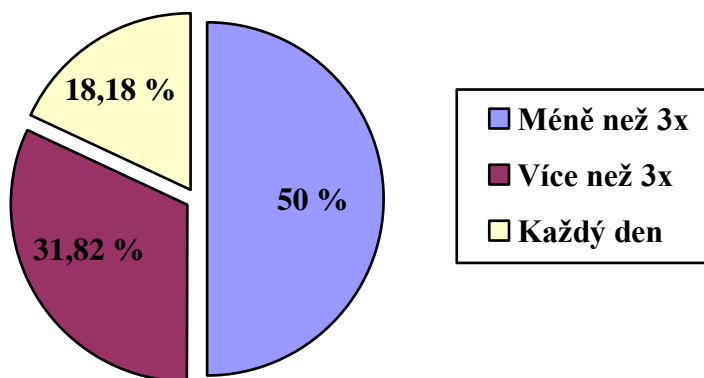
Graf 10 Čas strávený ošetřováním PMK při jedné návštěvě

Na otázku odpovědělo celkem 66 respondentů. Nejvyšší počet odpovědí měly možnosti „11-20 minut“ (46,97 %) a možnost „do 10 minut“ (40,91 %). Na možnost „21-40 minut“ odpovědělo 12,12 % respondentů. Nejnižší počet (0 %) získala odpověď „více než 40 minut“.

Otázka č. 11: Kolikrát týdně ošetřujete PMK u průměrného klienta?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 3x	33	50,00 %
Více než 3x	21	31,82 %
Každý den	12	18,18 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 11 Častost ošetřování PMK u klienta



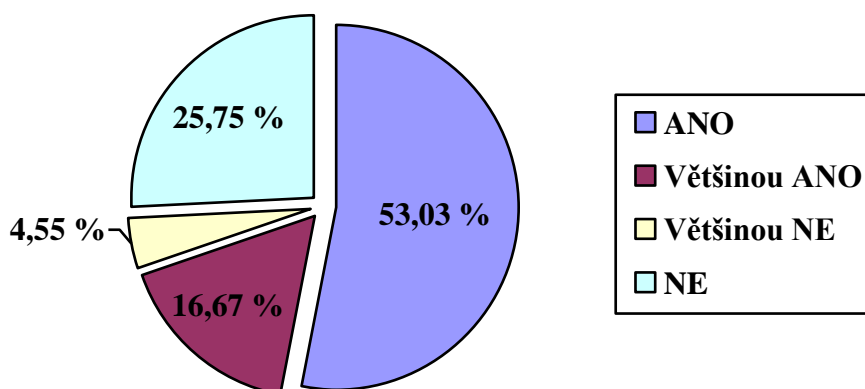
Graf 11 Častost ošetřování PMK u klienta

Na otázku odpovědělo 66 respondentů. Většina respondentů (50 %) odpověděla „méně než 3x“. Odpověď „více než 3x“ si vybralo 31,82 % respondentů. Nejméně odpovědí (18,18 %) patřilo pro možnost „každý den“.

Otázka č. 12: Spolupracuje při péči o PMK i rodina klienta?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	35	53,03 %
Většinou ANO	11	16,67 %
Většinou NE	3	4,55 %
NE	17	25,75 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 12 Spolupráce s rodinou



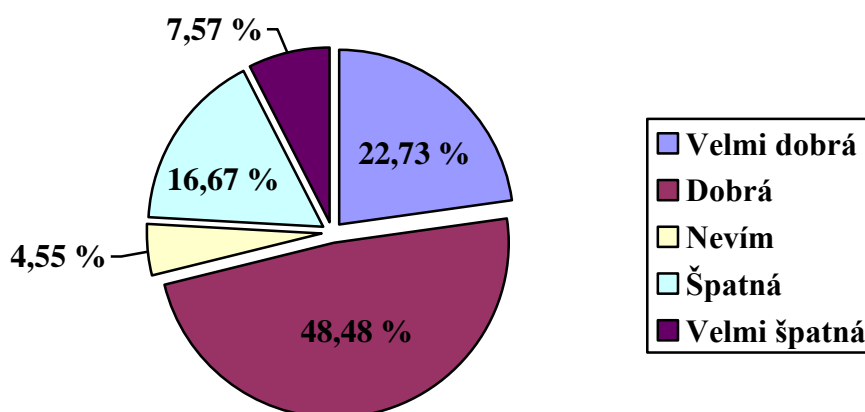
Graf 12 Spolupráce s rodinou

Odpovědělo 66 respondentů. Odpověď „ANO“ zvolila 53,03 % respondentů. Na možnost „NE“ odpovědělo 25,75 % respondentů. Nejméně respondentů odpovědělo „většinou ANO“ (16,67 %) a „většinou NE“ (4,55 %).

Otázka č. 13: Jak hodnotíte spolupráci a ochotu lékařů k zavádění PMK v domácím prostředí?

Odpo věď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velmi dobrá	15	22,73 %
Dobrá	32	48,48 %
Nevím	3	4,55 %
Špatná	11	16,67 %
Velmi špatná	5	7,57 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 13 Spolupráce lékařů při zavádění PMK



Graf 13 Spolupráce lékařů při zavádění PMK

Na otázku odpovědělo 66 respondentů. Většina hodnotila spolupráci a ochotu lékařů při zavádění PMK v domácím prostředí jako „dobrou“ (48,48 %), odpověď „velmi dobrá“ zvolilo 22,73 % respondentů. Možnost „špatná“ zvolilo 16,67 % respondentů. Nejméně respondentů volilo odpovědi „nevím“ (4,55 %) a odpověď „velmi špatná“ (7,57 %).

Otázka č. 14: Doplněte prosím, zda se setkáváte s nějakými problémy, týkající se zavádění PMK u mužů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neoprávněnost sester	10	15,15 %
Nezájem lékaře urologické ambulance o pacienta	6	9,10 %
Zbytečný transport pacienta na urologii (k zavedení PMK)	9	13,64 %
Lékař není k dispozici (svátky, víkendy)	5	7,57 %
Volání RZP k akutní výměně PMK	7	10,60 %
Nedostatečná informovanost rodiny o péči o PMK	3	4,54 %
Nemožnost zavedení PMK sestrou i s absolvovaným kurzem	1	1,52 %
Praktičtí lékaři nezvládají zavádění PMK u mužů	4	6,07 %
Neodpověděli	21	31,81 %
Celkem	66	100 %

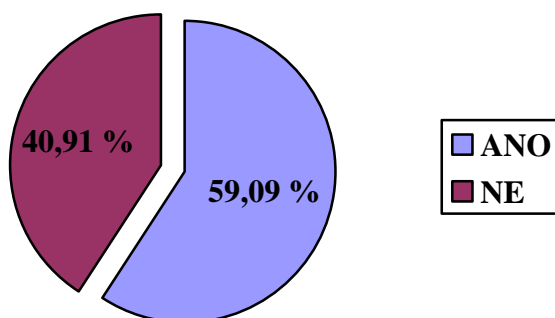
Tabulka 14 Možné problémy, týkající se zavádění PMK

Na otázku odpovědělo celkem 45 respondentů. Mezi uvedené nejčastější problémy, týkající se zavádění PMK u mužů patří „neoprávněnost sester“ (15,15 %), „transport pacienta na urologii k zavedení PMK“ (13,64 %), „volání RZP k akutní výměně“ (10,60 %), dále „nezájem lékaře urologické ambulance o pacienta“ (9,10 %), „nedostatečná informovanost rodiny o péči o PMK“ (4,54 %), dalším důležitým problémem může být i to, že „praktický lékař není vždy k dispozici např. o víkendu, svátcích“ (7,57 %). Odpověď, která mě nejvíc překvapila, byla „nemožnost zavedení PMK sestrou, která má absolvován certifikovaný kurz“ (1,52 %), také jsem byla překvapena tím, že „praktičtí lékaři nezvládají zavádění PMK u mužů“ (6,07 %).

Otázka č. 15: Vlastní Vaše organizace standard ošetrovatelské péče zabývající se asistencí a zaváděním PMK u mužů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	39	59,09 %
NE	27	40,91 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 15 Standard ošetrovatelské péče



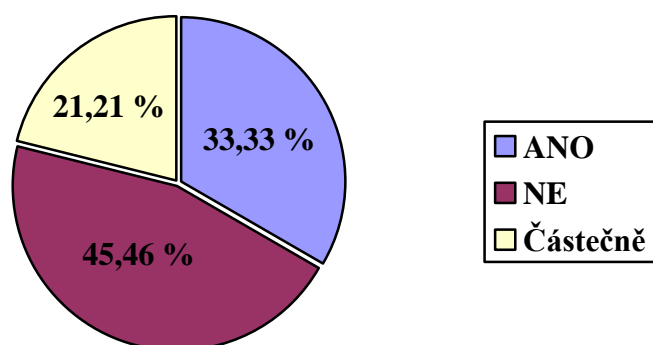
Graf 14 Standard ošetrovatelské péče

Odpovědělo celkem 66 respondentů. Standard ošetrovatelské péče zabývající se asistencí a zaváděním PMK u mužů vlastní celkem 59,09 % organizací. Na možnost „NE“ opovědělo celkem 27 respondentů (40,91 %).

Otázka č. 16: Znáte obsah tohoto standardu?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	22	33,33 %
NE	30	45,46 %
Částečně	14	21,21 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 16 Znalost standardu



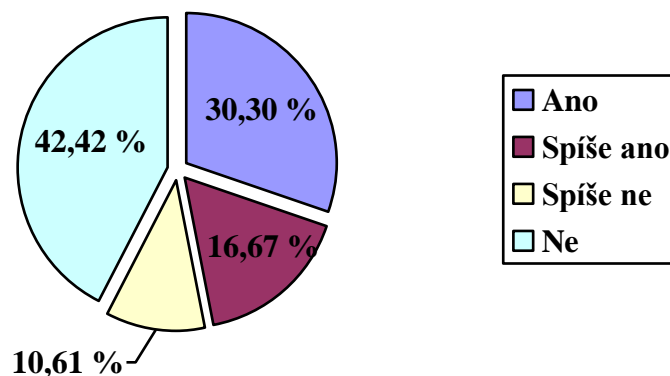
Graf 15 Znalost standardu

Na otázku odpovědělo 66 respondentů (100 %). Obsah standardu zabývající se asistencí a zaváděním PMK u mužů zná 33,33 % respondentů, odpověď „částečně“ zvolilo 21,21 % respondentů. Nejvyšší počet získala odpověď „NE“ (45,46 %).

Otázka č. 17: Postupujete podle tohoto standardu v péči o PMK u klienta?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	20	30,30 %
Spíše ano	11	16,67 %
Spíše ne	7	10,61 %
Ne	28	42,42 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 17 Postupování podle standardu v péči o PMK



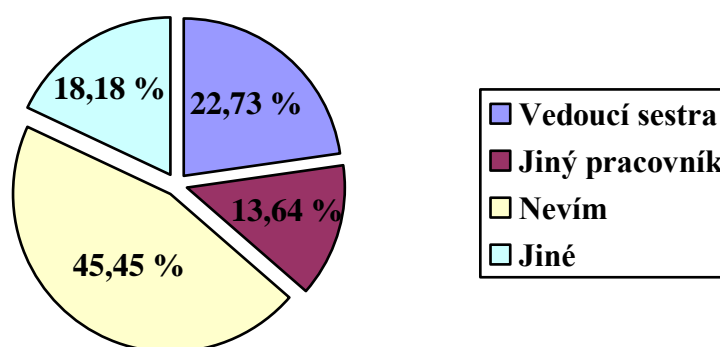
Graf 16 Postupování podle standardu v péči o PMK

Na otázku odpovědělo 66 respondentů. Pracovníci, kteří postupují podle standardu v péči o PMK u klienta zvolili možnost „ano“ (30,30 %), na „spíše ano“ odpovědělo 16,67 % respondentů. Odpověď „spíše ne“ volilo 10,61 % respondentů. Nejvyšší skupinu tvořila odpověď „ne“, kterou si vybralo 42,42 % respondentů.

Otázka č. 18: Kdo tento standard vypracoval?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vedoucí sestra	15	22,73 %
Jiný pracovník	9	13,64 %
Nevím	30	45,45 %
Jiné	12	18,18 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 18 Vypracování standardu



Graf 17 Vypracování standardu

Na otázku odpovědělo všech 66 respondentů (100 %). Na možnost „vedoucí sestra“ odpovědělo 22,73 % respondentů, odpověď „jiný pracovník“ zvolilo 13,64 % respondentů. 45,45 % respondentů nevědělo, kdo tento standard vypracoval. Odpověď „jiné“ volilo 18,18 % respondentů, přičemž v této možnosti se nejčastěji objevovaly odpovědi metodik a manažer kvality ošetrovatelské péče.

Otázka č. 19: S jakými nejčastějšími komplikacemi se setkáváte při péči o PMK u mužů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ucpání PMK	32	35,95 %
Špatná hygiena genitálu	5	5,62 %
Obtékání katétru	4	4,50 %
CA penisu	1	1,13 %
Krvácení	15	16,86 %
Infekce MM	11	12,35 %
Usazování solí v katétru	2	2,24 %
Bolest	6	6,74 %
Koaguly v moči	2	2,24 %
Pálení, svědění	6	6,74 %
Nedostatečná hydratace	4	4,50 %
Uvolnění PMK	1	1,13 %
Celkem odpovědí	89	100 %

Tabulka 19 Nejčastější komplikace

Na otázku bylo celkem 89 odpovědí. Nejčastějšími uvedenými odpověďmi jsou „ucpání PMK“ (35,95 %), „krvácení“ (16,86 %) a „infekce MM“ (12,35 %). Další neméně důležité odpovědi jsou „bolest“ (6,74 %), „pálení, svědění“ (6,74%), „špatná hygiena genitálu“ (5,62 %), „nedostatečná hydratace“ (4,50 %), „obtékání katétru“ (4,50 %), „usazování solí v katétru“ (2,24 %), „koaguly v moči“ (2,24 %), „karcinom penisu“ (1,13 %) a „uvolnění PMK“ (1,13 %).

Otázka č. 20: Co navrhuje pro zlepšení péče o PMK u imobilních klientů?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dostatečná informovanost mezi zdravotnickými pracovníky	1	1,51 %
Dostatek pomůcek (např. katétrů s delší dobou výměny)	3	4,55 %
Edukace rodiny urologem	4	6,06 %
Edukace klienta urologem	1	1,51 %
Empatický přístup lékařů	2	3,03 %
Edukace praktického lékaře o možnosti zavádění a výměny PMK sestrou DP	2	3,03 %
Spolupráce rodiny	4	6,06 %
Neodpověděli	49	74,25 %
Celkem	66	100 %

Tabulka 20 Návrhy pro zlepšení péče

Na otázku odpovědělo 17 respondentů. Jejich návrhy pro zlepšení péče o PMK u mužů byly „informovanost mezi zdravotnickými pracovníky“ (1,51 %), dostatek pomůcek např. katétrů s delší dobou výměny (4,55 %), „edukace rodiny urologem“ (6,06 %), edukace klienta urologem“ (1,51 %), „empatický přístup lékařů“ (3,03 %), „edukace praktického lékaře o možnosti zavádění a výměny PMK sestrou domácí péče“ (3,03 %), a „spolupráce rodiny“ (6,06 %).

7 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na katetrizaci močového měchýře u imobilních nemocných v domácí ošetrovatelské péči. Jde o velmi aktuální téma, protože společnost, rodina klientů a lékaři netuší jaké problémy a komplikace přináší katetrizace muže a péče o tyto pacienty v domácím prostředí sestrou.

Spojeno s touto problematikou je již několik prací, např. práce „Cévkování muže nelékařskými zdravotnickými pracovníky“ od Tomáše Grima, který studoval na Univerzitě Tomáše ve Zlíně, Fakultu humanitních studií. Jeho práce je zaměřena na cévkování mužů a na kompetence zdravotnických pracovníků u tohoto výkonu. Zaměřuje se také na znalosti pracovníků o cévkování muže. Průzkumné šetření jeho práce bylo prováděno na jednotkách intenzivní péče formou dotazníkového šetření. Jako výstup své práce zvolil zpracování standardu ošetrovatelské péče zaměřený na katetrizaci močového měchýře u muže. Další prací je např. „Znalosti sester o katetrizaci močového měchýře“ autorem práce je Petra Fišerová, která studovala Lékařskou fakultu na Masarykově univerzitě. Práce je spíše zaměřena na vědomosti sester o katetrizaci močového měchýře. Pro zjištění jejich cílů zvolila formu dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdělán na jednotky intenzivní péče i na standardní oddělení, kde zjišťovala znalosti sester o cévkování.

7.1 Splnění stanovených cílů

Dotazník obsahoval otevřené, uzavřené i kategorizační otázky. Mezi kategorizační patřily první čtyři otázky. Na dotazníky odpověděla převážná většina žen (93,93 %) mužů bylo pouhých 6,07 %. Nejčastější věk respondentů byl mezi 31 – 40 - ti lety (40,90 %). Jako nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji uváděno SZŠ (71,21 %). Nejvyšší počet respondentů pracoval v agentuře domácí péče 2 - 10 let (46,97 %). Ke zbývajícím otázkám v dotazníku se vztahuje 5 cílů.

Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry domácí ošetrovatelské péče mají absolvován certifikovaný kurz k zavádění PMK u mužů a kdo nejčastěji v jejich organizaci zavádí PMK u mužů.

K prvnímu cíli se v dotazníku vztahují otázky č. 5 a 6. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že v převážná většina respondentů (95,46 %) nemá absolvován certifikovaný kurz k zavádění PMK u mužů, pouhých 4,54 % tento kurz absolvován mají. To mě přivádí

k otázce proč má tento kurz absolvován tak málo respondentů z celkového počtu 66 - ti respondentů? Napadá mě, že sestry možná ani nevědí o možnosti absolvování kurzu, který je opravňuje k zavádění PMK u mužů, další příčinou může být cena kurzu, která se pohybuje okolo 3000 Kč. Strach z možných komplikací může být také příčinou neabsolvování kurzu. Důvodem může být také nezájem a nechť k dalšímu vzdělávání. Řešením by byla větší informovanost o tomto kurzu a podpora od vedení organizace domácí péče. K tomuto cíli jsem také zjišťovala, kdo v organizaci domácí ošetrovatelské péče nejčastěji zavádí PMK u mužů. Respondenti nejčastěji uváděli lékaře se specializací v oboru urologie (57, 58 %). Překvapila mě odpověď, že v jejich organizaci občas zavádí PMK u mužů i sestra, která neabsolvovala certifikovaný kurz. Důvodem může být špatná spolupráce s lékaři, která sestry vede k porušení jejich kompetencí ve prospěch klienta.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry agentur domácí péče pečují a ošetřují imobilního pacienta s PMK.

S tímto cílem je spojeno celkem 5 otázek z dotazníku, tj. otázka č. 7, 8, 9, 10, 11. Zjistila jsem, že organizace domácí péče nejčastěji ošetřují 1 – 5 imobilních klientů (56,06 %), přičemž s katetrizací močového měchýře a následným ošetřováním a péčí o PMK se setkávají jednou měsíčně či méně. Týdně musí sestra navštívit klienta méně než 3x a při jedné návštěvě u klienta stráví ošetřováním PMK 11 – 20 minut.

Cíl č. 3: Stanovit spolupráci lékaře, sestry a rodiny při zavádění a péči o PMK.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 12 a 13. Na otázku zda při péči o PMK spolupracuje i rodina klienta, bylo nejčastěji odpovězeno „ano“ (53,03 %). U této otázky mě překvapilo, že druhou nejčastější odpovědí bylo „ne“ (25, 75 %), tedy, že rodina klienta nespolupracuje a tím i ztěžuje práci sestrám domácí péče. Příčinou nespolupráce může být nedostatečná informovanost rodiny klienta o péči o PMK. Spolupráci a ochotu lékařů k zavádění PMK v domácím prostředí respondenti hodnotili jako „dobrou“ (48,48 %), byly zde ale také zastoupeny odpovědi „špatná“ (16,67 %), tedy, že lékaři nespolupracují se sestrami při zavádění a péči o PMK. Smutným důvodem může být nezájem lékaře o pacienta. Lékaři zřejmě nedochází pravidelně kontrolovat a zavádět PMK u mužů ani na naléhání sestry a rodiny. Jelikož zavádění PMK je výsadou lékařů, sestra má tzv. „svázané ruce“. Pokud se katétr pravidelně nevyměňuje, může to způsobit nesnáze sestře, rodině klienta i klientovi.

Cíl č. 4: Zjistit, zda organizace vlastní standard asistence a zavádění PMK u mužů a zda podle tohoto standardu postupují.

K tomuto cíli patří v dotazníku otázky č. 15, 16, 17, 18. Jako ke každému odbornému výkonu, tak i zavádění a péči o PMK patří standard ošetrovatelské péče. Tento standard ošetrovatelské péče organizace většinou vlastní (59,09 %). Zjišťovala jsem i znalost obsahu tohoto standardu, nejvíce respondentů, odpovědělo „ne“ (45,46 %), tedy, že neznají obsah standardu a proto podle tohoto standardu nepostupují při péči o PMK, což je velmi znepokojující. Respondenti dále nevěděli, kdo tento standard v jejich organizaci vypracoval.

Cíl č. 5: Zjistit problematiku a komplikace při a po zavedení PMK.

K cíli č. 5 se vztahují otázky č. 14, 19, 20. Všechny tyto otázky byly otevřeného stylu, respondenti tedy mohly odpovídat zcela volně a vyjádřit zde vlastní názor. Nejčastějšími uvedenými problémy, týkající se zavádění PMK u mužů byla: neoprávněnost sester, nezáměm lékaře, zbytečné transporty pacienta k zavedení PMK, nedostatečná informovanost rodiny o péči o PMK, velmi zajímavá odpověď byla ta, že praktičtí lékaři nezvládají zavádění PMK u mužů. V další otázce měli respondenti uvést komplikace, se kterými se setkávají při péči o PMK u mužů, bylo zde uvedeno: ucpání PMK, obtékání katétru, krvácení, infekce MM, pálení, svědění, uvolnění PMK a další. Na otázku co navrhují pro zlepšení péče o PMK u imobilních klientů, respondenti odpovídali: dostatečná informovanost, dostatek pomůcek, edukace rodiny a klienta, empatický přístup lékařů a spolupráce rodiny.

Mým přáním je, aby si sestry dále doplňovaly své vzdělání a tím si i usnadnily svou práci, také bych si přála, aby se zlepšil zájem lékaře o klienta. V naší profesi by měl být na prvním místě hlavně náš pacient.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Úskalí péče o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v domácí ošetrovatelské péči“ mě velmi zaujalo, protože na své odborné praxi v domácí ošetrovatelské péči jsem se setkala s problematikou zavedení permanentního močového katétru u imobilního klienta.

Bakalářská práce je tvořena část teoretickou a praktickou. Teoretická část se rozděluje na 4 kapitoly – imobilita, domácí ošetrovatelská péče, katetrizace močového měchýře a kompetence zdravotníků pro zavádění PMK. Pro praktickou část jsem zvolila dotazníkové šetření. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry pracující v domácí ošetrovatelské péči.

Ve své práci jsem si stanovila celkem 5 cílů:

- Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry domácí ošetrovatelské péče mají absolvován certifikovaný kurz k zavádění PMK u mužů a kdo nejčastěji v jejich organizaci zavádí PMK u mužů.
- Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry agentur domácí péče pečují a ošetřují imobilního pacienta s PMK.
- Cíl č. 3: Stanovit spolupráci lékaře, sestry a rodiny při zavádění a péči o PMK.
- Cíl č. 4: Zjistit, zda organizace vlastní standard asistence a zavádění PMK u mužů a zda podle tohoto standardu postupují.
- Cíl č. 5: Zjistit problematiku a komplikace při a po zavedení PMK.

Všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. K cíli č. 1 jsem zjistila, že většina dotazovaných respondentů nemá absolvován certifikovaný kurz, k zavádění PMK u mužů, proto ve většině organizací zavádí PMK u mužů lékař se specializací v oboru urologie. V cíli č. 2 jsem se z dotazníkového šetření dozvěděla, že nejvíce organizací ošetřují 1 - 5 imobilních klientů s PMK, přičemž sestry ošetřují PMK méně než 3x týdně a u každého klienta stráví ošetrování PMK maximálně 11 – 20 minut. K cíli č. 3 z dotazníkového šetření vyplynulo, že rodina klienta většinou spolupracuje při péči o PMK. Respondenti hodnotili spolupráci a ochotu lékařů při zavádění PMK většinou jako dobrou, ale někteří i jako špatnou. V cíli č. 4 jsem zjistila, že většina organizací sice vlastní standard ošetrovatelské péče zabývající se zaváděním a péčí o PMK u muže, ale obsah tohoto standardu neznají a proto

podle něj v péči o PMK nepostupují. V cíli č. 5 jsem zjišťovala problematiku a komplikace při a po zavedení PMK. Všechny otázky vztahující se k tomuto cíli byly otevřeného charakteru, proto respondenti měli zde možnost vyjádřit svůj vlastní názor a zkušenosti ze své praxe. Navrhovali zde také své názory pro zlepšení péče o PMK.

Na závěr bych chtěla podotknout, že i přes neustále zvyšující se nároky na vědomosti nelékařského zdravotnického pracovníka se na další vzdělání v oblasti zavádění permanentního močového katétru zapomíná. Proto je i tak malá informovanost o certifikovaném kurzu, který by je opravňoval k zavádění PMK u mužů. K negativním názorům proč neabsolvovat tento certifikovaný kurz může být strach z náročného výkonu, u kterého hrozí mnoho komplikací, dále cena kurzu a také to, že za splnění kurzu nebude nijak finančně ohodnocen, čili může vzniknout názor, že mu to stejně nic nepřinese. Vhodná by byla větší informovanost o této problematice.

Jako výstup své práce a přínos pro praxi jsem zvolila edukační materiál – postup permanentní katetrizace u muže. (Viz. příloha P 3 – edukační materiál)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAHAMAS, Peter a Rastislav DRUGA, 2001. *Lidské tělo: Atlas anatomie člověka*. Praha: Ottovo nakladatelství. ISBN 80-7181-955-7.
- [2] Certifikovaný kurz: Katetrizace močového měchýře u muže, péče o permanentní močový katétr a čistá intermitentní katetrizace. *Oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň*. Dostupný z: http://www.fnplzen.cz/vzdelavaci_akce.asp.
- [3] Certifikovaný vzdělávací kurz: Katetrizace močového měchýře u muže – čistá intermitentní katetrizace. *3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/kurzy/katetrizace-mocoveho-mechyře/>.
- [4] ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.
- [5] ELIOPOULOS, Charlotte, 1993. *Gerontological Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. ISBN 0-397-54628-9.
- [6] ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA, 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1216-X.
- [7] HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kolektiv, 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-213-8.
- [8] HERMANOVÁ, Marie, Jiří PROKOP a Kamila ONDRÁČKOVÁ, 2008. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-478-8.
- [9] HOLEKSOVÁ, Taťána, 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0212-6.
- [10] JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [11] KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [12] KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-626-7.
- [13] KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-423-2.

- [14] KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [16] MARKOVÁ, Marie a kolektiv, 2010. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-499-3.
- [17] NOVOTNÁ, Jana a Pavol BEŇO. Nozokomiální močové infekce. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2012, roč. VIII, č. 3, s. 16. ISSN 1801-1349.
- [18] PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- [19] POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-420-8.
- [20] POKORNÁ, Andrea a kolektiv, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrici*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [21] POLEDNÍKOVÁ, Lubica a kolektiv, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.
- [22] ROVNÝ, Arne, Petr KUMSTÁT a Ivo ŠABACKÝ. Dlouhodobé derivace moči - principy provedení. *Urologie pro praxi*, 2003, roč. 4, č. 2, s. 69 -73. ISSN 1213-1768.
- [23] SELIUS, Brian a Rajesh SUBEDI. Urinary Retention in Adults: Diagnosis and Initial Management. *American Family Physician*, 2008, roč. 77, č. 5, s. 643-650.
- [24] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [25] ŠRUBAŘOVÁ, Kateřina, 2007. *Mobilizace pacienta*. Praha: EuroProfis. ISBN 978-80-239-8837-6.
- [26] TRACHTOVÁ, Eva, 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-324-8.
- [27] VOBOŘILOVÁ, Andrea. Péče o permanentní močový katétr. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2008, roč. IV, č. 1, s. 21. ISSN 1801-1340.

- [28] Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb., ze dne 1. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupná z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html.
- [29] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [30] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [31] WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.
- [32] ŽŮČKOVÁ, Kateřina. Péče o permanentní katétr, periferní kanyly a porty. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2009, roč. V, č. 9, s. 15. ISSN 1801-1349.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activity of Daily Living
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika
DP	domácí péče
F	stupnice French
FIM	Functional Independence Measures - funkční míra nezávislosti
FN	fakultní nemocnice
CH	Charrierova stupnice
IADL	Instrumental Activities of Daily Living - instrumentální aktivity denního života
MM	močový měchýř
MMSE	Mini – Mental State Examination - krátká škála mentálního stavu
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
n	absolutní četnost
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PMK	permanentní močový katétr
př. n. l.	před naším letopočtem
RHB	rehabilitace
s.	strana
Sb.	sbírka
tj.	to je
TVS	test vývoje soběstačnosti

tzn. to znamená

vyd. vydání

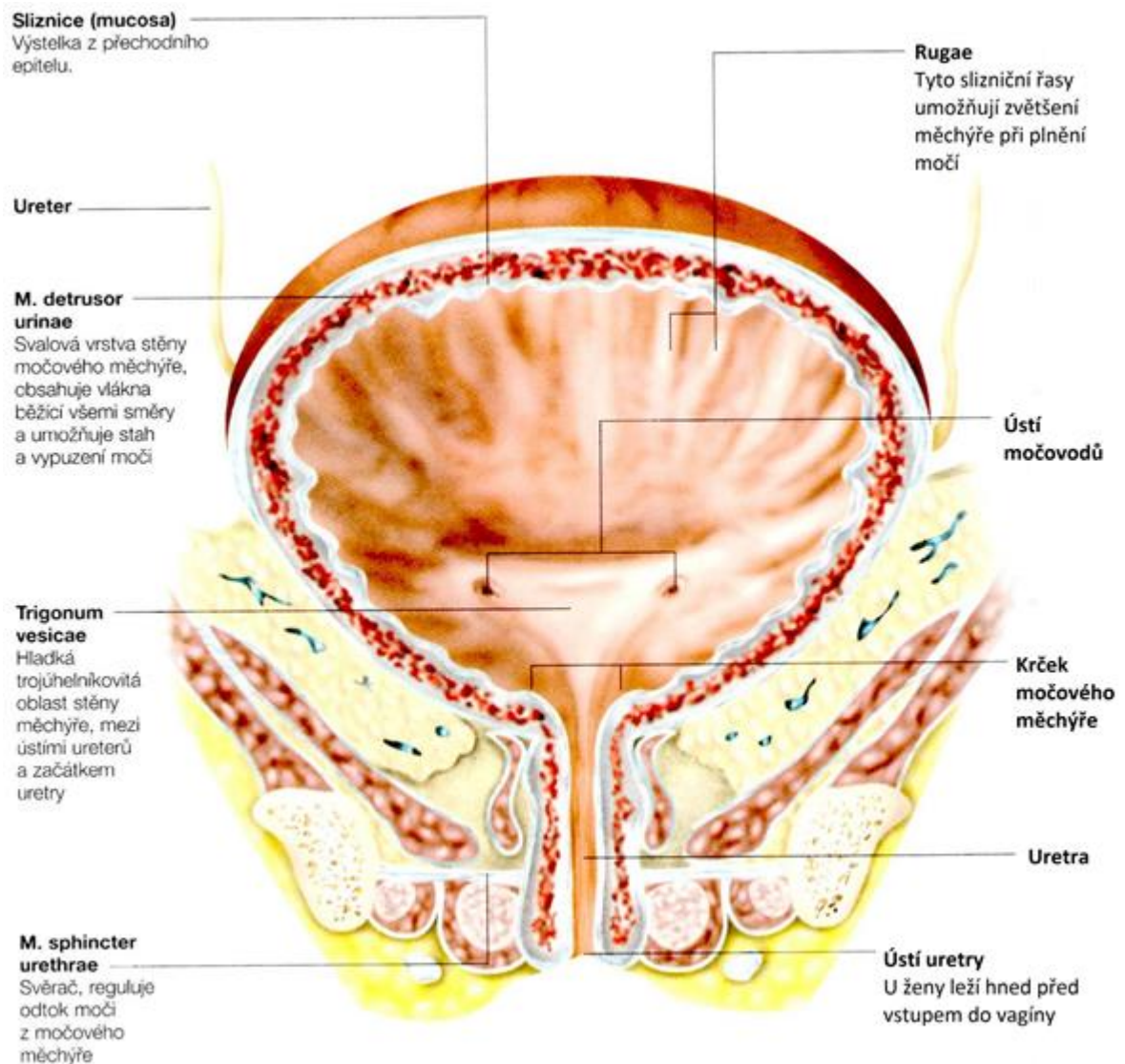
WHO World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

% procento

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Anatomie MM	68
Obrázek 2 Srovnání anatomie mužské a ženské močové trubice	69
Obrázek 3 Katetrizace močového měchýře u muže	70
Obrázek 4 Katetrizace močového měchýře u ženy	71

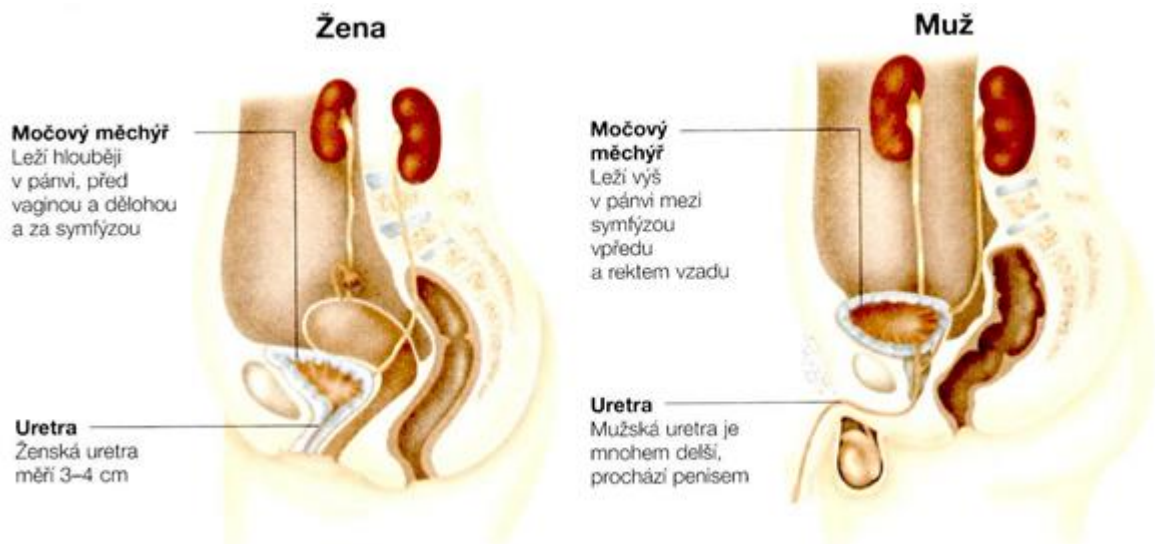
OBRÁZEK 1 - ANATOMIE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE



Obrázek 1 Anatomie MM

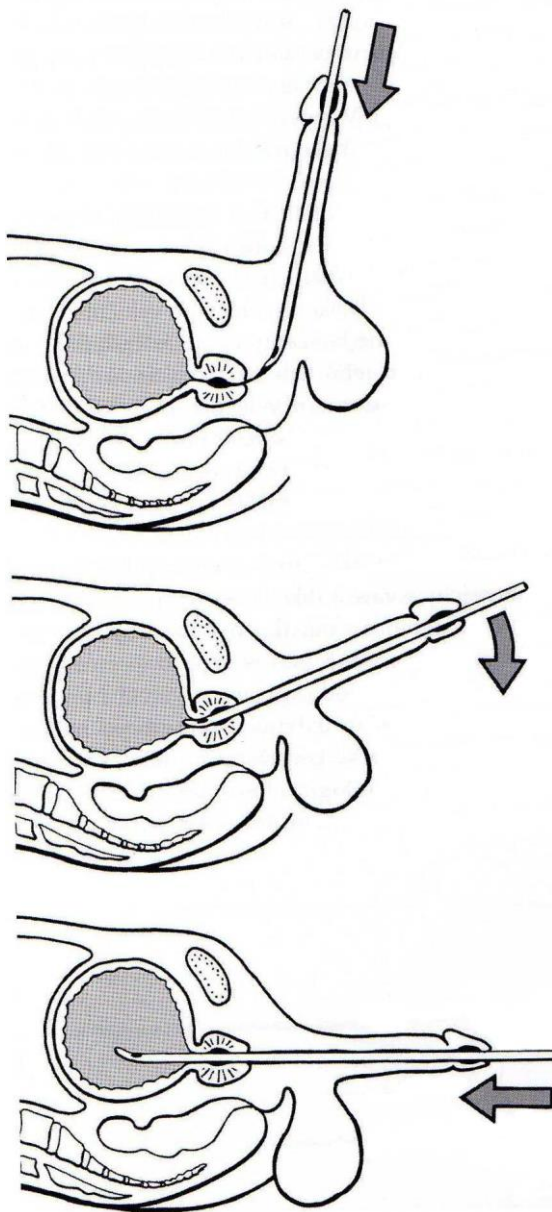
(Abrahams, Druga, 2001, s. 180)

OBRÁZEK 2 – SROVNÁNÍ ANATOMIE MUŽSKÉ A ŽENSKÉ MOČOVÉ TRUBICE



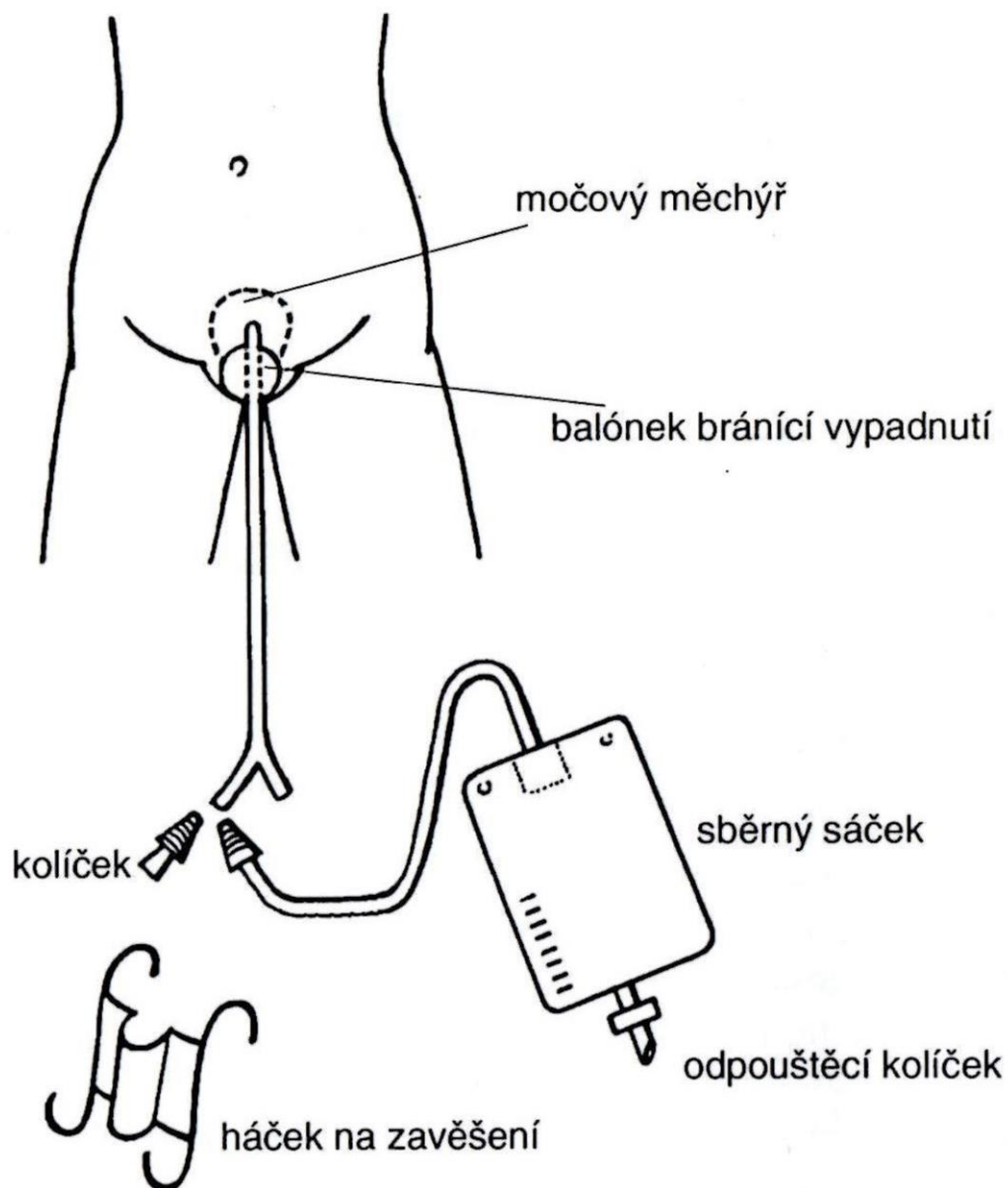
Obrázek 2 Srovnání anatomie mužské a ženské močové trubice

(Abrahams, Druga, 2001, s. 180)

OBRÁZEK 3 – KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE

Obrázek 3 Katetrizace močového měchýře u muže

(Kawaciuk, 2009, s. 59)

OBRÁZEK 4 - KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U ŽENY

Obrázek 4 Katetrizace močového měchýře u ženy

(Holeksová, 2002, s. 58)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	37
Tabulka 2 Věk respondentů	38
Tabulka 3 Dosažené vzdělání	39
Tabulka 4 Délka praxe v DP	40
Tabulka 5 Absolvování certifikovaného kurzu	41
Tabulka 6 Zavádění PMK	42
Tabulka 7 Počet imobilních mužů s PMK	43
Tabulka 8 Katetrizace MM u muže	44
Tabulka 9 Ošetřování a péče o PMK u mužů	45
Tabulka 10 Čas strávený ošetřováním PMK při jedné návštěvě	46
Tabulka 11 Častost ošetřování PMK u klienta	47
Tabulka 12 Spolupráce s rodinou	48
Tabulka 13 Spolupráce lékařů při zavádění PMK	49
Tabulka 14 Možné problémy, týkající se zavádění PMK	50
Tabulka 15 Standard ošetřovatelské péče	51
Tabulka 16 Znalost standardu	52
Tabulka 17 Postupování podle standardu v péči o PMK	53
Tabulka 18 Vypracování standardu	54
Tabulka 19 Nejčastější komplikace	55
Tabulka 20 Návrhy pro zlepšení péče	56

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	37
Graf 2 Věk respondentů	38
Graf 3 Dosažené vzdělání	39
Graf 4 Délka praxe v DP	40
Graf 5 Absolvování certifikovaného kurzu	41
Graf 6 Zavádění PMK	42
Graf 7 Počet imobilních mužů s PMK	43
Graf 8 Katetrizace MM u muže	44
Graf 9 Ošetřování a péče o PMK u muže	45
Graf 10 Čas strávený ošetřováním PMK při jedné návštěvě	46
Graf 11 Častost ošetřování PMK u klienta	47
Graf 12 Spolupráce s rodinou	48
Graf 13 Spolupráce lékařů při zavádění PMK	49
Graf 14 Standard ošetřovatelské péče	51
Graf 15 Znalost standardu	52
Graf 16 Postupování podle standardu v péči o PMK	53
Graf 17 Vypracování standardu	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1 – Vyhláška 55/2011Sb. - vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Příloha P 2 – Dotazník

Příloha P 3 – Edukační materiál – postup permanentní katetrizace u muže

**PŘÍLOHA P 1 - VYHLÁŠKA 55/2011SB. - VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ**

Předpis č. 55/2011 Sb.

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

ČÁST DRUHÁ

**ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ
ZPŮSOBILOSTI**

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),

b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,

c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,

d) zajišťovat herní aktivity dětí,

e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,

g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,

h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,

i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,

j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií.

§ 17

Zdravotnický záchranář

(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může

a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,

b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,

d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,

e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,

f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,

g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,

h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,

- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
 - j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
 - k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- (2) Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může
- a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci b) podávat léčivé přípravky¹⁰), včetně krevních derivátů,
 - c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
 - d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,
 - e) odebírat biologický materiál na vyšetření,

§ 30

Zdravotnický asistent

(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, v rozsahu své odborné způsobilosti může získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Přitom pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky zejména může

a) sledovat fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenávat je do dokumentace, pečovat o vyprazdňování, provádět komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, zajišťovat aplikaci tepla a chladu,

b) provádět rehabilitační ošetřovatelství, včetně prevence poruch imobility,

c) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta,

(2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře může

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku,

b) odebírat biologický materiál, provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

c) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

d) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při ošetření akutní a chronické rány.

ČÁST ČTVRTÁ

ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ SPECIALIZOVANÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 55

Sestra pro intenzivní péči

(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu, vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetřovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,

2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest

dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,

2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,

3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,

4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,

c) pod odborným dohledem lékaře

1. aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady,

2. provádět extubaci tracheální kanyly,

3. provádět externí kardiostimulaci.

§ 57

Dětská sestra

Dětská sestra vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o zdravé i nemocné dítě, u kterého nedochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání nehrozí, nebo které nemá poruchy duševního zdraví, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo jeho okolí. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. provádět první ošetření novorozence včetně případného zahájení resuscitace, zajišťovat termoneutrální prostředí a sledovat bezproblémovou poporodní adaptaci,
2. vykonávat činnosti specializované ošetrovatelské péče poskytované dítěti v domácím prostředí i během hospitalizace, vykonávat návštěvní službu, spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, klinickým psychologem nebo zdravotně-sociálním pracovníkem,
3. vyhodnocovat výchovné, sociální a léčebné prostředí ve zdravotnických a zvláštních dětských zařízeních, vytvářet stimulační prostředí pro zdravý rozvoj dítěte, sledovat psychomotorický vývoj dítěte, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte,

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. vykonávat činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte,
2. aplikovat infuzní roztoky a nitrožilní léčiva s výjimkou radiofarmak,
3. provádět výplach žaludku u dítěte při vědomí,
4. zavádět gastrickou a duodenální sondu u dítěte při vědomí,
5. provádět katetrizaci močového měchýře dívek.

PŘÍLOHA P 2 – DOTAZNÍK

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Klára Sedláčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma: „Úskalí péče o permanentní močový katétr u imobilních nemocných v domácí ošetrovatelské péči.“ Dotazník je dobrovolný a zcela anonymní, vyplněné informace budou sloužit pouze ke studijním účelům. Vyplňte, prosím, všechny otázky. Svou odpověď označte, případně na vytečkované řádky doplňte Vaši odpověď. Pokud nebude v textu uvedeno jinak, označte pouze jednu možnou odpověď.

Předem děkuji za ochotu a čas, který věnujete tomuto dotazníku.

Klára Sedláčková

Dotazník:

1. Uveďte prosím Vaše pohlaví.

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 30 a méně let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) SZŠ
- b) VOŠ – diplomovaný specialista, doplňte prosím obor:
- c) VŠ – bakalářské studium, doplňte prosím obor:

d) VŠ – magisterské studium, doplňte prosím obor:.....

e) Jiné.....

4. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

a) 1 rok a méně

b) 2 – 10 let

c) 11 – 20 let

d) 21 a více let

5. Absolvoval/a jste certifikovaný kurz, po jehož absolvování jste získal/a oprávnění k zavádění PMK u mužů?

a) ANO

b) NE

6. Kdo ve Vaší organizaci nejčastěji zavádí PMK u mužů? (Možnost více odpovědí.)

a) Všeobecná sestra, která absolvovala certifikovaný kurz

b) Všeobecná sestra, která neabsolvovala certifikovaný kurz

c) Praktický lékař klienta

d) Lékař se specializací v oboru urologie

e) Lékař ve Vaší organizaci

f) Jiné

7. Kolik imobilních mužů s PMK Vaše organizace ošetřuje k dnešnímu datu?

a) k dnešnímu datu neošetřujeme žádné klienty s PMK

b) 1 - 5 klientů

c) 6 – 10 klientů

d) 11 a více klientů

8. Jak často se setkáváte s katetrizací močového měchýře u muže?

a) Denně

b) Několikrát týdně

c) Několikrát měsíčně

d) Jednou měsíčně či méně

9. Jak často se setkáváte s ošetřováním a péčí o PMK u mužů?

a) Denně

b) Několikrát týdně

c) Několikrát měsíčně

d) Jednou měsíčně či méně

10. Kolik času strávíte ošetřováním PMK u klienta při jedné návštěvě?

a) Do 10 minut

b) 11 – 20 minut

c) 21 – 40 minut

d) Více než 40 minut

11. Kolikrát týdně ošetřujete PMK u průměrného klienta?

a) Méně než 3x

b) Více než 3x

c) Každý den

12. Spolupracuje při péči o PMK i rodina klienta?

- a) ANO
- b) Většinou ANO
- c) Většinou NE
- d) NE

13. Jak hodnotíte spolupráci a ochotu lékařů k zavádění PMK v domácím prostředí?

- a) Velmi dobrá
- b) Dobrá
- c) Nevím
- d) Špatná
- e) Velmi špatná
- f) Jiné

14. Doplňte prosím, zda se setkáváte s nějakými problémy, týkající se zavádění PMK u mužů? (např. nezájem lékaře, neoprávněnost zavádění sestrami aj.)

.....
.....

15. Vlastní Vaše organizace standard ošetrovatelské péče zabývající asistencí a zaváděním PMK u mužů?

- a) ANO
- b) NE

16. Znáte obsah tohoto standardu?

- a) ANO
- b) NE
- c) Částečně

17. Postupujete podle tohoto standardu v péči o PMK u klienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Kdo tento standard vypracoval?

- a) Vedoucí sestry
- b) Jiný pracovník
- c) Nevím
- d) Jiné

19. S jakými nejčastějšími komplikacemi se setkáváte při péči o PMK u mužů?

.....

.....

.....

20. Co navrhuje pro zlepšení péče o PMK u imobilních klientů?

.....

.....

.....

PŘÍLOHA P 3 – EDUKAČNÍ MATERIÁL – POSTUP PERMANENTNÍ KATETRIZACE U MUŽE

POSTUP PERMANENTNÍ MOČOVÉ KATETRIZACE U MUŽE

EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO VŠEOBECNÉ SESTRY S ABSOLVOVANÝM
CERTIFIKOVANÝM KURZEM PRO ZAVÁDĚNÍ PMK U MUŽŮ

PŘÍPRAVA POMŮCEK

- 2x sterilní močový Foleyův katétr – pro případ porušení sterilních podmínek
- sběrný sáček na moč
- 2x sterilní rukavice
- dezinfekce
- sterilní tampóny
- pinzeta
- 2x emitní miska
- anestetický gel
- čtverce buničiny
- stříkačka se sterilním roztokem
- nepropustná podložka

PŘÍPRAVA PACIENTA

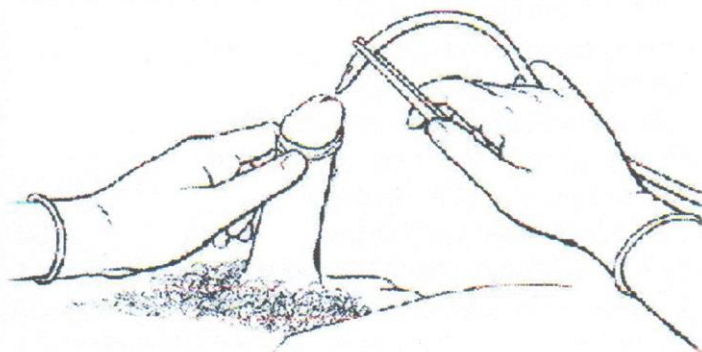
- vysvětlení výkonu
- zajištění soukromí
- zajištění důstojnosti a tepla
- zajištění souhlasu s výkonem
- doporučení celkové hygieny před výkonem
- zajištění vhodné polohy pacienta – poloha na zádech s pokrčenými dolními končetinami

PRACOVNÍ POSTUP

Připravíme si pomůcky a umyjeme si ruce. Vozík s pomůckami by měl být umístěn tak, aby dominantní ruka byla blíže k pacientovi. Zajistíme soukromí a upravíme polohu pacienta.

Pod pacienta si vložíme nepropustnou podložku. Mezi stehna pacienta si položíme emitní misku. Po dezinfekci rukou si sestra navleče sterilní rukavice. Navlhčíme tampóny v dezinfekčním roztoku. Uchopíme penis, stáhneme předkožku a provedeme dezinfekci od ústí močové trubice k okraji, poté aplikujeme anestetický gel do močové trubice, pinzetou uchopíme katétr a pomalu ho zavádíme, než začne vytékat moč. Zachytíme moč do emitní misky. Po zavedení katétru je nutné předkožku stáhnout. Naplníme balónek asi 5 – 10 ml sterilního roztoku. Napojíme konec katétru na sběrný sáček, který zavěsíme tak, aby visel pod úroveň močového měchýře.

Po výkonu upravíme pacientovu polohu na lůžku a zajistíme, aby měl signalizační zařízení na dosah. Uklidíme si pomůcky a umyjeme si ruce. Sběrný sáček vyměňujeme 1x za 24 hodin nebo dle potřeby. PMK lze ponechat 21 dnů.



KOMPLIKACE

- prosakování moči kolem močového katétru
- vznik dekubitů kolem ústí močové trubice
- perforace dolních močových cest – při cévkování se nesmí nikdy používat násilí, existuje zde riziko poranění močové trubice a vytvoření „fausse route“ - falešná cesta
- uroinfekce tj. zanesení infekce do močových cest
- parafimóza tj. uskřínutí předkožky penisu po nekvalitně provedeném zavedení katétru
- poranění svěrače močové trubice a vznik hematurie při zavádění PMK
- bakteriurie nebo bakteriemie
- pálení a bolesti

ZÁZNAM V DOKUMENTACI

Do dokumentace zaznamenáváme – jméno pracovníka, který výkon provedl, důvod katetrizace, datum a čas katetrizace, typ a velikost použitého močového katétru, výrobní číslo, expirační dobu, množství roztoku k naplnění balonku, komplikace a nežádoucí reakce u pacienta, monitorované hodnoty moči, tj. množství, barva, zápach, pH, příměsi a sedimentace.

UPOZORNĚNÍ

Při manipulaci se sběrným sáčkem dodržuje hygienicko-epidemiologické zásady, s vypouštěcím ventilem manipulujeme vždy v čistých rukavicích (výměna u každého pacienta), předcházíme vzniku nozokomiálních nákaz. Zdrojem infekce je také spoj mezi katétre a sběrným sáčkem, proto klademe důraz na dodržování čistoty lůžka. K cévkování a zajištění cévek používáme pouze sterilní jednorázové pomůcky, za dodržování hygienicko-epidemiologických zásad a hlavně dodržování řádné hygienické dezinfekce rukou před i po výkonu.

ÚKLID POMŮCEK

Tampony, čtverce buničiny, rukavice se odstraní do odpadků. Všechno tento materiál je potenciálně infekční, proto jej odkládáme do košů označených jako infekční odpad. Pinzety vložíme do dekontaminační nádoby s desinfekčním prostředkem. Emitní misky, podložní mísu vydesinfikujeme, umyjeme, osušíme a uložíme na příslušné místo.