

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Michaela Kotátková

**Kvalita edukace klientů v programu domácí
parenterální výživy**

Bakalářská práce

Praha 2023

Autor práce: **Michaela Kotátková**

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.

Oponent práce: **Mgr. Šárka Klokočková**

Datum obhajoby: **30. 5. 2023**

Bibliografický záznam

KOŤÁTKOVÁ, Michaela. Kvalita edukace klientů v programu domácí parenterální výživy. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2023. 123 s., 5 příloh.

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kvalitou edukace klientů, kteří byli zařazeni do programu domácí parenterální výživy. Práce je rozdělená na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je popsána indikace, kontraindikace a historie domácí parenterální výživy, její rozdělení podle typů a nejčastěji používané cévní vstupy. Dále je popsána charakteristika edukace v ošetrovatelství, v edukačním procesu, její cíle, vyhodnocení, způsob vytvoření dokumentace pro realizaci všech fází edukačního procesu.

V empirické části je popsána metodika průzkumného šetření. Bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí distribuce nestandardizovaných dotazníků klientům, kteří již byli edukováni, či edukováni byli během dotazníkového šetření.

Účelem této práce je získání poznatků, jak klienti vnímají způsob edukace prováděné na našem pracovišti, jaké informace považují za nedostatečné, chybějící či nesrozumitelné a jaké informace či edukační materiály by ještě uvítali.

Na základě takto získaných informací bude vytvořena ucelená informační brožura, která bude sloužit klientům jako ucelený a srozumitelný celek o domácí parenterální výživě.

Výsledkem bude vytvoření kvalitního edukačního protokolu, který bude odpovídat osobním požadavkům klienta a všem fázím edukačního procesu chybějícím na našem pracovišti.

Klíčová slova

Domácí parenterální výživa, dlouhodobé invazivní vstupy, edukace, edukační proces, parenterální výživa, prevence infekce.

Abstract

The bachelor thesis deals with the quality of education of clients who were included in the home parenteral nutrition program. The thesis is divided into the theoretical and empirical parts. Indications, contraindications, and history of home parenteral nutrition are described in theoretical part. Also, its division by types and the most often used vascular entrances. The characteristics of education in nursing, the educational process, its goals, evaluation, and method of creating documentation for the implementation of all phases of the educational process are also described.

The method of the survey investigation is described in the empirical part. It was conducted by using of a quantitative method by distributing non-standardized questionnaires to clients who have already been educated or will be educated during the survey.

The purpose of this thesis is to gain the knowledge about how clients perceive the way of education conducted at our workplace, what information they consider to be insufficient, missing, or incomprehensible, and on what information or educational materials they would still like to have.

Based on the information obtained in this way, the comprehensive information brochure will be created, to serve clients a clear and understandable whole about home parenteral nutrition.

And, the high-quality educational protocol will be created that will meet the client's personal requirements and all phases of the educational process, which is missing in our workplace.

Keywords

Home parenteral nutrition, education, educational process, infection prevention, long-term invasive inputs, parenteral nutrition.

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Michaela Kotátková**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Kvalita edukace klientů v programu domácí parenterální výživy**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- BOZZETTI, Federico. Home Parenteral Nutrition. 2006. UK: Cabi, 2006. ISBN 978-1-84593-156-9.
- GURKOVÁ, Elena. Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.
- CHARVÁT, Jiří. Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. Enterální a parenterální výživa. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5009-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LUKÁŠ, Karel. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2005. Sestra. ISBN 80-247-1283-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a Renáta ZOUBKOVÁ. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9.
- SVĚRAKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén, c2012. ISBN

978-80-7262-845-2.

ZADÁK, Zdeněk. Výživa v intenzivní péči. 2., rozšířené. a aktualizované. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

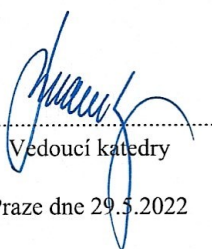
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **Mgr. Hromádková Jaroslava**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 20.5.2022

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.5.2022



.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., Ph.D, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne: 5. 12. 2023

Michaela Kořátková

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Šárce Tomové, MPH, Ph.D., Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a cenné rady v průběhu jejího zpracování. Velmi děkuji své rodině za projevenou podporu po dobu mého studia. A také mým kolegyním za trpělivost v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD	13
1 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	14
2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	15
2.1 Definice parenterální výživy, historie	15
2.2 Typy parenterální výživy	16
2.3 Indikace parenterální výživy	16
2.4 Kontraindikace parenterální výživy	16
2.5 Žilní přístupy v parenterální výživě	17
2.6 Komplikace spojené se zajištěním žilního řečiště.....	18
2.7 Systémy podávání parenterální výživy	19
2.8 Domácí parenterální výživa	20
2.9 Indikace a kontraindikace DPV.....	21
2.10 Žilní přístupy v domácí parenterální výživě	21
2.11 Komplikace u dlouhodobých katétrů	25
2.12 Proces edukace v ošetrovatelství.....	27
3 EMPIRICKÁ ČÁST	37
3.1 Cíle práce.....	37
3.2 Pracovní hypotézy	37
3.3 Metodika.....	38
3.4 Charakteristika vzorku respondentů.....	38
3.5 Organizace vlastního šetření a zpracování dat	39
3.6 Výsledky vlastní práce	40
3.6.1 Část A: obecná část	40
3.6.2 Část B: hodnocení edukace v konkrétních oblastech	46
3.6.3 Část C: celkové hodnocení edukace	64

3.6.4	Statistické zpracování hypotéz	73
3.7	Diskuze.....	78
3.7.1	Diskuze k výsledkům vlastní práce.....	78
3.7.2	Diskuze vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám	88
3.7.3	Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií	91
	ZÁVĚR	95
	REFERENČNÍ SEZNAM	98
	SEZNAM OBRÁZKŮ	101
	SEZNAM TABULEK	103
	SEZNAM PŘÍLOH.....	104
	PŘÍLOHY	105

SEZNAM ZKRATEK

ADP	agentura domácí péče
CICC	Centrally Inserted Central Catheter
cm	centimetr
CŽK	centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiogram
ESPEN	Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus
FR1/1	fyziologický roztok
GIT	gastrointestinální
DPV	domácí parenterální výživa
JIP	jednotka intenzivní péče
ml	mililitr
n.	nerv (nervus)
PPN	parciální parenterální výživa
PV	parenterální výživa
PICC	peripherally implanted central catheter
pH	potential of hydrogen (vodíkový exponent)
REDNUP	Registr domácí nutriční podpory
SKVIMP	Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče
UZ	ultrazvuk
V	véna (žíla)
TPN	totální parenterální výživa

ÚVOD

Téma své diplomové práce jsem si vybrala protože, edukace klientů je významnou součástí mé pracovní náplně. Edukace klientů vyžadujících parenterální výživu v domácím prostředí přibývá, a to v jakékoliv věkové kategorii. Je proto nezbytně nutné přizpůsobit průběh edukace nejen jejich zdravotnímu stavu, ale i psychickým a fyzickým schopnostem a sociálnímu zázemí. Průběh edukace, její kvalita a hodnocení rozhoduje o tom, zda klient zvládne veškeré činnosti sám, či bude potřeba zapojit některého ze členů rodiny, anebo bude nutné zajistit péči všeobecných sester z ADP (agentura domácí péče). Jelikož budou tito klienti po dobu několika týdnů či měsíců – někteří i doživotně – odkázáni pouze na tento typ výživy, bývá pro některé klienty velmi těžké se vyrovnat s touto situací. Mnoho klientů také bývá po náročných chirurgických operacích, kdy jim ve většině případů byla odstraněna část střeva a následně vyvedena stomie. V počátku je nutné předat klientům mnoho informací ohledně fungování DPV (domácí parenterální výživa). Proto je důležitá kontinuita a návaznost v edukačním procesu. Proto, by nám velmi pomohlo provádět edukaci dle edukačního protokolu. Tento edukační protokol na našem pracovišti stále chybí, a proto někdy dochází k duplicitě předávaných informací, obzvláště pokud edukaci provádí každý den jiná sestra. Pokud bychom pracovali dle edukačního protokolu, a na základě edukační anamnézy, věděli bychom od začátku, jaká témata budou pro klienta přínosná a které je schopen zvládnout.

Je nezbytně nutné nezatěžovat klienta informacemi, které není schopen pojmout a zvládnout a nevystavovat jej zbytečným stresovým stavům, které budou bránit v pokračování edukace. Také nám chybí ucelené informace, které by byly obsažené v jednotné informační brožuře, která by obsahovala veškeré informace k fungování DPV. Nyní máme různá témata k DPV rozčleněna do několika samostatných blanketů.

Během edukace vzniká mezi námi a klientem určitý vztah, založený na důvěře, empatii a pochopení. Toto se ukazuje například během kontrol, kdy klient vyhledává sestru, která jej edukovala či se na ni obrací, pokud se vyskytnou nějaké problémy.

Edukačních sezení probíhá i několik za týden, proto musíme být v této problematice dostatečně erudované a připravené řešit jakékoliv problémy. Proto je nutné pracovat dle nových a stále se rozvíjejících se poznatků. Důležité je i vzdělávání sester v této problematice, v čemž nám vedení kliniky vychází maximálně vstříc.

1 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

- Prostudování adekvátní literatury.
- Vytvoření nestandardizovaného dotazníku.
- Získání dat z nestandardizovaného dotazníkového šetření od klientů, kteří již byli edukováni, či edukováni budou během dotazníkového šetření.
- Zpracování dat dle dotazníkového šetření.
- Vytvoření kvalitního edukačního protokolu.
- Vytvoření dokumentace pro realizaci všech fází edukačního procesu.
- Vedení edukace dle edukačního plánu na základě zjištěných osobních potřeb klienta.

Hypotézy

- **Hypotéza č. 1:** Lze se domnívat, že, potřeba setkávat se s jinými klienty nezávisí na bydlišti klientů.
- **Hypotéza č. 2:** Lze se domnívat, že informovanost ohledně možnosti péče sester z agentur domácí péče nezávisí na pohlaví.
- **Hypotéza č. 3:** Lze se domnívat, že potřeba znát jméno sestry nezávisí na vzdělání.
- **Hypotéza č. 4:** Lze se domnívat, že bylo klientovi srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity může i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na pohlaví.
- **Hypotéza č. 5:** Lze se domnívat, že bylo klientovi srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity může i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na bydlišti.

2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

2.1 Definice parenterální výživy, historie

Parenterální výživa je léčebná metoda, při které se živiny a tekutiny dostávají přímo do krevního oběhu mimo zažívací trakt. Roztoky parenterální výživy reflektují základní složky výživy, jde tedy o dodání tekutin, minerálů, živin, cukrů, aminokyselin, vitamínů, tuků a stopových prvků nitrožilní cestou. Bývá aplikována u klientů, kteří nemohou pokrýt své nutriční požadavky enterálním příjmem, a živiny jsou tedy podávány přímo do krevního řečiště pomocí periferního či centrálního vstupu v závislosti na nutnosti délky podávání (Křížová et al., 2019).

Historie parenterální výživy začíná objevem krevního oběhu v roce 1628. Zhruba o 30 let později se začíná s prvními pokusy na zvířatech s aplikací různých roztoků. Od začátku 20. století dochází k rozvoji parenterálního podávání léků, tekutin a elektrolytů. V 60. letech 20. století se započíná s podáváním intravenózní výživy a následně v 70. letech se již objevují první komerčně vyráběné parenterální přípravky aminokyselin a tukových emulzí. Ve stejném období dochází k rozvoji parenterální výživy včetně té domácí. Postupem let dochází k prudkému rozvoji výroby optimálních tukových emulzí. Na rozmachu je i technologická výroba této výživy.

Přesto v 70. letech 20. století již zaznamenáváme rozvoj aminokyselinových roztoků a tukových emulzí. Značná část těchto roztoků byla uvedena na trh, hlavně však aminokyselinové roztoky získávají značnou oblibu. K vývoji těchto roztoků dochází výhradně ve společnosti Infusia Hořátev a.s.

Po roce 1990 pokračuje rozvoj aminokyselinových roztoků a jejich klinické zkoušení na mnoha pracovištích.

Další výzkum byl bohužel přesunut do zahraničí, jelikož společnost Infusia Hořátev a.s. byla v rámci reorganizace přiřazena k firmě Fresenius Kabi s.r.o. Z toho důvodu se v ČR (Česká republika) používají výhradně zahraniční přípravky již s výhodnějšími vlastnostmi (Šenkyřík 2015, s. 7–8).

2.2 Typy parenterální výživy

Parenterální výživu dělíme na parciální (částečnou), totální, preterminální, přechodnou či trvalou.

Parciální parenterální výživa (PPN) je výživa podávána jako doplněk ostatních druhů výživy. Pokud je enterální příjem nedostatečný a klient stále trpí podvýživou, tato metoda nahradí chybějící prvky anebo dodá chybějící kalorie či tekutiny.

Totální parenterální výživa (TPN) je kompletní výživa, která je podávána intravenózně klientům, kteří nejsou schopni zpracovávat potravu a absorbovat živiny trávicím traktem.

Preterminální parenterální výživa je podávána u klientů s onkologickým onemocněním, kdy pokročilé nádorové onemocnění oslabuje funkci GIT (gastrointestinální trakt) a jejich nedostatečný perorální příjem limituje přežití více než samotný nádor.

Přechodná parenterální výživa je výživa podávaná pouze na nezbytně dlouhou dobu, dokud nedojde k obnovení funkce střeva, do rekonstrukce střeva či jeho transplantace.

Trvalá parenterální výživa je doživotní podávání parenterální výživy u klientů s vážným poškozením GIT z důvodu neplnění své výživové funkce (Křížová et al., 2019).

2.3 Indikace parenterální výživy

Mezi hlavní indikace k podávání PV (parenterální výživa) řadíme syndrom krátkého střeva (stav po vysokých resekcích střeva; vysoké stomie), ileózní stavy, střevní píštěle a stenózy, stav po rozsáhlých střevních operacích, akutní pankreatitidu, střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), postradiační enterokolitidu, poruchy digesce, malabsorpci, těžké průjmy a zvracení, jaterní insuficienci, kritické stavy doprovázené nefunkčností GIT, popáleniny a polytraumata (Kapounová et al., 2007).

2.4 Kontraindikace parenterální výživy

Mezi hlavní kontraindikaci řadíme funkční GIT, tedy stav, kdy klient může jíst a užít se, terminální stav klienta, odmítání nutriční podpory ze strany pacienta a další. (Křížová et al., 2019).

2.5 Žilní přístupy v parenterální výživě

Volba žilního přístupu závisí na indikaci, předpokládané délce podávání výživy a na celkovém zdravotním stavu klienta. Plná PV se vždy musí podávat do centrálních žil. Parenterální výživu podáváme do periferních či do centrálních žil.

Do periferních žil, nejčastěji žil horní končetiny, podáváme PV, která je časově omezena, a to na dobu 7–10 dnů. Důvodem je především riziko vzniku závažné flebitidy. Tento způsob volíme v případech, kdy musí být dlouhodobý vstup extrahován či pokud je zavedení dlouhodobého vstupu pro klienta rizikové. Musí být, ale splněno několik podmínek, a to že osmolarita PV musí být do 900 mOsm/l a pH v rozmezí od 5 do 9. Dále je nevhodná u klientů s vysokými energetickými nároky a velkým průtokem tekutin. Mezi výhody řadíme snadné zajištění přístupu a snížené riziko komplikací spojených s katérovou sepsí nebo mechanickými komplikacemi katétru. Mezi tyto vstupy řadíme periferní žilní katétr či midline katétr. Výhodou midline katétru je, že jej zavádíme pod UZ (ultrazvuková) kontrolou, je dlouhý 8–20 cm (centimetr), a cesty zavedení jsou v. basilica nebo v. brachialis do v. axilaris, jeho životnost je do 4 týdnů (Křížová et al., 2019).

Centrální přístupovou cestu volíme u většiny klientů především z důvodu nutnosti dlouhodobého podávání PV. Lze tak podávat plnohodnotnou výživu a koncentrované roztoky v malém objemu. CŽK (centrální žilní katétr) lze používat jak ke krevním odběrům, tak i k měření centrálního žilního tlaku. Nejčastěji se zavádí katétr cestou v. subclavia či v. jugularis interna.

Konec katétru se umísťuje do dolní duté žíly. U klientů, u kterých nelze tuto cestu využít, volíme přístup z v. femoralis (véna), ovšem zde je větší incidence kanylových sepsí. Pokud nelze těmito cestami katétr zavést, dáváme přednost tzv. PICC katétru (peripherally implanted central catheter).

Zavádí se pod UZ kontrolou z oblasti paže periferní žilou, a to nejčastěji v. basilica, v. cephalica nebo v. brachialis. Konec katétru bývá umístěn především v oblasti přechodu horní duté žíly v pravou síň, v oblasti kavoatriální junkce, tedy v centrálním řečišti (Charvát et al., 2016).

2.6 Komplikace spojené se zajištěním žilního řečiště

U periferního žilního vstupu je hlavní komplikací vznik flebitidy či extravazace PV. V těchto případech musí být vždy katétr extrahován.

U dlouhodobého CŽK jsou komplikace spojené buď s jeho zavedením, či používáním.

Mechanické komplikace jsou spojené s nemožností zavedení centrálního katétru, kdy příčinou je obezita, hypovolemie spojená s kolapsem centrálních žil, dále trombotické a fibrotické změny, nevhodný materiál a malá zkušenost lékaře.

Komplikace spojené se zaváděním centrálního žilního katétru

Pneumotorax patří mezi nejčastější komplikace. Vzniká při zavádění centrálního katétru, a to nejčastěji do v. subclavia. Rizikovými faktory jsou kachexie, nebo naopak obezita klienta či dehydratace. Klinické projevy se zpočátku nemusí vůbec objevit, jelikož pneumotorax se může rozvíjet velmi pomalu. Mezi varovné příznaky patří kašel a dušnost objevující se během zavádění katétru.

Fluidotorax vzniká, je-li kanyla chybně zavedena do pleurální dutiny a výživa je podávána do tohoto prostoru.

Hemotorax vznikne při poranění cév, pleury nebo plic, tyto situace je třeba řešit odstraněním centrálního katétru a případná je hrudní drenáž.

Vzduchová embolie je nejzávažnější komplikací kanylace a bezprostředně ohrožuje život klienta. Rozvíjí se při nesprávné poloze pacienta v polosedě při kanylaci, kdy je v centrálních žilách nižší tlak, při výrazné hypovolémii nebo při hlubokém dýchání pacienta. Velmi dramaticky probíhá embolie většího množství vzduchu, která se projevuje náhle vzniklou těžkou dušností, cyanózou, hypotenzí, tachykardií.

Malpozice katétru vzniká, pokud je katétr zaveden vzhůru do v. jugularis či hluboko až do pravé komory nebo do tenké v. mamma interna.

Punkce arterie – dochází nejčastěji k punkci arteria subclavia nebo arteria carotis (Charvát et al., 2006).

Komplikace spojené s užíváním CŽK

Žilní trombóza – vyšší riziko je u pacientů dehydratovaných, u pacientů s hyperkoagulačním stavem. Projevuje se otokem příslušné končetiny a části krku.

Řešením je pak odstranění katétru a zahájení antikoagulační terapie, kterou je vhodné u rizikových pacientů podávat již předem v preventivní dávce.

Septické komplikace představují vážný problém u pacientů s centrální kanylou, incidence katérové sepse se udává 7–25 %.

Mezi faktory ovlivňující její vznik patří především délka doby zavedení katétru, typ a umístění katétru, ošetřování místa vpichu, opakované krevní odběry z kanyly, aplikace další medikace do kanyly.

Řadíme sem i základní onemocnění pacienta, kdy zvýšené riziko mají nemocní v těžkém katabolickém stavu, po rozsáhlých břišních operacích, v malnutrici a na imunosupresi.

Sepse se projevuje horečkou doprovázenou zimnicí a třesavkou s doprovodnou alterací celkového stavu, nauzeou (až zvracením), ve vážných případech až obrazem multiorgánového selhání, následně dochází ke vzestupu laboratorních ukazatelů zánětu a ke zjištění pozitivních hemokultur. Léčba katérové sepse spočívá v intravenózní aplikaci antibiotik podle aktuálních kultivačních nálezů z hemokultur a v odstranění katétru (Charvát et al., 2006).

2.7 Systémy podávání parenterální výživy

Systémy pro podávání PV rozlišujeme dle jejich způsobu podávání a výroby. Rozlišujeme *Multi-bottle* systém (systém jednotlivých lahví) a systém *All-in one* (vše v jednom).

Multi-bottle systém neboli systém jednotlivých lahví podávaných současně je systém, kdy se podávalo několik lahví najednou, a přinášel s sebou řadu komplikací.

Mezi nejčastější komplikace řadíme zanesení infekce při výměně lahví, nepřesné dosažení potřebného dávkování a rychlost podávání živin, což často vedlo k inkompatibilitám při smíchávání jednotlivých složek v infuzní lince. Nepřesně se také měřila hladina glykémie a jednotlivých minerálů v krvi. Byly i vyšší nároky na personál. V dnešní době se již tento způsob podávání PV již nepoužívá (Křížová et al., 2019).

All-in one systém je metoda, kdy jsou v jednom vaku obsaženy všechny důležité složky výživy.

Tento systém je oproti předchozímu systému levnější, je zde menší riziko výskytu infekcí při práci s vakem, nižší riziko metabolických komplikací a jsou menší nároky na personál.

All in one vaky mohou být buď firemně vyráběné, nebo v případě nestabilního klienta individuálně připravované v lékárně za velmi přísných aseptických podmínek.

Individuálně připravované vaky se připravují na týden a dle výsledků krevních rozborů mohou být dále upravovány. Tyto vaky musejí být skladovány v chladicím zařízení při teplotě +2 až +8 stupňů Celsia. Před podáním musejí být vyndány zhruba 3 až 4 hodiny před napojením, aby získaly pokojovou teplotu. Nesmí být však vystavovány přímému slunečnímu záření či být blízko topného tělesa.

Firemně připravované vaky obsahují potřebné živiny v oddělených komorách, které je před podáním nutné smíchat. Jsou buď dvoukomorové, které obsahují aminokyseliny a cukry, do kterých lze podle potřeby tuky přidávat, nebo tříkomorové – obsahující všechny tři složky makronutrientů. Do obou typů vaků lze před podáním přidat vitamíny či stopové prvky. Tyto typy vaků jsou vhodné u stabilizovaných klientů či u klientů bez příznaků onemocnění, jako je renální nebo jaterní onemocnění. Tyto vaky mají dlouhou expirační dobu a lze je skladovat při pokojové teplotě (Křížová et al., 2019).

2.8 Domácí parenterální výživa

Domácí parenterální výživa je definována jako parenterální výživa podávaná mimo nemocnici, většinou v domácím prostředí, ale i v pečovatelských domech. Je nedílnou součástí péče dospělých a dětí, kde strava a tekutiny nemohou být dostatečně absorbovány nebo pokud orální příjem není možný nebo dostatečný. Domácí parenterální výživa je považována za platnou možnost pro zlepšení kvality života u klientů, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou parenterální výživu (Křížová et al., 2019).

V České republice dochází k rozvoji DPV od roku 1992 prof. Andělem. Jednalo se nejdříve pouze o jednotlivé případy, avšak s vývojem vhodných roztoků k DPV dochází v této oblasti k vývoji.

V roce 1993 vzniká *Registr domácí nutriční podpory* (REDNUP), který spadá pod *Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče* (SKVIMP).

Zde jsou také registrovány indikace a komplikace DPV, počty jak dospělých, tak i dětských klientů. V roce 2008 vzniká občanské sdružení „Život bez střeva“, které podporuje klienty na DPV.

Klienti vyžadující DPV spadají pod centra nutriční péče, která mimo ambulantní péče poskytují i lůžkovou péči, včetně JIP (jednotka intenzivní péče) v případě výskytu závažných zdravotních problémů.

Tato centra zajišťují edukaci klientů, materiálové a lékové zabezpečení, zapůjčení mobilních infuzních pump, batohů a poskytují celkovou péči o invazivní vstupy. Také řeší obtíže vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy a léčbu jejich komplikací.

Mezi hlavní výhody podávání parenterální výživy patří hlavně to, že klient nemusí být hospitalizován, ale je ve svém domácím prostředí. Tato varianta je samozřejmě mnohem levnější, a hlavně klient není vyřazen ze společenského života. Je samozřejmě více ohrožen katérovou sepsí, pokud nejsou činnosti spojené s napojováním a odpojováním prováděny důsledně dle aseptických postupů. Proto je velmi důležitá kvalitní edukace, popřípadě spolupráce s ADP.

V současnosti, kdy jsou k dispozici mobilní pumpy a batohy, může klient, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, žít prakticky běžným způsobem života.

Je schopen chodit dál do zaměstnání, studovat, cestovat, navštěvovat přátele, být nezávislý. Klient si může plánovat podávání výživy dle svých aktivit, samozřejmě za dodržení určitých pravidel, jako jsou délka a rychlost podávání výživy. Pokud je klient dobře edukován a dobře spolupracuje s personálem, nic mu nebrání v tom žít plnohodnotným životem. Velmi důležitá je i spolupráce s rodinnými příslušníky, což ve většině případů není problém (Křížová et al., 2019).

2.9 Indikace a kontraindikace DPV

Tento způsob podávání PV je indikován u klientů se syndromem krátkého střeva, (stav po rozsáhlých střevních resekcích), dále jsou důvodem střevní píštěle, střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), malabsorpce, střevní selhání nebo dysfunkce a jakákoliv život ohrožující podvýživa. Velmi důležitá je dobrá spolupráce klienta a schopnost jeho edukace (eventuálně jeho rodiny), dispenzarizace a pravidelné kontroly ve specializované ambulanci.

Mezi kontraindikace patří: odmítnutí péče, nespolupráce klienta či jeho rodiny a terminální stadia onemocnění (Lukáš, 2005).

2.10 Žilní přístupy v domácí parenterální výživě

V domácím prostředí se PV výhradně podává do centrální žíly. Zavádíme tyto typy katétru: PICC katétr, tunelizovaný centrální žilní katétr (Broviac katétr) a intravenózní implantabilní porty (Charvát et al., 2006).

Periferní centrální žilní katétr (PICC)

Patří mezi střednědobé katétry. Lze jej používat až jeden rok. Jeho délka používání však závisí na mnoha faktorech ovlivňujících jeho životnost. Jedná se zejména o jeho správné ošetřování. Průměrná délka jeho používání je dle Společnosti pro porty a permanentní katétry 3 měsíce.

Volba žíly závisí na jejím průměru a průměru zaváděného katétru. První volbou bývá nejčastěji v. basastica. Jedná se o největší žílu v oblasti paže, je dostatečně daleko od nervu a tepny.

Je uložena povrchně a má přímý průběh. Další volbou je v. brachialis, kterou volíme, pokud má v. basastica malý průměr, zcela chybí či je trombotická. Musíme však brát v úvahu, že v blízkosti leží n. medianus (nervus = nerv).

Další žílou, kterou lze využít, je v. cephalica. Tuto žílu volíme až tehdy, pokud nemůžeme využít ostatní žíly. Je velmi často na povrchu, kdy je vidět pouhým okem, a zvláště u obézních klientů bývá žílou nejširší.

Místo vpichu obvykle volíme v oblasti střední části paže. Dosáhneme tak dobré stabilizace katétru, komfortně se ošetřuje a má málo infekčních komplikací.

Pokud zavedeme katétr v oblasti kubitální jamky anebo v distální třetině paže, může pak dojít k expanzi katétru svalovou kontrakcí, a proto pozorujeme i vyšší riziko migrace.

V proximální části paže se katétr hůře ošetřuje a je zde i větší riziko infekce, a to kvůli ochlupení a zvýšenému riziku pocení.

V případě, že se použitelný průměr žil objevuje až v horní třetině paže, lze vpich provést v proximální třetině paže, katétr pak následně tunelizujeme do místa ve střední části paže.

Zavedení katétru provádíme za přísně sterilních podmínek. Vždy za ultrazvukové navigace.

Postup katétru pak sledujeme buď za skioskopické kontrole nebo EKG (elektrokardiogram) navigace.

Následně je katétr fixován ke kůži SecurAcatem, což je subkutánní dvoudílné stabilizační zařízení. Poskytuje bežešvé připevnění ke kůži. Tento typ fixace zlepšuje stabilitu katétru, snižuje riziko trombózy, riziko povytažení nebo vytažení a infekce. Klient tak má menší obavy z vytažení katétru (Charvát et al., 2006).

Velmi usnadňuje ošetrovatelskou péči, převaz je snadnější a rychlejší a zvládne jej tak udělat jedna sestra. Také ošetření kolem místa vpichu je komfortnější a bezpečnější.

Ke krytí katétru používáme Tegaderm s Chlorhexidinem, jelikož tento typ krytí výrazně redukuje riziko vzniku infekcí a frekvence převazu je 7–10 dní.

Sebeobsluha tohoto katétru není možná kvůli umístění katétru, je vyražena jedna paže. Je tedy nutná péče další osoby, a to buď někoho z rodiny, nebo sestry z agentury domácí péče

Tunelizovaný centrální žilní katétr

Nejčastěji používaným vstupem je bezpochyby Broviac katétr. Nabízí totiž nejjednodušší možnost klientovy sebeobsluhy. Zavádí se nejčastěji do v. subclavia nebo v. jugularis a je vyveden na hrudníku. Řadíme jej mezi dlouhodobé centrální katétry. Na rozdíl od běžného CŽK je tento typ katétru tunelizovaný a je opatřen Dakronovou manžetou, která je po implantaci umístěna v podkožním tunelu.

Zhruba po uplynutí dvou až tří týdnů tato manžeta proroste vazivem a slouží jako fixace katétru a také jako bariéra proti vstupu extraluminálně zavlečené infekce. Tento typ katétru se zavádí pomocí Seldingerovy metody.

Perkutánně se katétr zavádí do vnitřní jugulární nebo podklíčkové žíly. Zavedení katétru je prováděno pod skiaskopickou nebo EKG kontrolou. Samotná punkční jehla je zaváděna do žíly pod UZ kontrolou. Distální konec katétru se umísťuje do kavatriální junkce (místo, kde horní dutá žíly ústí do pravé síně) nebo do horní části pravé síně. Velmi důležitou součástí je tunelizace katétru, kdy je proximální část katétru vedena od místa vstupu do centrální žíly podkožím na přední stranu hrudníku, nejčastěji do oblasti podklíčku. Toto umístění katétru umožňuje dobrou fixaci krytím a jeho ošetřování. Je nutné zajistit, aby část vystupujícího katétru byla dostatečně dlouhá a zajistila tak snadné napojení na výživu pacientem nebo personálem. Tento typ katétru může být zaveden až 5 let.

Jeho ošetřování je podobné jako u PICC katétru, jen s tím rozdílem, že Broviac katétr je přichycen ke kůži několika stehy, které mohou být odstraněny zhruba po 6 až 8 týdnech. I tento typ katétru kryjeme Tegadermem s Chlorhexidinem (Charvát et al., 2006).

Intravenózní implantabilní port

Patří mezi dlouhodobé a trvalé žilní vstupy. Jejich použitelnost je až několik let. Mimo indikaci k podání parenterální výživy patří i aplikace chemoterapie u onkologicky nemocných klientů či krevních derivátů.

Jde o jednoduchý systém skládající se z portu a katétru. K aplikaci jsou určeny pouze jehly se speciálně tvarovaným hrotem – Huberovy jehly.

Velká většina portů je jednkomůrkových, ale na trhu jsou i dvoukomůrkové, určené k podávání dvou léčiv najednou či k odběrům krve. U těchto portů je ale výrazně horší hojení, to pro jejich velikost.

Kanylace centrální žíly se nejčastěji provádí punkční technikou. Preparace žíly se provádí jen ve výjimečných případech. Nejvíce se kanyluje v. subclavia nebo v. jugularis, a to z pravé strany, jelikož mnohé studie prokázaly, že punkce z levé strany mají častější trombotické komplikace a také rozdílné anatomické poměry.

Prvním krokem je preparace podkožní kapsy, která je umístěna na přední straně prsního svalu.

Nejčastěji je port umístěn v podklíčkové oblasti, zhruba 6–8 cm pod klavikulou mediálně od čáry medioklavikulární. Port je uložen zhruba 0,5 až 1 cm pod povrchem kůže. Velikost kapsy odpovídá velikosti portu.

Následuje tunelizace katétru a jeho spojení s portem. Umístění konce katétru má vliv na jeho správnou funkčnost. Ten by měl ležet v úrovni vyústění horní duté žíly do pravé síně (kavoatriální junkce) nebo těsně v pravé síni. Jestliže je špička katétru uložená mimo tato místa, hrozí riziko častějšího vzniku trombotických komplikací. Délka katétru je upravena na požadovanou délku a umístění konce katétru je zkontrolováno skiaskopicky nebo pomocí intrakardiálního EKG či za pomoci UZ vyšetření. Následuje stažení katétru do místa podkožní kapsy a pak jej spojíme s portem. Průchodnost a funkčnost katétru ověříme aspirací krve a následným proplachem FR1/1 (fyziologickým roztokem). Vždy se snažíme, aby port nebyl umístěn přímo pod suturou rány, protože by se tím narušil proces hojení.

Na závěr katétr opět znovu propláchneme, jelikož správná technika proplachu je nejdůležitější v rámci prevence vzniku trombu a uzávěru katétru (Charvát et al., 2006).

Za správnou techniku proplachu považujeme aplikaci 20 ml FR1/1 metodou start-stop (mililitr). To znamená, že vždy prudce aplikujeme 2–3 ml roztoku, zastavíme a takto pokračujeme, dokud nám ve stříkačce nezůstane alespoň 5 ml FR1/1, kdy pak za stálé aplikace uzavřeme tlačku na katétru. Nakonec ránu sterilně kryjeme, stehy lze extrahovat za 7–10 dní. Použití jej lze okamžitě. Po zavedení Huberovy jehly je třeba celý vstup i s jehlou sterilně krýt. Jehla se mění po 5 dnech.

Proplachy dlouhodobých žilních vstupů

Jde o manuálně aplikovanou injekci definovaného objemu FR1/1 za účelem očištění lumenu katétru.

Za doporučený objem považujeme 20 ml FR1/1, a to vždy před zahájením a ukončením aplikace do trvalého vstupu a vždy před a po aplikaci jednotlivých léčiv.

Zásadní je technika proplachu, kdy nejprve stylem start-stop aplikujeme 15 ml FR1/1 a poté za stálé aplikace posledních 5 ml uzavřeme tlačku na katétru (Charvát et al., 2006).

2.11 Komplikace u dlouhodobých katétrů

Komplikace dělíme na krátkodobé, které jsou spojené se zaváděním katétru, a na dlouhodobé, spojené s jeho používáním.

Mezi krátkodobé komplikace řadíme punkci tepny, poranění nervových struktur a komplikace, které jsou spojené s technickou chybou při zavádění katétru. Tyto komplikace ale v současné době nejsou tak časté, jelikož punkce tepny při ultrazvukové navigaci nejsou pravděpodobné a správným postupem při zavádění katétru předcházíme i komplikacím spojených s katetrizační technikou.

Oproti centrálně zaváděným katétrům zde nevznikají komplikace jako pneumothorax, hemothorax či velké hematomy ani nedochází k punkcím tepen, které jsou umístěny v oblasti, kde tepnu nelze komprimovat.

Dlouhodobé komplikace se vyskytují v podobě infekcí, uzávěrů katétrů a trombóz žil.

Infekční komplikace patří mezi ty nejzávažnější. Dělíme je na extraluminální a intraluminální, dle typu kolonizace.

Extraluminální kolonizace (tunelitida, portitida) vzniká, pokud jsou mikroorganismy přítomny v povrchových nebo v hlubších strukturách kůže a migrují podél katétru do žíly. Tento způsob kolonizace závisí na péči o katétr. Jako prevence je důležitý přísný aseptický přístup při zavádění a převazu katétru.

Jelikož PICC katétr je oproti ostatním katétrům mnohem delší, je vznik této kolonizace méně závažný – i proto, že lze katétr v oblasti střední paže dobře fixovat a ošetřovat.

Intraluminální kolonizace je mnohem závažnější. Tyto komplikace nejčastěji způsobují gram-negativními organismy a houby.

Dochází k ní při kontaminaci nutriční směsi během přípravy, při používání katétrů pro jiné účely, než je parenterální výživa, netěsnící spojky, poškození setu a linek, infekce v oblasti kónusu katétru.

Léčba infekce závisí na výsledcích odebraných hemokultur. Při prvních příznacích infekce, jako je horečka, zimnice, zarudnutí v okolí vstupu katétru, při vzniklém abscesu nad portem ihned odebíráme párové hemokultury (Charvát et al., 2006).

To znamená, že vždy odebíráme krev z katétru a z periferie, abychom vyloučili případný jiný zdroj infekce. Nezapomínáme na stěr na kultivaci z okolí vstupu katétru nebo po vpichu portové jehly.

Do obdržení výsledků hemokultur přerušujeme používání katétru a zahajujeme okamžitou systémovou antibiotickou léčbu. K okamžité extrakci katétru bez pokusu o konzervativní postup přistupujeme, pokud je výsledek hemokultivací pozitivní na *Staphylococcus aureus* a *Candidu* či při rezistenci na léčbu či vzniku tunelitid.

Při negativních výsledcích hemokultivací na *Staphylococcus koagulázu* či gramnegativní bakterie lze katétr ponechat vždy s antibiotickou léčbou.

Při negativních výsledcích hemokultur se vždy doporučuje před použitím vstupu zopakovat odebrání hemokultur po přeléčení antibiotiky za 10–14 dní.

Katétr vždy po tuto dobu uzavíráme antiseptickou zátkou s Taurolidinem, která se aplikuje každý den.

Trombózu vstupu, nelze zaměňovat za okluzi či trombózu distálního konce katétru. Samotná okluze není trombotickou komplikací, a proto se doporučuje zprůchodnění katétru případně, jeho výměna.

Trombóza bývá často asymptomatická a je potřeba rozlišovat trombózu v místě inzerce a v oblasti špičky katétru.

Prevenčí bývá minimální traumatizace žíly při zavádění vstupu a správné umístění špičky katétru. Zásadní je pak prevence infekcí či okluse katétru.

Zde je velmi důležitá hygiena rukou, kvalitní ošetřování katétru a správná technika proplachu.

V případě suspektní trombózy se doporučuje provedení Dopplerovského vyšetření žíly se zavedeným katétre. Rozhodnutí o extrakci vstupu není paušálně doporučeno, pokud je vstup funkční a bez známek infekce trombu.

Za indikaci k extrakci katétru považujeme infekci trombu, malfunkce katétru, progredující symptomy trombózy žíly (Charvát et al., 2006).

Metabolické komplikace

Za metabolické komplikace považujeme přetížení nutričními substráty, poruchy metabolismu cukrů, tuků, lipidů, proteinů, minerálů, stopových prvků a vitamínů, poruchy ze strany trávicího traktu ve smyslu poškození bariérové funkce tenkého střeva, poruchy jaterních funkcí – jaterní steatóza, dislipidémie a cholestáza.

Proto, aby lékař mohl upravovat složení výživy dle potřeb klienta, je velmi důležité sledování laboratorních parametrů a hmotnosti klienta, zejména v prvních týdnech od zahájení parenterální výživy, aby se předcházelo vzniku těchto komplikací. Velmi důležité je sledování laboratorních parametrů, zejména pak jaterních testů, hladiny minerálů, glukózy, cholesterolu a vitamínů (Křížová et al., 2019).

2.12 Proces edukace v ošetřovatelství

Edukace je postup, který kladně působí na člověka tak, aby změnil jeho postoj k vědomostem, postojům, návykům a dovednostem.

Edukátor je aktivní aktér edukace. Ve zdravotnictví to bývá nejčastěji lékař, všeobecná setra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční pracovník (Juřeníková, 2010).

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Prostředí značně ovlivňuje světlo, zvuky, barvy, prostor, ale i atmosféra edukace.

Edukační standard je závazná norma pro udržení kvality edukace. Jedná se o plánovanou edukaci pro daného klienta s určitým onemocněním.

Edukant je jedinec, bez rozdílu věku, charakteristický svými afektivními a kognitivními vlastnostmi. Ovlivňuje jej řada faktorů jako etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém žije, a tedy i sociálně-kulturní podmínky.

Základní edukaci používáme u nově vzniklých onemocnění, kdy je potřeba klienta motivovat ke změně jeho postojů ke svému zdravotnímu stavu. Klientovi jsou předávány nové informace, vědomosti a dovednosti.

Reedukace je činnost, kdy, na již získané vědomosti a dovednosti navazujeme dalšími informacemi či aktualizujeme předchozí.

Komplexní edukace je činnost, při které klientovi či skupině klientů postupně předáváme informace o určité skupině onemocnění.

Cílová uživatelská skupina je skupina edukantů, kterým je edukace individuálně plánována na základě jejich osobních potřeb. U tohoto typu lze již hodnotit efekt edukace.

Edukační proces má svá určitá specifika. Jelikož je edukace součástí léčebného a ošetrovatelského procesu, musejí být společně v harmonii. Dělí se na pět fází: edukační anamnéza, edukační diagnóza, edukační plán, realizace edukace, zhodnocení edukace.

- *Edukační anamnéza* je fáze, ve které získáváme od klienta a jeho blízkých subjektivní a objektivní údaje. Další informace čerpáme z jeho dokumentace. Zjišťujeme klientův emoční stav, jeho pohled na nemoc, motivaci k učení, jeho sociální zázemí. Během pozorování při rozhovoru, kdy klienta informujeme o plánu edukace, lze dobře stanovit a naplánovat rozsah edukace.
- *Edukační diagnóza* se stanovuje na základě zjištěných informací od klienta a jeho blízkých a na základě osobních potřeb klienta.
- *Edukační plán obsahuje* cíle, jak ty krátkodobé, tak i dlouhodobé. Určíme si preference edukace a prostředky, kterými budeme edukaci vykonávat, i její formy a metody. Ty by měly podporovat zájem klienta o učení a osvojování daných a zvolených úkonů. Důležitý je i časový harmonogram edukace. Musíme brát zřetel na všechny tři oblasti: afektivní, kognitivní a psychomotorickou. *Afektivní oblast* – zaměřujeme se na vytváření určitých názorů, postojů, přístupů a chování klienta. *Kognitivní oblast* je zaměřená na vědomosti, intelektuální dovednosti a poznávací procesy. *Psychomotorická oblast* se týká zručnosti edukanta (Juřeníková, 2010).

- *Realizace edukace* – jde o fázi, během níž poskytujeme klientovi nové informace. Jsme nápomocní klientovi při získávání nových zručností a dovedností, pomáháme mu změnit určitá stanoviska k danému provádění výkonu, a to pod vedením edukátora. Tuto fázi dělíme na:
 - *diagnostickou fázi*, kdy kontrolujeme nově získané vědomosti, postupy, postoje a návyky,
 - *aplikační fázi*, kdy ověřujeme, že edukant všechny nově získané dovednosti je schopen použít i prakticky.
- *Hodnocení edukačního procesu* obsahuje zhodnocení dosažených cílů, hodnotí se celkově a průběžně. Edukační proces hodnotíme na základě otázek pokládaných edukantovi, zjišťujeme tak stav jeho nových vědomostí. Při přímém pozorování, kdy edukant technicky provádí nově nabyté dovednosti a schopnosti, hodnotíme jeho praktické obratnosti. Pravidelně provádíme zápis do dokumentace vždy po každé jednotlivé edukační hodině, abychom mohli zpětně reagovat a hodnotit průběh edukace a dosahování stanovených cílů.

Nejčastěji využívanou *formou* je forma individuální – při tomto typu edukace je možné dosahovat cílů ve všech oblastech učení. Jeden edukátor učí jednoho edukanta, vzniká tak mezi nimi úzký vztah. Náplň edukace vychází z individuálních potřeb klienta. Zpětná vazba umožňuje edukantům lépe porozumět novým poznatkům a zjistit, který z nových poznatků je nutné opakovat.

Edukační metody jsou ty, které nejčastěji používáme během edukačního procesu. Mezi nejčastější edukační metody řadíme následující:

- *Rozhovor* – verbální komunikace, kdy jsou klientovi kladeny otázky a odpovědi poukazují na stanovený cíl. Cílem je navést klienta k novému poznatku.
- *Demonstrační metoda* – v průběhu této metody edukant sleduje edukátora, který názorně předvádí danou činnost, a edukant tak může vnímat pomocí vjemů a prožitků, jak určitý úkon probíhá (Juřeníková, 2010).

- *Metoda tištěného slova* – velmi často využívaná metoda právě ve zdravotnictví. I když je náročná finančně a časově, především z hlediska přípravy, tak tato metoda předávání informací je velmi jednoduchá. Pro mnoho klientů procházejících edukačním procesem slouží jako určitý návod, jak danou činnost provádět. Lze použít i obrazovou dokumentaci, která pomáhá k rozvoji zapamatování. Speciálně vytvořená brožura pro konkrétní činnost slouží klientům jako návod či určitá jistota, podle které mohou vykonávat danou činnost v domácím prostředí.
- *Konzultace* – například pokud klient vyžaduje popis nějakého konkrétního postupu, který mu není zcela jasný.
- *Instruktaž* – poskytuje návod k výkonu během popisu dané činnosti.

Příprava prostředí. Velkou roli během edukace sehraává prostředí, ve kterém se bude odehrávat. Měli bychom respektovat právo na soukromí a přizpůsobit tomu i samotnou místnost, přizpůsobit osvětlení, pokud je to možné vytvořit i klidné prostředí, aby hluk neodváděl klientovu pozornost a ten, aby měl možnost se plně koncentrovat na danou situaci. Musíme brát v potaz i klientův zdravotní a psychický stav. Materiální příprava – brožury, tištěné návody.

Hodnocení edukace:

- *Formativní* – hodnocení je individuální, a podporuje tak motivaci, odhalování chyb a nedostatků v průběhu edukace.
- *Sumativní* – konečné, shrnuje průběh určitého časového úseku, hodnotí se pokroky a nedostatky.

Obsah edukace je dán edukačními potřebami.

Edukační potřeba je nedostatek znalostí v oblasti dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví, kdy tyto postoje mohou ovlivnit jeho současný zdravotní stav a mít i vliv na jeho budoucí vývoj.

Nejčastější chyby, které děláme při stanovení cílů, jsou jejich nedosažitelnost či nereálnost pro klienta, popisujeme činnosti, které bude vykonávat sestra, nikoliv klient, výkon popisujeme pro klienta těžko srozumitelnými výrazy, cíl je příliš kompaktní, a ne všechny informace jsou nutné.

Zásady edukace. Edukace musí být přiměřená. Měli bychom brát zřetel na individuální potřeby klienta, jeho současný zdravotní stav, psychické rozpoložení, věk, sociální zázemí a intelektuální schopnosti (Juřeníková, 2010).

Čistě individuální přístup dává klientovi pocit, že se mu plně věnujeme. Edukace musí být názorná, aby klient viděl, jak se, co vykonává a jaký je postup. Také je velmi důležitá zpětná vazba, abychom našli slabá místa a mohli je zredukovat na minimum. Klienta je nutné i pochválit, aby měl větší motivaci se vše správně naučit, ubezpečit jej, že jsme tu pro něj.

Kvalita edukace je dána mnoha faktory. Mezi ty nejdůležitější patří osobnost edukanta. Ač zdravotník není pedagog, měl by znát zásady edukace, v čem je edukace klienta klíčová a měl by umět zvolit vhodnou strategii.

Principy edukace jsou zásadní pro úspěšnost. Zdravotník tedy edukuje v oblastech, které dobře zná a je vždy připraven počítat s jakýmikoliv změnami v průběhu edukace. Musí si uvědomit, že délku a čas edukace určuje vždy klient. Vždy je potřeba zvolit vhodné edukační pomůcky a umět motivovat klienta tak, aby si osvojil nové postoje, znalosti a dovednosti. Dohlížíme na tempo učení a přizpůsobujeme ho vždy potřebám klienta.

Je třeba odstranit veškeré bariéry, ať komunikační, či smyslové. Cíle edukace se musí přizpůsobit osobnostní charakteristice klienta a jeho zdravotnímu stavu. To znamená, že na klienta nelze klást větší požadavky, než je schopen sám zvládnout. Je vhodné s klientem na počátku edukace společně stanovit cíle a ty pak společně hodnotit., případně je upravit na základě zdravotního stavu, psychických a fyzických sil klienta (Juřeniková, 2010).

Strategie edukace v oblasti domácí parenterální výživy

Na základě získaných informací o klientovi z dokumentace, od rodinných příslušníků a po rozhovoru s ním je stanovena edukační diagnóza. Vždy je potřeba brát v potaz zdravotní stav klienta, jeho fyzické a psychické schopnosti, věk a přidružená onemocnění, která jej mohou limitovat v provádění některých úkonů. Pokud klient a ani nikdo z jeho blízkých není schopen vykonávat činnosti jako odpojování a napojování na PV, zastoupí je sestra z ADP. Důležité je kontaktovat takovou domácí péči, kde jsou sestry proškoleny v těchto činnostech. Tak abychom měli jistotu, že je o klienta dobře postaráno a nehrozí vznik komplikací z důvodů špatně prováděných úkonů spojených s těmito činnostmi. Na naší klinice pravidelně tyto sestry proškolujeme.

Edukační diagnóza nám určí směr, jakým se edukace bude ubírat, to znamená, že si stanovíme afektivní, kognitivní a psychomotorické cíle a potřeby edukace. Realizace edukace probíhá za hospitalizace.

Vždy zaznamenáme průběh edukace, hodnocení a plán pro příští edukační sezení. K edukaci používáme prostředky jako rozhovor, demonstrace, instruktáž, předání informativních materiálů. Na každého klienta si stanovujeme individuální délku edukační hodiny i celkové edukace a edukačních prostředků.

Důležitý je empatický přístup, protože si musíme uvědomit, jak důležitou fází klient prochází a že výsledek edukace ovlivní další vývoj v jeho onemocnění.

Na začátku prvního edukačního sezení se klientovi, případně i rodinným příslušníkům představíme a seznámíme je s průběhem edukace. Jelikož máme již nějaké informace o klientovi získané z jeho zdravotnické dokumentace a od ošetřujícího lékaře, stanovíme si pracovní cíl edukace. Klienta se poptáváme, jaké vědomosti má o DPV, zdali ví, co obnáší a zdali má představu co vše je potřeba jej naučit. Většina klientů má již základní informace od ošetřujícího lékaře nicméně podrobnosti jsou zcela v naší kompetenci. Klient musí v první řadě vědět, že jsme tu pro něj, a odpovíme mu na cokoliv se bude ptát, co jej bude zajímat. Na základě tohoto pohovoru získáme přehled o tom, co bude klient schopen zvládnout, kde bude potřebovat pomoc, a jak je motivován. Ujistíme jej, že v oblasti, kterou není schopen z jakýchkoliv důvodů zvládnout sám, najdeme vždy náhradní cestu, jak tyto činnosti zvládnout. Také jej ubezpečíme v tom, že se nemusí stydět, pokud bude tuto pomoc potřebovat a rozhodně s ním není nic špatně. Vždy začínáme od základů, tzn. že klienta seznámíme s druhem zavedeného vstupu, jeho výhod i nevýhod a způsobu ošetřování. Dále druhem vaku, který mu bude naordinován, jelikož je rozdílný způsob jejich uskladnění v domácím prostředí. Firemně vyráběné vaky, lze skladovat při běžné pokojové teplotě, ovšem se vyhneme blízkosti topného tělesa a přímému slunečnímu světlu. Expirace těchto vaků jsou až dva roky. Kdežto individuálně vyráběné vaky, se musejí skladovat v lednici, při teplotě +2 – +8 stupňů. A jejich expirace je pouhých 7 dnů. Upozorníme klienta, že není potřeba speciální lednice, nýbrž postačí samostatná přihrádka v lednici, kterou již mají v domácnosti. Velmi důležitá je informace, že zhruba 3-4 hodiny před napojením je potřeba vak z lednice vyndat a ponechat jej při pokojové teplotě. Opět nesmí být na přímém slunci či v blízkosti topného tělesa. Ostatní léky v lednici skladovány být nemusí. Jedná se o vitamíny a stopové prvky, které se těsně před podáním aplikují do vaku, FR1/1 10 ml ampule, sloužící pro proplach katetru. Dále ohledně skladování materiálu mu doporučíme, aby jej měl roztríděný například v samostatných boxech pro lepší přehled. Pokračujeme ve způsobu objednávání materiálu a léků, v závislosti na zavedením vstupu. Každý vstup má své specifické pomůcky.

Tyto základní informace, kterých je i pro laika více než dost opakujeme a probíráme, dokud si nejsme jistí, že klient chápe tuto problematiku.

Důležitou součástí edukace je obsluha pumpy. Vysvětlíme mu fungování pumpy, nastavení požadovaných parametrů, způsob nabíjení pumpy, uložení setu do pumpy.

Vysvětlíme mu, jak postupovat v různých situacích, co značí, který alarm a jak postupovat, pokud se objeví. Klient samozřejmě obdrží návod k pumpě.

Dále uložení vaku i s pumpou do batohu, který se stává velkým pomocníkem v nezávislosti klienta. Důležitým bodem ohledně batohu je, že nesmí nikdy ležet, jinak hrozí vniknutí vzduchových bublin do infuzní linky a pumpa se zastaví. I v tomto případě poučíme klienta, jak postupovat při této situaci a uklidníme jej, protože mnoho klientů se obává, že by jej vzduchové bubliny mohli ohrozit na životě.

Klienta seznámíme s různými riziky DPV a zavedeného vstupu, zejména pak známkami počínající infekce. V těchto případech je poučen, že se na nás musí ihned obrátit.

Nezapomínáme ani na informace, jak nakládat s odpadem a jeho s likvidací. Na tuto činnost nemocnice již vypracovala pracovní postup společně s edukačním materiálem.

Běžný odpad klienti odkládají do běžného odpadu, kdežto ostrý odpad či znečištěný krví odkládá u nás na stacionáři.

Mnoho klientů se zajímá, jak se vstupem provádět běžnou denní hygienu a zdali se může věnovat volnočasovým aktivitám jako před onemocněním.

Co se týká provádění hygieny, existuje několik druhů krycích materiálů, které jsou vhodné, ovšem problémem je jejich cena. Většina z nich není vzhledem k ceně určena pro každodenní použití, což ovšem závisí na klientových finančních možnostech.

Na internetových stránkách, jsem našla dva druhy krytí od dvou různých firem, které lze objednat i ve větším množství. Samozřejmě doporučujeme klientům, aby místo zavedení rozhodně nesprchovali. Koupání doporučené není. Z důvodu velkého rizika vzniku infekcí.

Jelikož vaky jsou podávány během noci, může klient nadále chodit do práce, školy, věnovat se koníčkům samozřejmě s ohledem na jeho zdravotní stav. Nedoporučují se těžké manuální práce například na zahradě, sekání dříví. Máme mnoho klientů, kteří jezdí i na dovolenou, avšak v těchto případech je nutné stanovit strategii, která neohrozí zdraví a život klienta. Vše je nutné naplánovat s ošetřujícím lékařem.

Klient musí mít podrobnou lékařskou zprávu, kde je uveden druh vstupu, důvod podávání PV, druh PV, léky, které užívá. Musí mít dostatek materiálu, vaků a ostatních léků.

V těchto případech musí klient sám zvládat odpojování a napojování a některý z členů rodiny musí zvládat převaz vstupu za naučených přísných aseptických postupů.

Pokud je klient kladně motivován dalším krokem je jej naučit, jak se sám napojovat a odpojovat k PV. Nejlépe vždy za účasti některého člena z rodiny.

Klienta nejdříve seznámíme se s potřebnými pomůckami, hygienou a dezinfekcí rukou, dezinfekcí plochy, na které budou pomůcky rozloženy.

Nejprve klient pozoruje, jak tyto činnosti provádíme my za doprovodu slovního instruktáže a postupně se klient tyto činnosti učí sám. Jak jsme zjistili během našich pozorování, největším problémem se ukazuje navlékání sterilních rukavic. Proto dáváme klientům i několik párů rukavic s sebou, aby měl možnost si tuto činnost, kdykoliv zkoušet.

Učíme je, jak rozložit pomůcky na obal od sterilních rukavic, kterou rukavici navléci jako první a pokud ji má oblečenou s jakými pomůckami lze pracovat a se kterými pomůckami lze pracovat s rukou bez sterilní rukavice. Po přípravě všech pomůcek jej učíme, jak navléci druhou rukavici. Dalším krokem je dezinfekce bezjehlového konektoru a proplach katetru, FR1/1 20 ml, stylem start-stop. Tento úkon je klíčový v prevenci uzávěru katetru. Dále pak jej učíme, jak napojit či odpojit PV a sterilně zabalit konec katetru a veškeré spoje mezi prodlužovací hadičkou a katetrem a také spojovací hadičkou a infuzním setem.

Edukace těchto činností je logicky nejdelší a většinou trvá 5 dní, než se klient vše správně naučí. Vše samozřejmě v závislosti na schopnostech klienta. Tento způsob sebeobsluhy je doporučován u katetru typu Broviac katetru či Port katetru u PICC katetru, toto není možné, neboť ruka, na které je katetr je vyřazena z těchto činností. V tomto případě zapojujeme rodinu či sestry z ADP. Jelikož máme nejvíce klientů právě s Broviac katetrem, snažíme se motivovat klienta k sebeobsluze. Dává mu to více možností upravit podávání výživy dle jeho možností samozřejmě za dodržení určitých podmínek, a to délka podávání výživy a stanovené rychlosti.

Pokud se některý z členů rodiny rozhodne, že by rád prováděl převaz katetru, samozřejmě mu to umožníme.

Nejprve jej seznámíme s druhem vstupu, jeho výhod a nevýhod, aseptickým postupem, a prevencí vzniku infekčních komplikací, příznaky počínající infekce. Nejprve mu ukážeme postupy sami a poté za naší asistence provádí převaz sám.

Abychom usoudili že je schopen provádět převaz sám, musí znát, jak provádět hygienu a dezinfekci rukou, které pomůcky jsou potřeba, příznaky infekce a samotný postup převazu za přísných aseptických podmínek.

Najdou se i rodinní příslušníci, kteří by se rádi naučili zavádět a odstraňovat portovou jehlu. V těchto případech musíme zhodnotit stav samotného portu, jak dobře je hmatný, zda při zavádění nehrozí nějaké komplikace. Příbuzný pacienta musí znát perfektně aseptický postup při zavádění portové jehly, možné komplikace a ošetření zavedené jehly. Samozřejmě musí vědět, jak postupovat při odstranění jehly. Těchto případů edukace moc nemáme, jelikož v mnoha případech je zavádění portové jehly komplikované z důvodu uložení portu.

Vše tedy závisí nejen na zdravotním a psychickém stavu klienta ale i na jeho osobnosti, motivaci a podpory rodiny.

Nemohu opomenout na osobnost edukátora. Měl by být kladně motivován ve své práci, znát všechny hlediska této problematiky, být dostatečně empatický a trpělivý.

Měl by znát všechny aspekty edukace, a umět pracovat s informacemi. Samozřejmě musí znát problematiku DPV, všechny výhody, rizika, mít informace ohledně onemocnění při kterých je DPV zaváděna, znát postupy při zavádění všech vstupů, jejich ošetřování, rozpoznat včas komplikace a umět je řešit. Z mého pohledu je to erudovaný odborník, již se zkušenostmi ve zdravotnictví, mít chuť se nadále vzdělávat a aktivně vyhledávat nové informace, měl by být vyzrálá osobnost a mít pochopení pro klienta, který prochází náročným obdobím a umět řešit jakékoliv nenadálé situace.

Musím ještě zmínit nevýhody edukace v této oblasti. Bohužel, někdy čas, za kterou dobu je potřeba aby se klient naučil jednotlivé oblasti je krátký. Především z důvodů špatné komunikace mezi lékaři, kdy se nenadále rozhodnou propustit klienta do domácího ošetřování a nás tlačí klienta edukovat v některých oblastech co nejrychleji. Bohužel takto prováděná edukace zbytečně vystavuje klienta stresu a nelze jej v tak krátkém časovém úseku klienta vše potřebné dobře naučit. Edukace tedy probíhá i při dalších kontrolách a vždy je nutné zajistit sestry z ADP. Nevýhodou jsou i naše prostory, kde edukace probíhá.

Naše oddělení se skládá ze dvou místností. Přípravny, kde jsou i počítače, probíhá zde veškerá komunikace mezi personálem a odehrávají se telefonické hovory, připravujeme zde léky a infuze. Ve druhé místnosti jsou již samotná lůžka a pokud jsou všechna plně obsazena, nelze tam edukovat. Klienta tedy edukujeme v přípravné místnosti, kde to kvůli hluku bývá dosti náročné a rozhodně nevhodné. Bohužel zatím není k dispozici jiná místnost, určená výhradně edukacím.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části bakalářské práce jsou nejprve uvedeny stanovené cíle práce a pracovní hypotézy. Poté následují kapitoly, jako je metodika šetření, organizace šetření a charakteristika průzkumného vzorku. V této části jsou rovněž zpracovány a prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření určené pro klienty. Získaná data jsou vypracována ve formě grafů a statisticky zpracována. V neposlední řadě je uvedeno porovnání vlastních výsledků průzkumného šetření s jinými realizovanými studiemi, následuje diskuse a zakončeno je vše závěrem.

3.1 Cíle práce

- **Cíl 1:** Prostudování adekvátní literatury.
- **Cíl 2:** Vytvoření nestandardizovaného dotazníku.
- **Cíl 3:** Distribuce dotazníků a získání dat z nestandardizovaného šetření.
- **Cíl 4:** Statistické zpracování dat na základě výsledků dotazníkového šetření.
- **Cíl 5:** Vytvoření edukačního protokolu obsahujícího všechny fáze edukačního procesu.
- **Cíl 6:** Vedení edukace dle edukačního plánu na základě zjištěných osobních potřeb klienta.
- **Cíl 7:** Hodnocení realizace podle nového návrhu edukačního protokolu.

3.2 Pracovní hypotézy

- **Hypotéza č. 1:** Lze se domnívat, že potřeba setkávat se s jinými klienty nezávisí na bydlišti klientů.
- **Hypotéza č. 2:** Lze se domnívat, že informovanost ohledně možnosti péče sester z agentur domácí péče nezávisí na pohlaví.
- **Hypotéza č. 3:** Lze se domnívat, že potřeba znát jméno sestry nezávisí na vzdělání.
- **Hypotéza č. 4:** Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na pohlaví.

- **Hypotéza č. 5:** Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na bydlišti.

3.3 Metodika

K získání dat byl použit kvantitativní průzkum, metoda dotazníkového šetření. Ke sběru dat byl využit nestandardizovaný anonymní dotazník určený pro klienty ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, konkrétně na IV. interní klinice v rámci oddělení nutriční péče.

Dotazník určený pro klienty se skládal ze tří částí. První část obsahovala základní, obecné otázky, kterých bylo celkem osm. Druhá část již byla zaměřena na konkrétní oblasti edukace klientů v programu domácí parenterální výživy. Tato část obsahovala 35 otázek. Třetí část se pak zaměřila na celkové hodnocení edukace, obsahovala 13 otázek. Celkem bylo distribuováno 43 dotazníků (100 %), návratnost byla 43 dotazníků tedy 100 %.

3.4 Charakteristika vzorku respondentů

Oslovila jsem klienty, kteří již byli edukováni v minulosti a kteří edukaci absolvovali v průběhu dotazníkového šetření. Souhlasili s vyplněním dotazníků a jejich fyzický i psychický stav byl kompenzovaný. Věk ani pohlaví klientů nebyl hlavním měřítkem výzkumu. Jsou to klienti, kteří využívají, jak pomoci sester domácí péče, tak napojování a odpojování provádějí sami, nicméně všichni tito klienti prošli společnými tématy edukace, které jsou uvedené v dotazníku v části B. Většina z nich jsou dál aktivní ve volnočasových aktivitách, které velmi rádi provozovali i před onemocněním. Vždy tedy společně hledáme další a nové možnosti, jak jim to umožnit, aby je to neohrozilo na zdraví a nepoškodilo vstup.

Všichni klienti jsou v průběhu edukace hospitalizováni na naší klinice, neboť jim nejprve musí být zaveden vhodný vstup dle předpokládané délky podávání PV a poté je potřeba sledovat jejich zdravotní stav v počátcích podávání parenterální výživy. Jak jejich organismus reaguje na tuto výživu a hledá se vhodná rovnováha mezi nutričními komponenty.

Bylo distribuováno 43 dotazníků a na základě vyhodnocení tohoto dotazníku bylo zjištěno, že se ho zúčastnilo z celkového počtu 43 klientů 29 žen (67,4 %) a mužů bylo 14 (32,6 %).

Věkovou hranici jsem rozdělila do 6 věkových rozmezí. Ve věkovém rozmezí 20–29 let se nacházejí 4 klienti (9,3 %), ve věkovém rozmezí 30–39 let je pak 7 klientů (16,3 %), ve věkovém rozmezí 40–49 let je 5 klientů (11,6 %), ve věkovém rozmezí 50–59 let je 13 klientů (30,2 %), ve věkovém rozmezí 60–69 let je 9 klientů (20,9 %) a ve věkovém rozmezí 70 let a více je pak 5 klientů (11,6 %). Věková hranice nebyla hlavním kritériem pro zařazení do dotazníkového šetření.

Co se týká vzdělání, zde převažovali absolventi střední odborné školy, a to bylo 12 klientů (27,9 %), dále následovali absolventi vysokých škol, 10 klientů (23,3 %), následovalo střední vzdělání jiného typu, 9 klientů (20,9 %), vyučeno bylo 7 klientů (16,3 %), základní vzdělání uvedli 3 klienti (7,0 %), střední všeobecné vzdělání uvedli 2 klienti (4,7 %).

3.5 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Empirická část je realizována pomocí průzkumu kvantitativní metodou, kdy byl distribuován nestandardizovaný dotazník. Sestaven byl pro klienty v programu domácí parenterální výživy ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, na IV. Interní klinice v rámci nutričního stacionáře, kde probíhají edukace klientů.

Vlastnímu šetření předcházela distribuce 3 dotazníků klientům, kteří již v minulosti edukaci absolvovali, a poté byl dotazník upraven na základě zpětných vazeb od klientů a po konzultaci přímé nadřízené.

Dotazníky pro klienty byly předem konzultovány s vedoucí práce a žádost o provedení dotazníkového šetření, byla schválena etickou komisí ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Souhlas je součástí příloh.

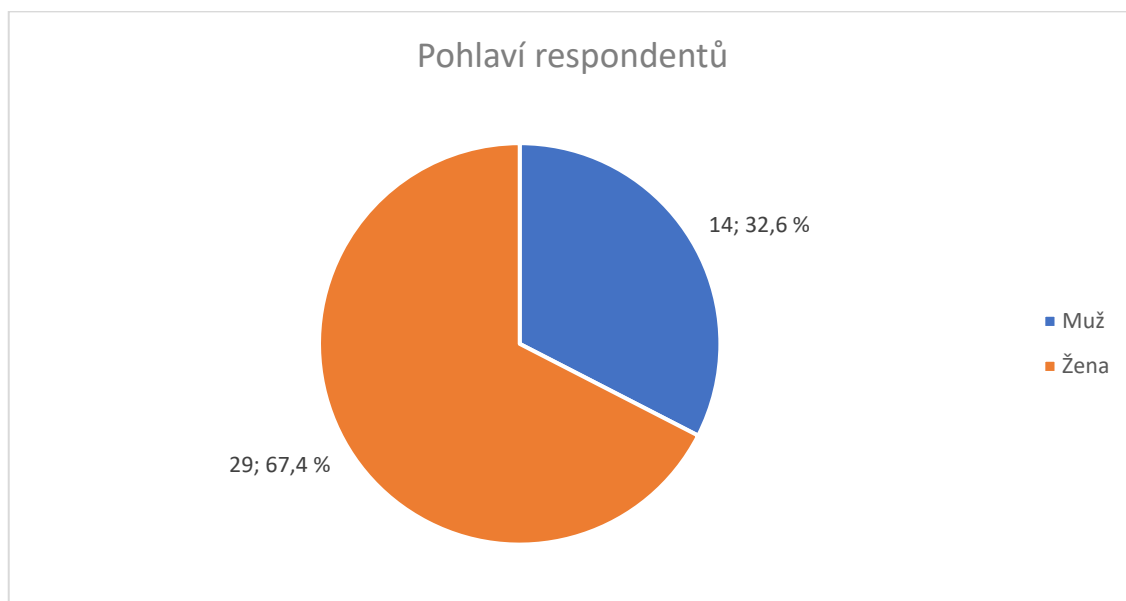
Po obdržení souhlasu od etické komise byly dotazníky distribuovány vždy po předchozím souhlasu a seznámením s dotazníkovým šetřením klientům. Samotný průzkum probíhal od července 2022 do října téhož roku. Dotazníky jsem klientům předávala osobně, v neoznačených obálkách, s tím, že je mohou odevzdat buď přímo mně, anebo mým kolegyním.

3.6 Výsledky vlastní práce

V této části práce jsou graficky zpracovány otázky z nestandardizovaného dotazníku pro klienty. Pro větší přehlednost je dotazník pro klienty rozdělen do třech částí. Část A reprezentuje obecné otázky, část B je již věnována konkrétním otázkám týkajících se edukace, část C pak reprezentuje celkové hodnocení edukace.

3.6.1 Část A: obecná část

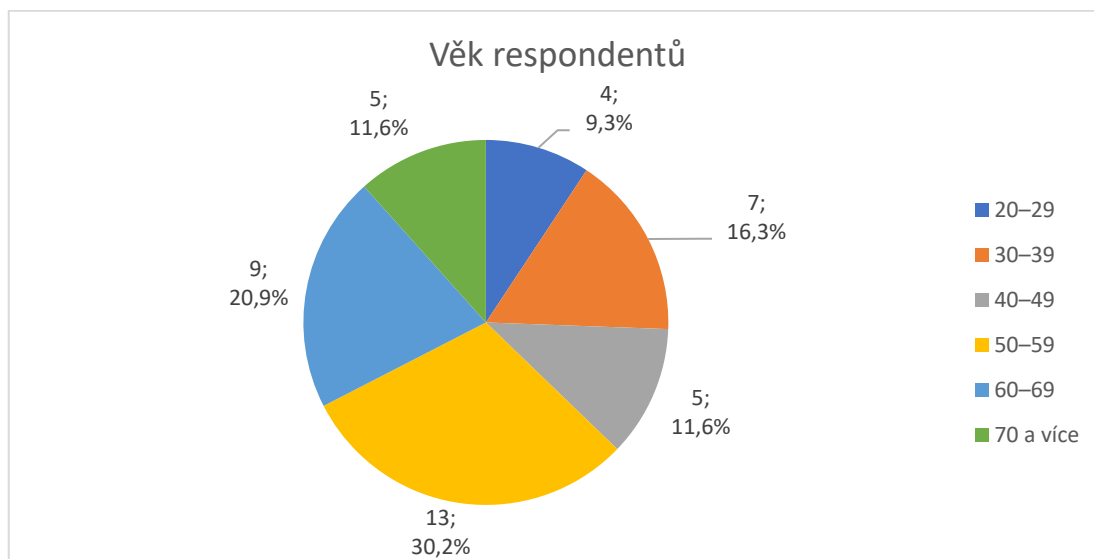
Položka 1. Pohlaví



Obrázek 1 Pohlaví respondentů (Zdroj: Autor)

67,4 % respondentů jsou ženy (29 osob) a pouze 32,6 % respondentů pak muži (14 osob).

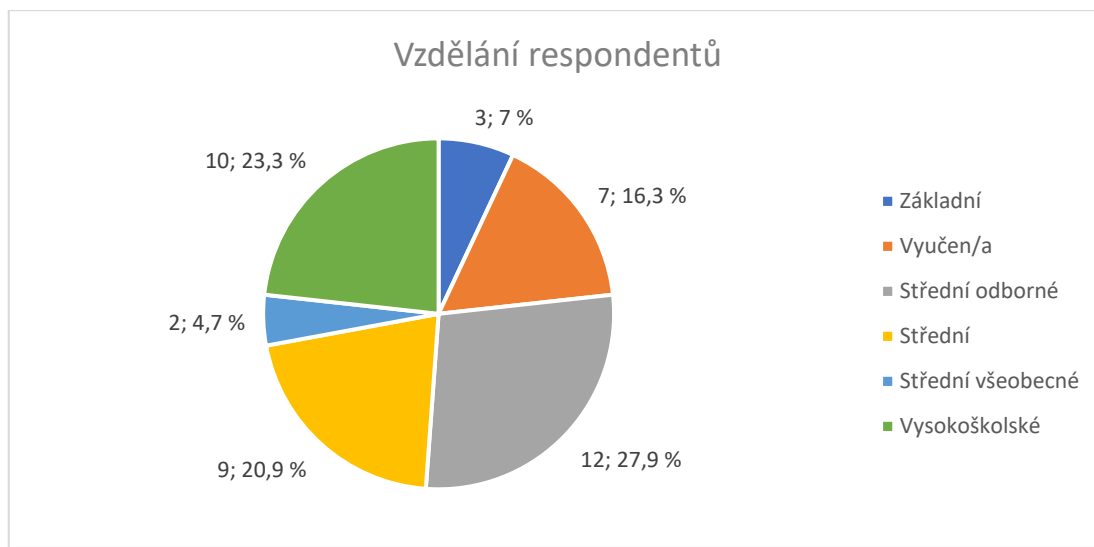
Položka 2. Věk



Obrázek 2 Věk respondentů (Zdroj: Autor)

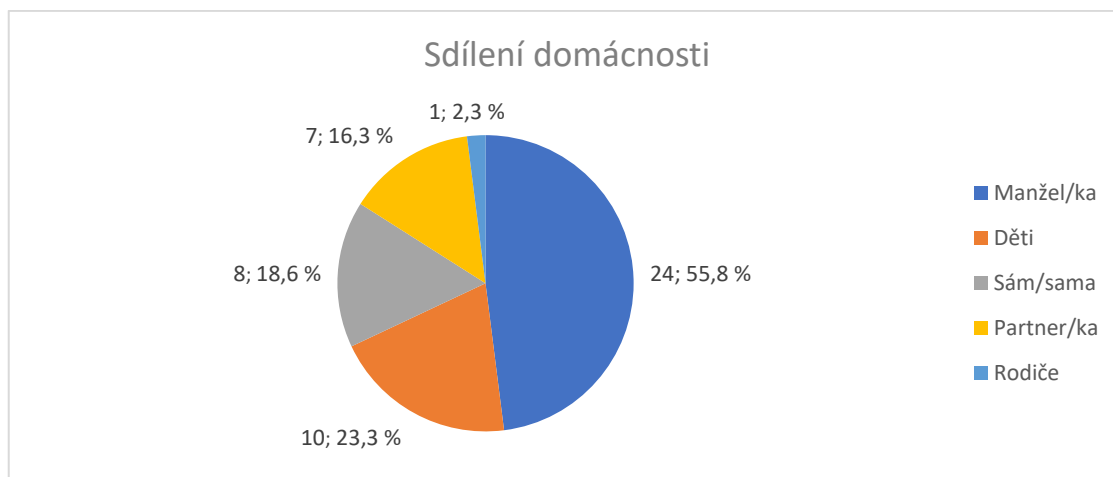
Na obrázku 2 je uvedeno věkové rozmezí respondentů. Ve věkovém rozmezí 20 až 29 let se nachází 9,3 % respondentů (4 osoby), ve věkovém rozmezí 30–39 let pak 16,3 % respondentů (7 osob), ve věkovém rozmezí 40–49 let 11,6 % respondentů (5 osob), ve věkovém rozmezí 50–59 let 30,2 % respondentů (13 osob), ve věkovém rozmezí 60 až 69 let 20,9 % respondentů (9 osob) a ve věkovém rozmezí 70 let a více let pak 11,6 % (5 osob).

Položka 3. Vzdělání



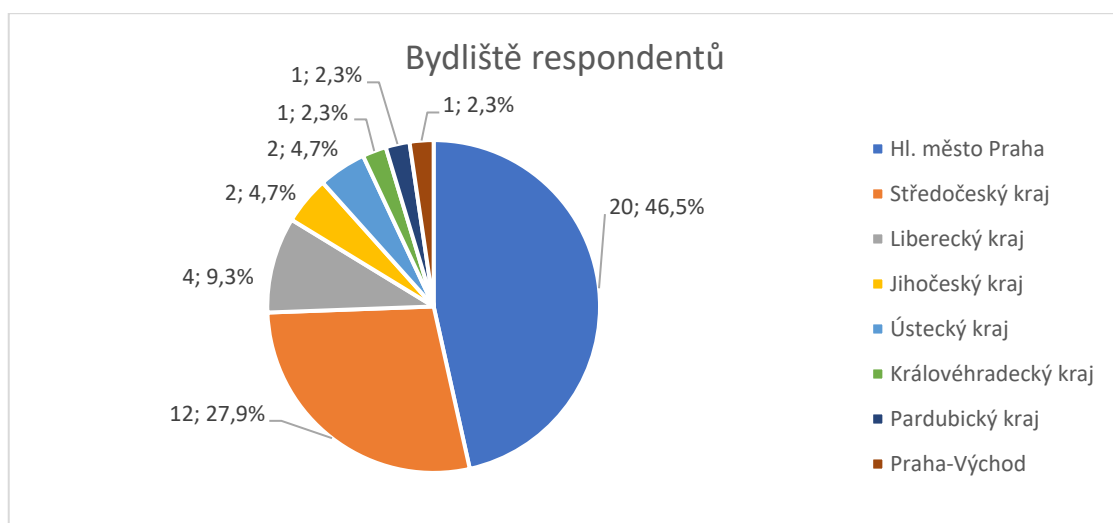
Obrázek 3 Vzdělání respondentů (Zdroj: Autor)

Na obrázku 3 je uvedeno vzdělání respondentů. Základní vzdělání uvádí 7,0 % respondentů (3 osoby), vyučen/vyučena uvádí 16,3 % respondentů (7 osob), střední odborné vzdělání uvádí 27,9 % respondentů (12 osob), střední vzdělání uvádí 20,9 % respondentů (9 osob), střední všeobecné vzdělání uvádí 4,7 % respondentů (2 osoby), vysokoškolské vzdělání pak uvádí 23,3 % respondentů (10 osob).

Položka 4. Sdílení domácnosti

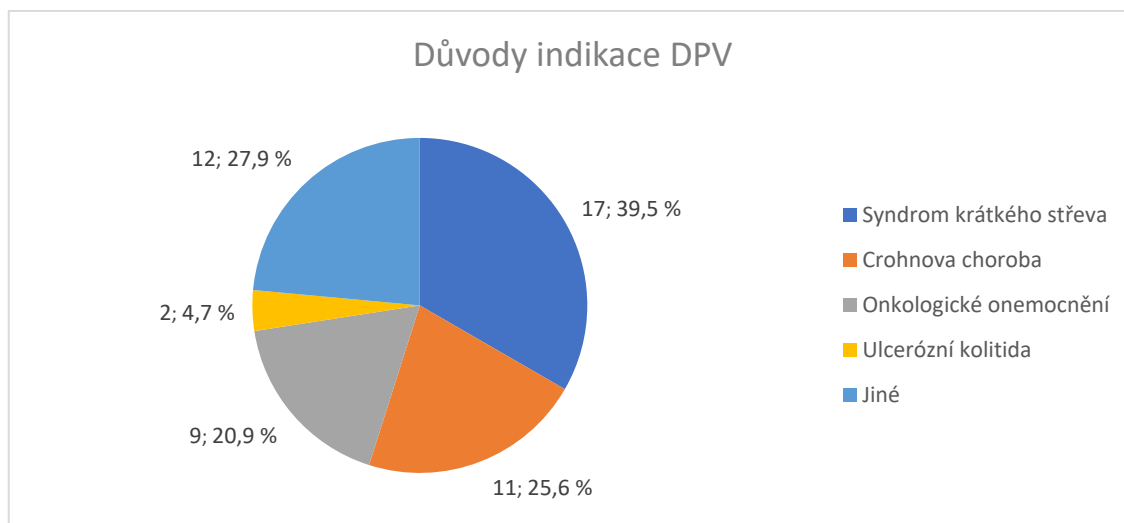
Obrázek 4 Sdílení domácnosti (Zdroj: Autor)

V případě sdílení domácnosti respondenti uváděli: s manželem nebo s manželkou v 55,8 % případů odpovědí (24 osob), 23,3 % respondentů žije s dětmi (10 osob), 18,6 % respondentů žije samo (8 osob), 16,3 % respondentů žije ve společné domácnosti s partnerem či partnerkou (7 osob), 2,3 % respondentů uvádí soužití s rodiči (1 osoba).

Položka 5. Bydliště

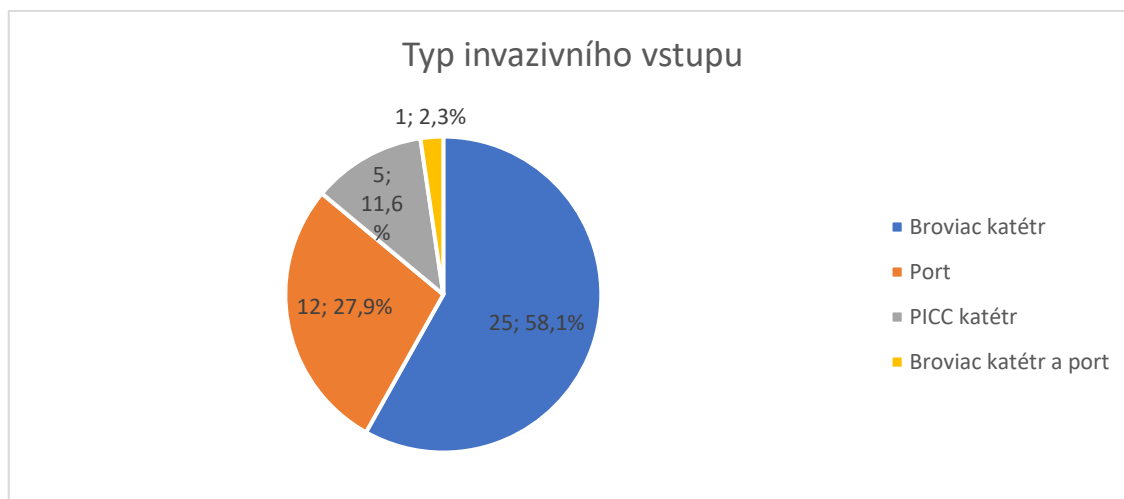
Obrázek 5 Bydliště respondentů (Zdroj: Autor)

Na *Obrázku 5* je uvedeno bydliště (kraj), ze kterého respondenti pocházejí. 46,5 % respondentů uvádí, že pocházejí z Prahy (20 osob), 27,9 % respondentů pak ze Středočeského kraje (12 osob), 9,3 % respondentů pochází z Libereckého kraje (4 osoby), 4,7 % respondentů z Jihočeského kraje (2 osoby), 4,7 % respondentů z Ústeckého kraje (2 osoby), 2,3 % respondentů z Královéhradeckého kraje (1 osoba), 2,3 % respondentů z Pardubického kraje (1 osoba), 2,3 % respondentů pak uvádí, že bydlí na Praze-Východ (1 osoba).

Položka 6. Důvody indikace

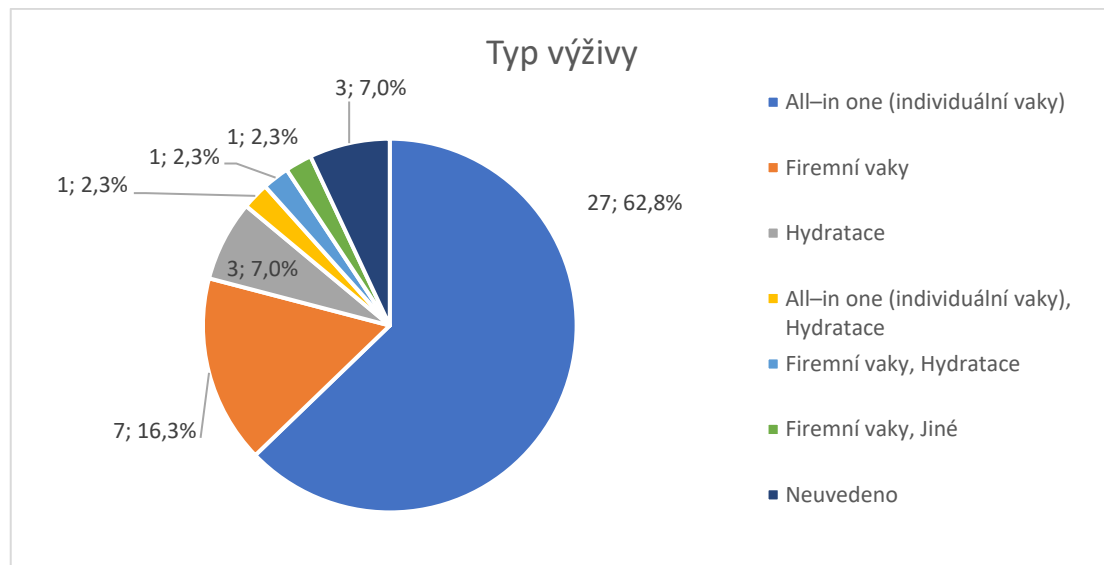
Obrázek 6 Důvody indikace k DPV (Zdroj: Autor)

Na *Obrázku 6* jsou uvedena onemocnění, kvůli kterým byla respondentům indikována domácí parenterální výživa (dále jen DPV). Nejčastějším důvodem je syndromem krátkého střeva, 39,5 % respondentů (17 osob), Crohnovou chorobou trpí 25,6 % respondentů (11 osob), onkologickým onemocněním trpí 20,9 % respondentů (9 osob), ulcerózní kolitidou pak 4,7 % respondentů (2 osoby), jiné onemocnění pak uvádí 27,9 % respondentů (12 osob).

Položka 7. Typ invazivního vstupu

Obrázek 7 Typ zavedení invazivního vstupu (Zdroj: Autor)

Na *Obrázku 7* jsou uvedeny odpovědi na otázku: „*Jaký invazivní vstup Vám byl zaveden?*“ Nejčastěji respondenti uvádějí Broviac katétr, a to v 58,1 % případů (25 osob), 27,9 % respondentů pak uvádí port katétr (12 osob), PICC katétr má zavedeno 11,6 % respondentů (5 osob), 2,3 % respondentů mají Broviac katétr a Port katétr (1 osoba). Nikdo z respondentů neuvedl, že by měl CICC anebo jiný dlouhodobý vstup.

Položka 8. Typ výživy

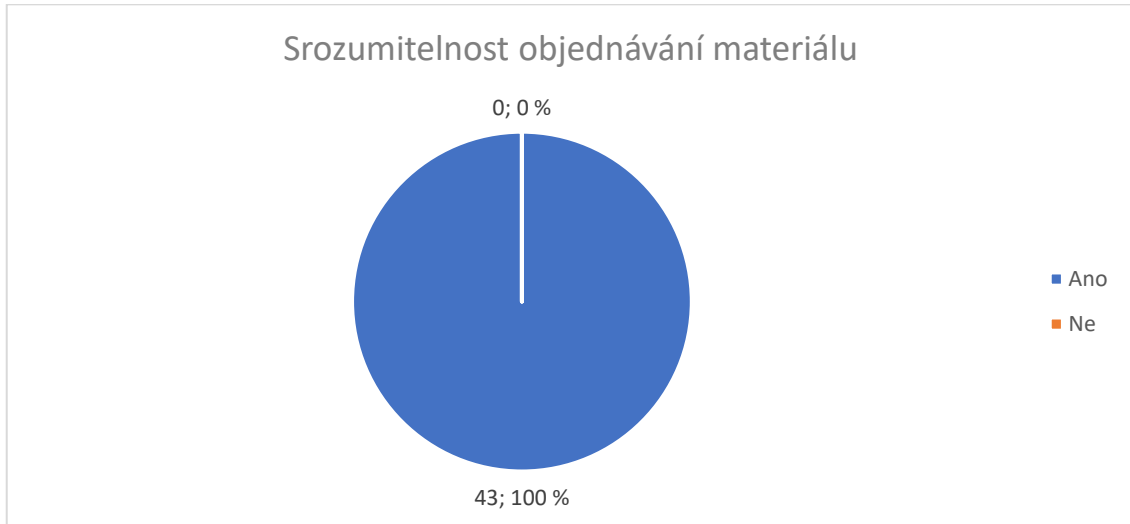
Obrázek 8 Typ výživy (Zdroj: Autor)

Na *Obrázku 8* jsou uvedeny typy výživy, které byly respondentům indikovány. 62,8 % respondentů uvádí, že mají All in one vaky (27 osob). Firemní vaky má 16,3 % respondentů (7 osob) a hydratační výživu má 7,0 % respondentů (3 osoby). 2,3 % respondentů mají kombinaci výše uvedených vaků (3 osoby), 7,0 % respondentů odpověď neuvedlo (3 osoby).

3.6.2 Část B: hodnocení edukace v konkrétních oblastech

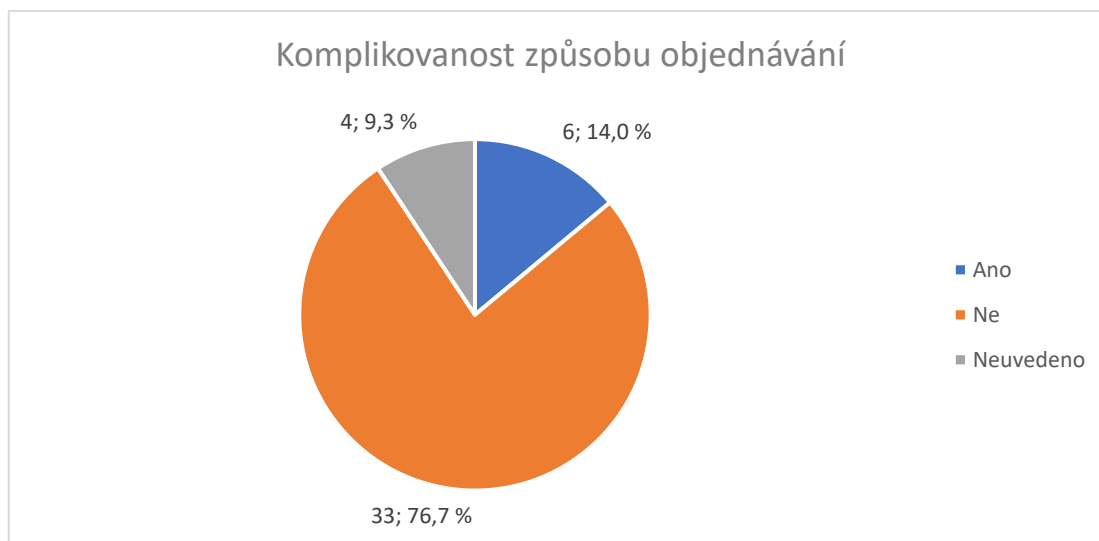
Objednávání materiálu

Položka 9. Srozumitelnost objednávání materiálu



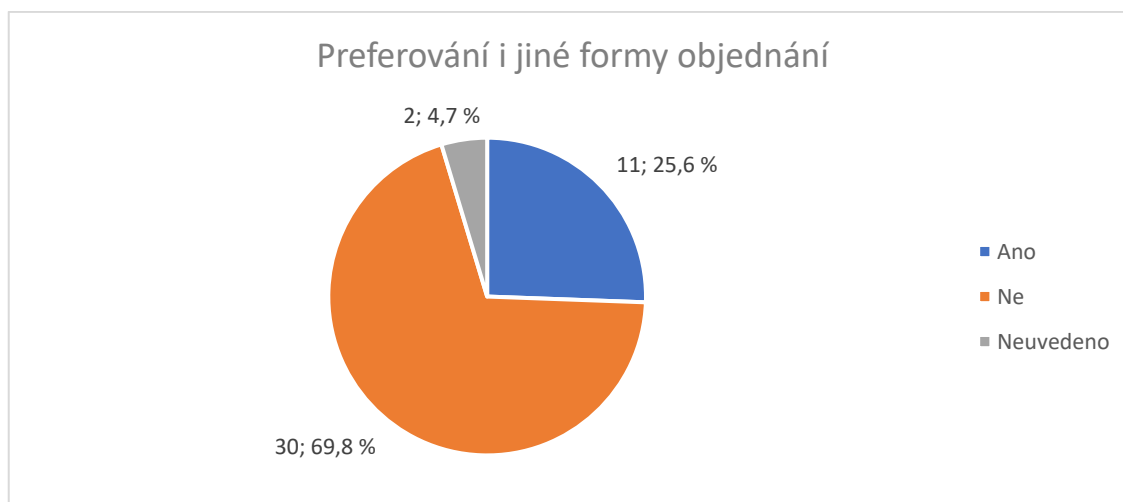
Obrázek 9 Srozumitelnost objednávání materiálu (Zdroj: Autor)

První otázka této kapitoly sledovala srozumitelnost objednávání materiálu. Všechny 100 % respondentů (43 osob) uvádí, že jim jsou informace ohledně objednávání materiálu srozumitelné.

Položka 10. Komplikovanost způsobu objednávání

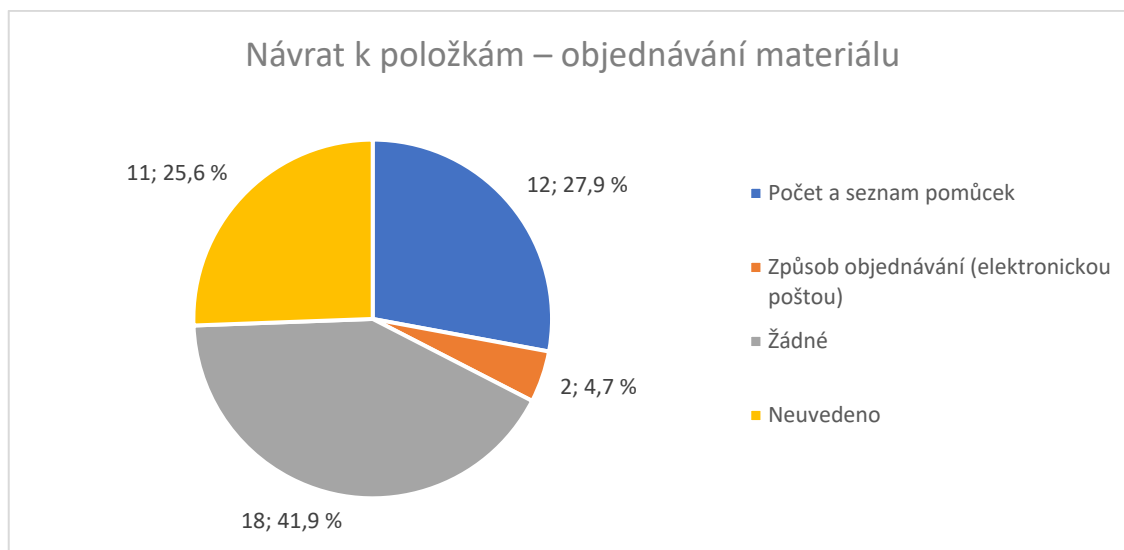
Obrázek 10 Komplikovanost způsobu objednávání (Zdroj: Autor)

Druhá otázka zjišťovala, zda respondentům přijde objednávání materiálu elektronickou poštou komplikované. Za komplikované to považuje 14,0 % dotázaných (6 osob), 76,7 % osob si nemyslí, že by to bylo komplikované (33 osob), 9,3 % respondentů odpověď neuvedlo (4 osoby).

Položka 11. Preferování i jiné formy objednání

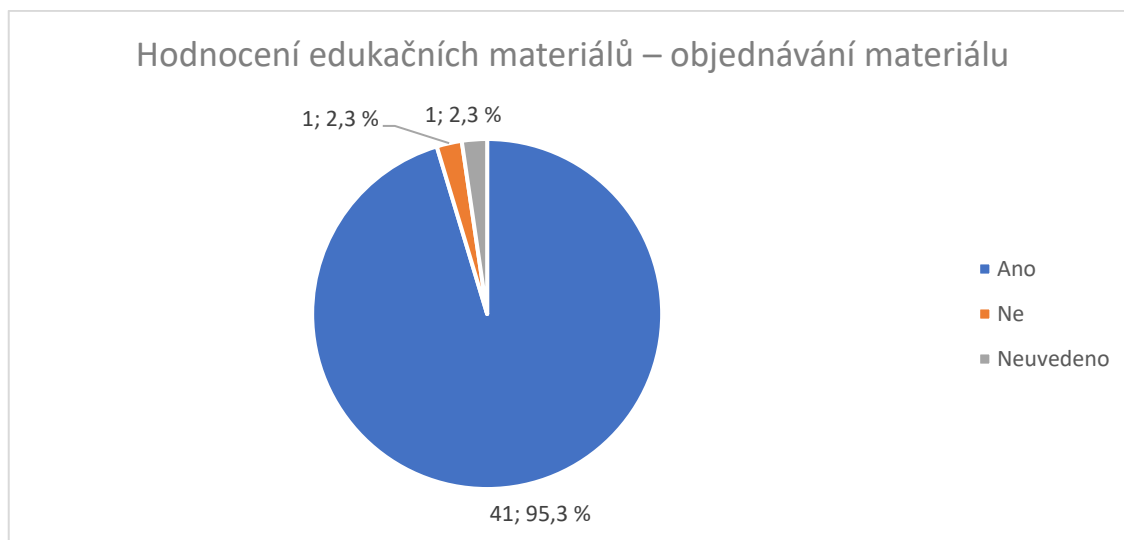
Obrázek 11 Preference i jiné formy objednávání materiálu (Zdroj: Autor)

Jinou formu způsobu objednávání by preferovalo 25,6 % dotázaných respondentů (11 osob). Nejčastěji by preferovali možnost objednávání materiálu telefonicky. Minimálně by pak ocenili formuláře, aplikaci či automatické dodávání např. po 14 dnech. 69,8 % respondentů by pak dosavadní způsob neměnilo (30 osob), 4,7 % respondentů odpověď neuvedla (2 osoby).

Položka 12. Návrat k položkám – objednávání materiálu

Obrázek 12 Nutnost návratu k položkám materiálu (Zdroj: Autor)

41,9 % respondentů se vracet k tomuto tématu nemuselo (18 osob), 27,9 % respondentů se muselo vracet k počtu a seznamu pomůcek (12 osob), 4,7 % respondentů se musela vracet ke způsobu objednávání, tedy elektronickou poštou (2 osoby), 25,6 % respondentů problém neuvedlo (11 osob).

Položka 13. Hodnocení edukačních materiálů – objednávání materiálu

Obrázek 13 Hodnocení edukačních materiálů (Zdroj: Autor)

95,3 % respondentů (41 osob) hodnotí edukační materiály týkající se objednávání materiálu jako dostatečné, 2,3 % respondentů hodnotila edukační materiály jako nedostatečné (1 osoba), 2,3 % respondentů pak odpověď neuvedla (1 osoba).

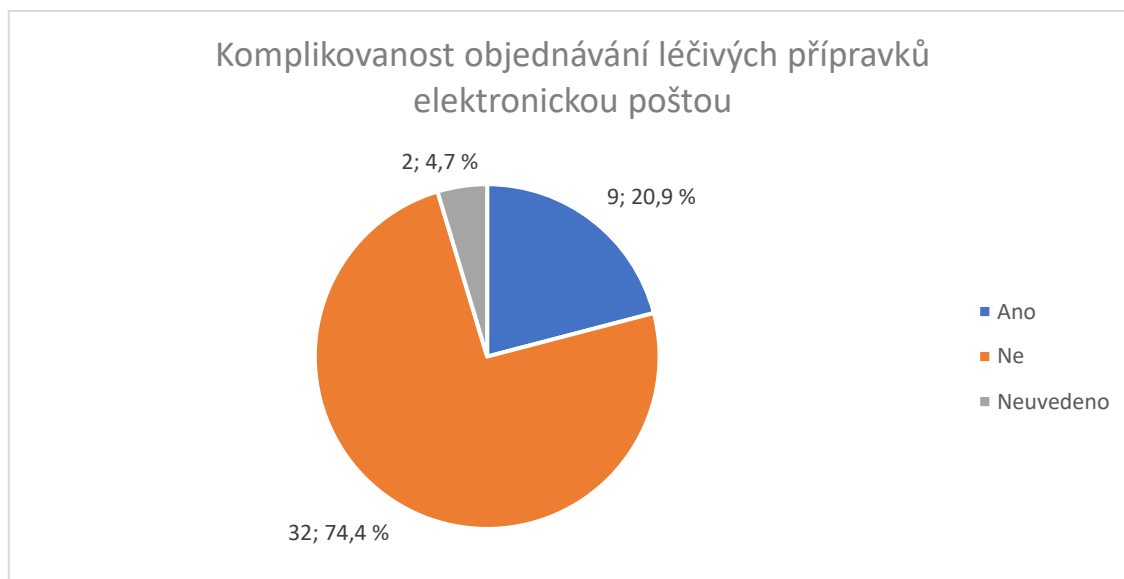
Objednávání léčivých přípravků

Položka 14. Srozumitelnost objednávání léčivých přípravků



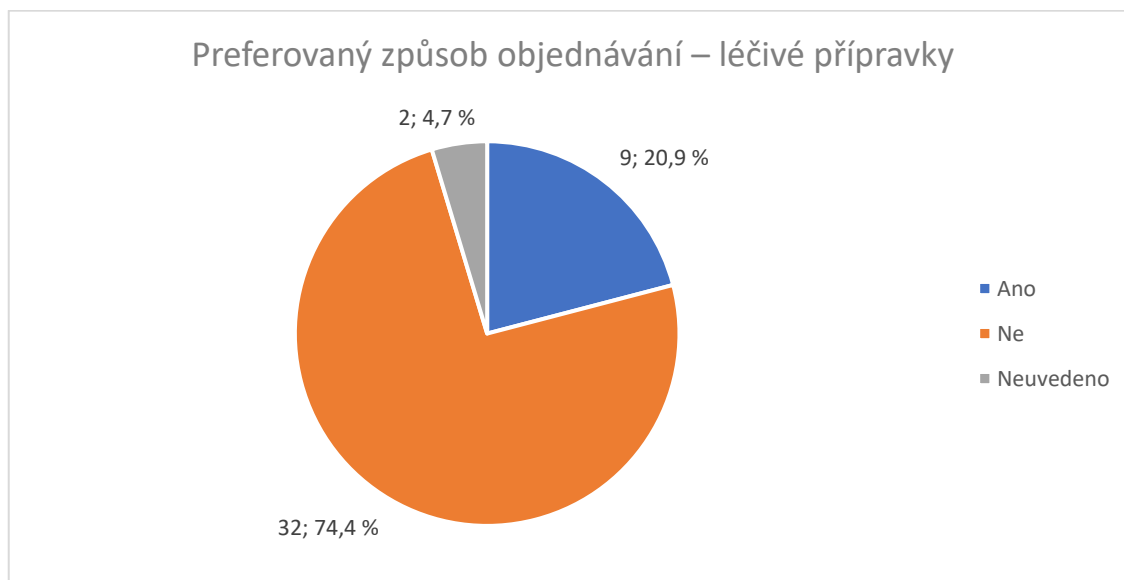
Obrázek 14 Srozumitelnost objednávání materiálu (Zdroj: Autor)

97,7 % respondentů uvádí, že jsou pro ně informace ohledně objednávání léčivých přípravků srozumitelné (42 osob), pro 2,3 % to srozumitelné nebylo (1 osoba).

Položka 15. Komplikovanost objednávání léčivých přípravků elektronickou poštou

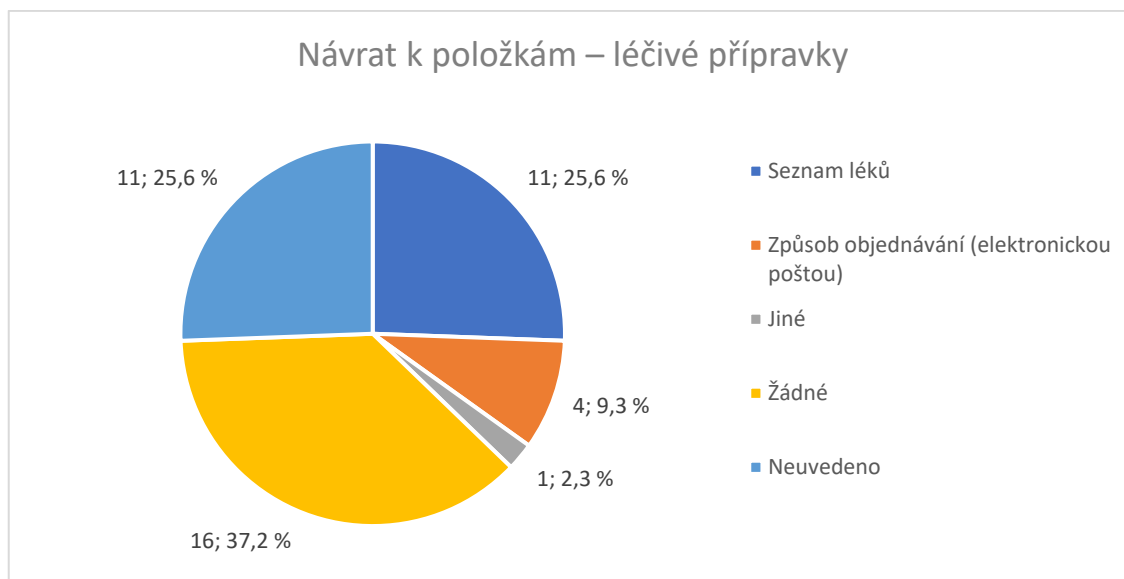
Obrázek 15 Komplikovanost objednávání léčivých přípravků (Zdroj: Autor)

Elektronické objednávání léčivých přípravků je komplikované pro 20,9 % respondentů (9 osob), pro 74,4 % respondentů to komplikované nebylo (32 osob), 4,7 % respondentů odpověď nevedlo (2 osoby).

Položka 16. Preferovaný způsob objednávání – léčivé přípravky (vlastní zpracování)

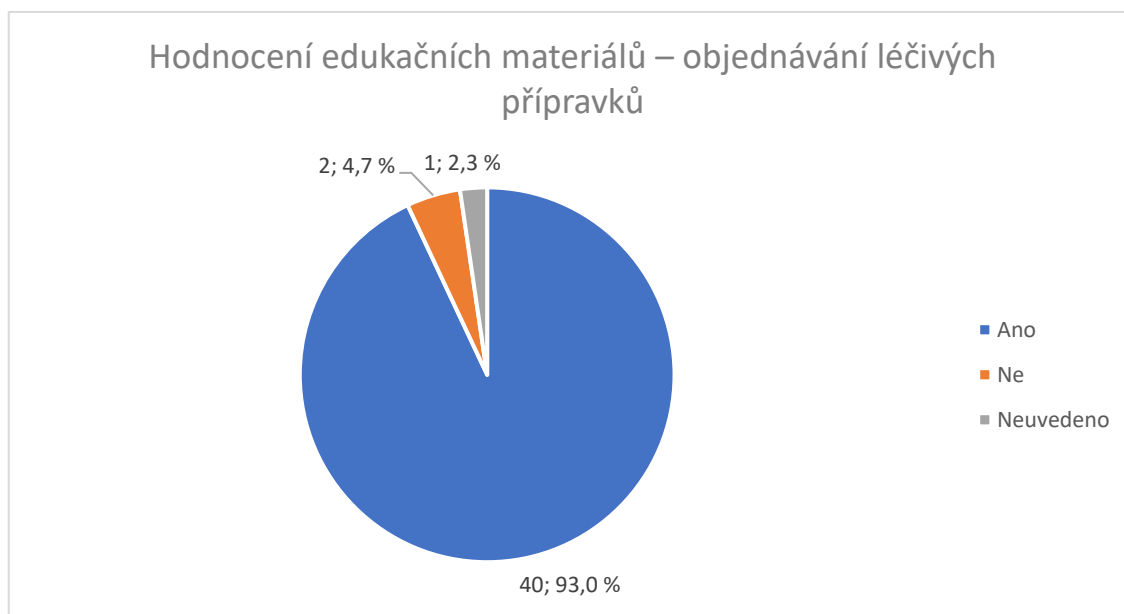
Obrázek 16 Preference jiného způsobů objednávání (Zdroj: Autor)

20,9 % respondentů by preferovalo i jinou formu způsobu objednávání (9 osob), nejvíce pak preferují telefonickou variantu, 74,4 % respondentů by způsob objednávání neměnilo, 4,7 % respondentů pak odpověď nevedla (2 osoby).

Položka 17. Návrat k položkám – léčivé přípravky

Obrázek 17 Nutnost návratu k položkám léčivých přípravků (Zdroj: Autor)

37,2 % respondentů se k ničemu nevracet nemuselo (16 osob), 25,6 % respondentů se muselo vracet k seznamu léků (11 osob), 9,3 % respondentů se muselo vracet ke způsobu objednávání (4 osoby), 25,6 % respondentů neuvedlo žádný problém (11 osob), 2,3 % respondentů odpověď neuvedla (1 osoba).

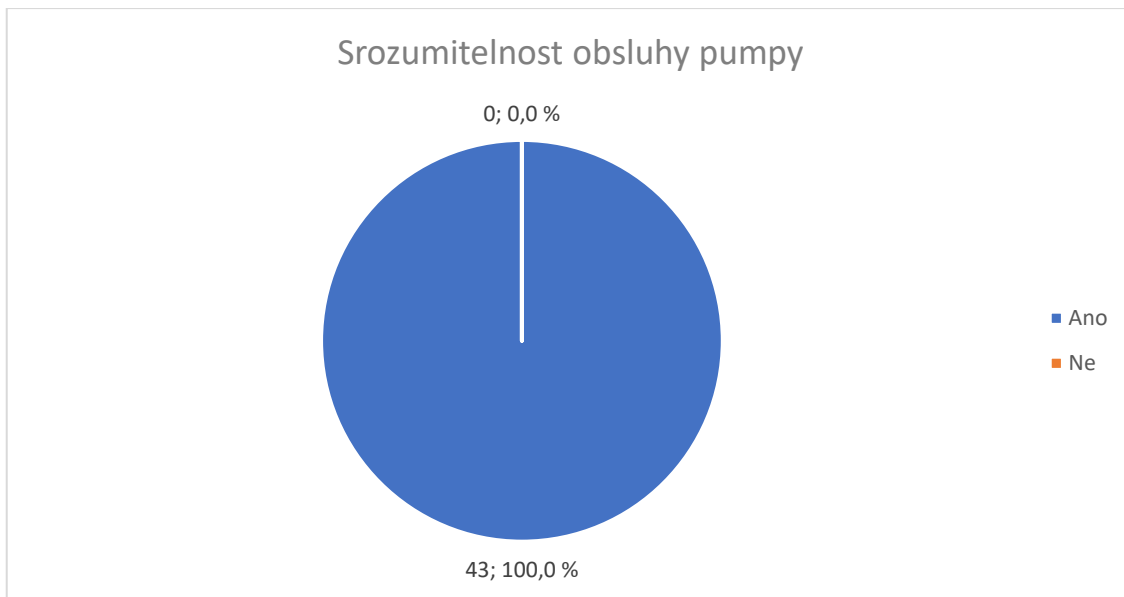
Položka 18. Hodnocení edukačních materiálů – objednávání léčivých přípravků

Obrázek 18 Hodnocení edukačních materiálů (Zdroj: Autor)

93,0 % respondentů hodnotí edukační materiály kladně (40 osob), 4,7 % respondentů hodnotí edukační materiály jako nedostatečné (2 osoby), 2,3 % respondentů odpověď neuvedlo (1 osoba).

Obsluha pumpy

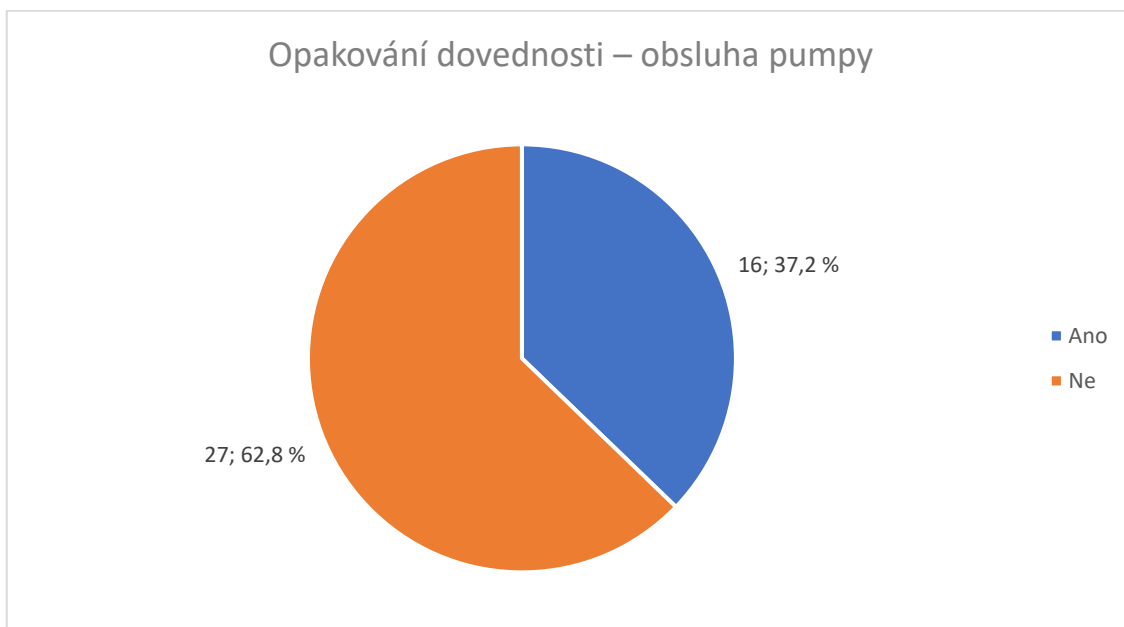
Položka 19. Srozumitelnost obsluhy pumpy



Obrázek 19 Srozumitelnost obsluhy pumpy (Zdroj: Autor)

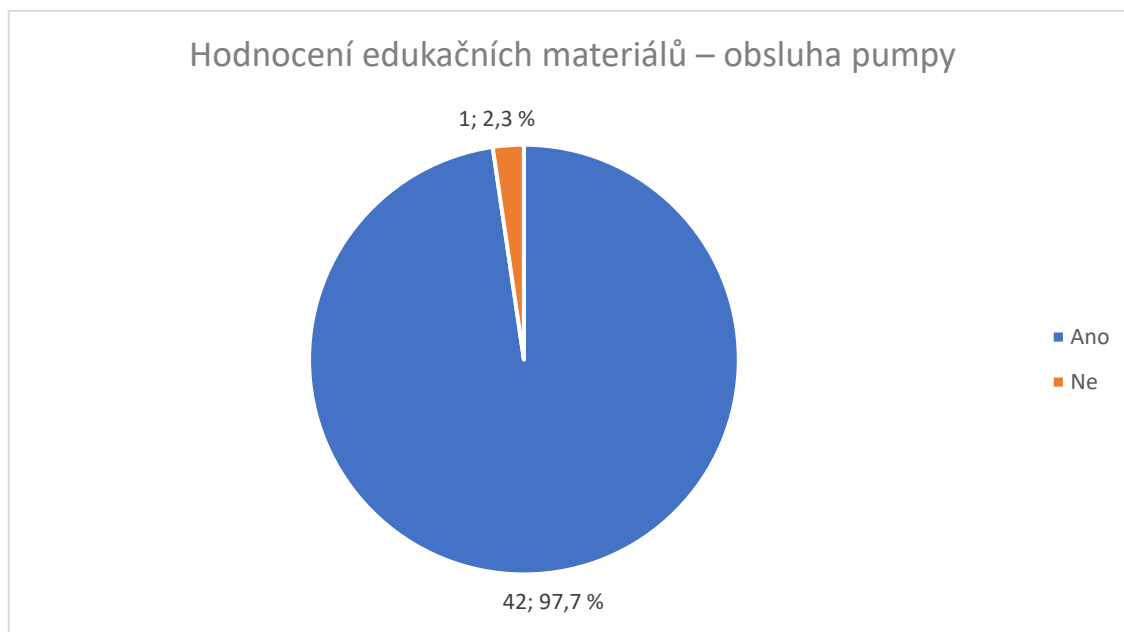
V rámci obsluhy pumpy 100 % respondentů (43 osob) uvedlo, že pro ně byla instruktáž ohledně obsluhy pumpy srozumitelná.

Položka 20. Opakování dovednosti – obsluha pumpy



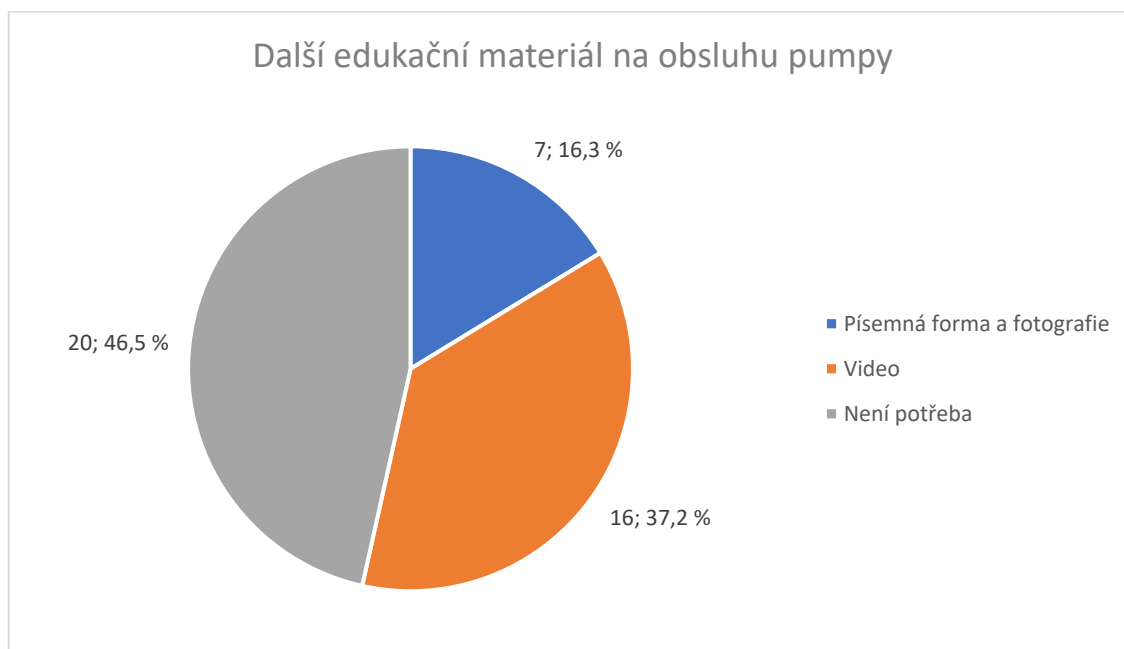
Obrázek 20 Opakování dovednosti – obsluha pumpy (Zdroj: Autor)

62,8 % respondentů uvedlo, že nebylo třeba si tuto činnost opakovaně zkoušet (27 osob), 37,2 % respondentů pak uvedlo, že u nich bylo nutné si tuto činnost opakovaně zkoušet (16 osob).

Položka 21. Hodnocení edukačních materiálů – obsluha pumpy

Obrázek 21 Hodnocení edukačních materiálů – obsluha pumpy (Zdroj: Autor)

97,7 % respondentů hodnotí edukační materiály kladně (42 osob), 2,3 % respondentů pak hodnotí edukační materiály jako nedostatečné (1 osoba).

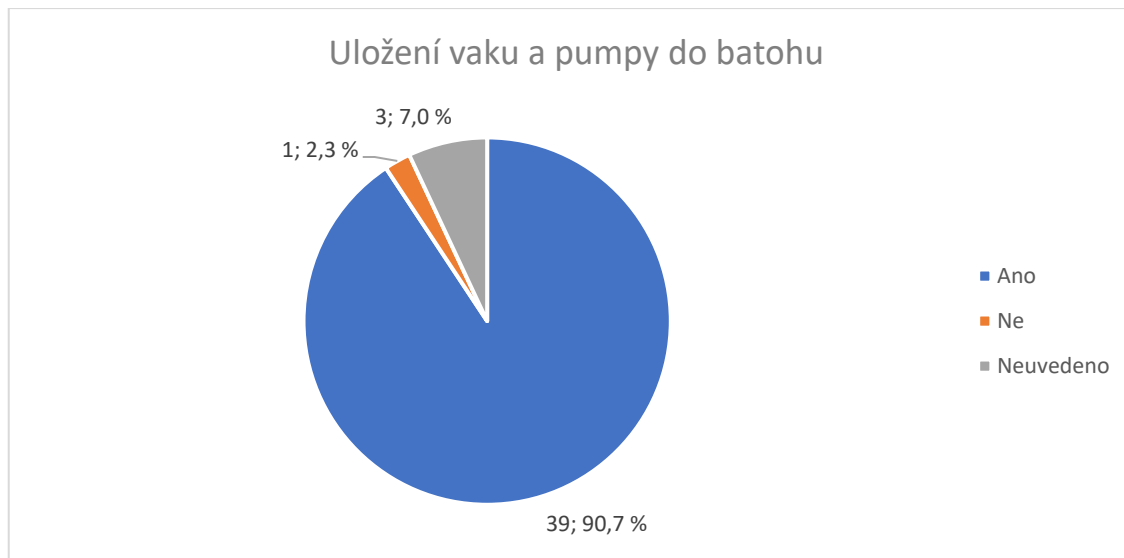
Položka 22. Další edukační materiál na obsluhu pumpy

Obrázek 22 Další edukační materiál na obsluhu pumpy (Zdroj: Autor)

46,5 % respondentů by k obsluze pumpy nepotřebovalo další materiály (20 osob), 37,2 % respondentů by ocenilo instruktážní video (16 osob), dalších 16,3 % respondentů by ocenilo písemné materiály s fotografiemi (7 osob).

Uložení vaku a pumpy do batohu

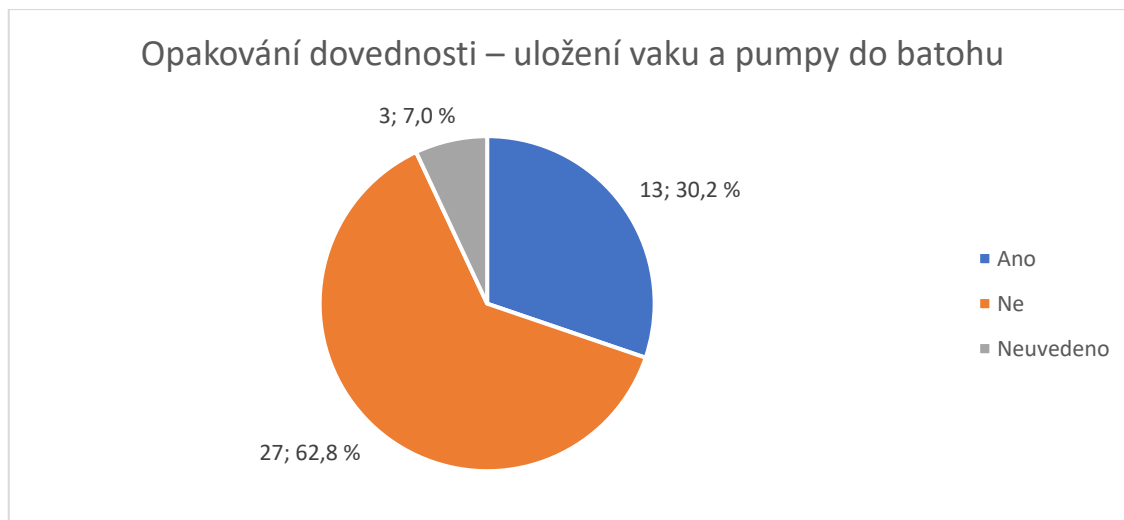
Položka 23. Uložení vaku a pumpy do batohu



Obrázek 23 Uložení vaku a pumpy do batohu (Zdroj: Autor)

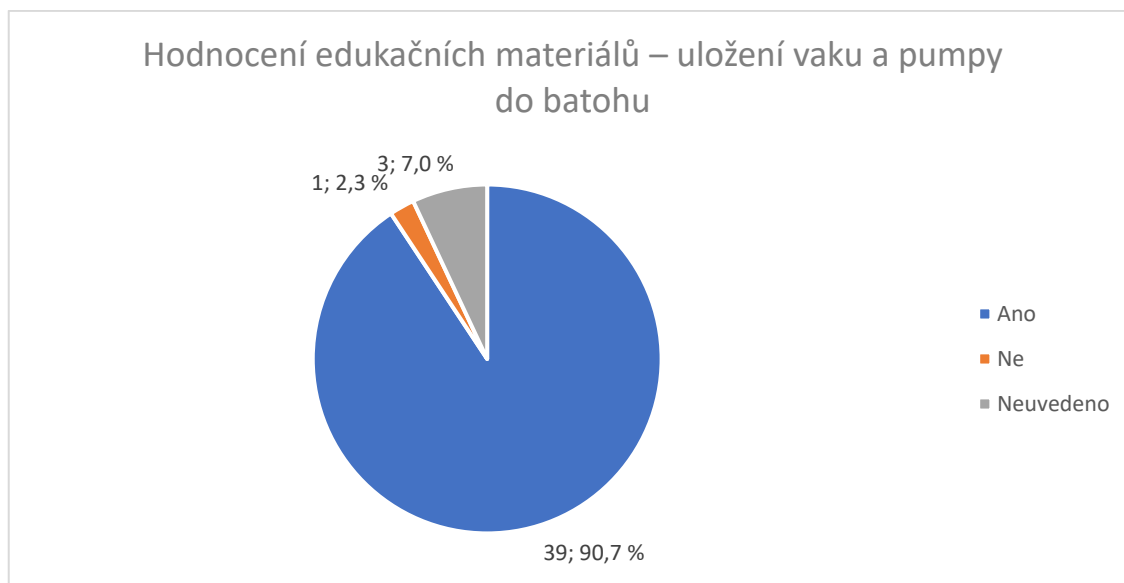
Další podkapitola dotazníku sledovala uložení vaku a pumpy do batohu. Pro 90,7 % respondentů bylo uložení vaku a pumpy do batohu srozumitelné (39 osob), pouze pro 2,3 % respondentů to srozumitelné nebylo (1 osoba). 7,0 % respondentů pak odpověď neuvedlo (3 osoby).

Položka 24. Opakování dovednosti – uložení vaku a pumpy do batohu



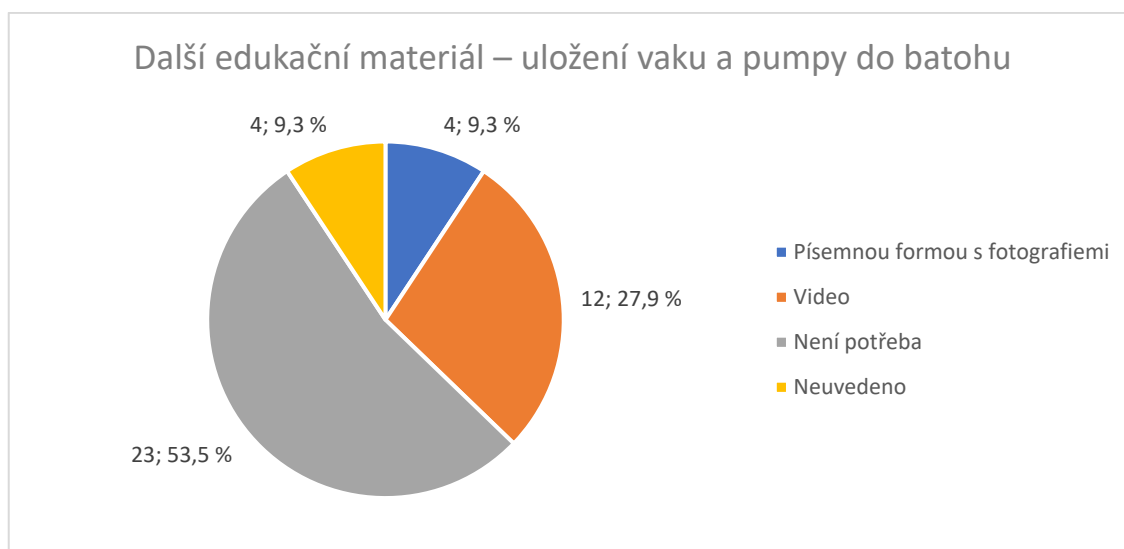
Obrázek 24 Opakování dovednosti – uložení vaku a pumpy do batohu (Zdroj: Autor)

Uložení vaku a pumpy do batohu si muselo opakovaně vyzkoušet 30,2 % respondentů (13 osob), 62,8 % respondentů uvedlo, že nemuselo tuto činnost opakovaně zkoušet (27 osob), 7,0 % respondentů odpověď neuvedlo (3 osoby).

Položka 25. Hodnocení edukačních materiálů – uložení vaku a pumpy do batohu

Obrázek 25 Hodnocení edukačních materiálů – uložení vaku a pumpy do batohu (Zdroj: Autor)

90,7 % respondentů hodnotí edukační materiály jako dostatečné (39 osob). Pro 2,3 % respondentů jsou nedostatečné (1 osoba), 7,0 % respondentů odpověď neuvedlo (3 osoby).

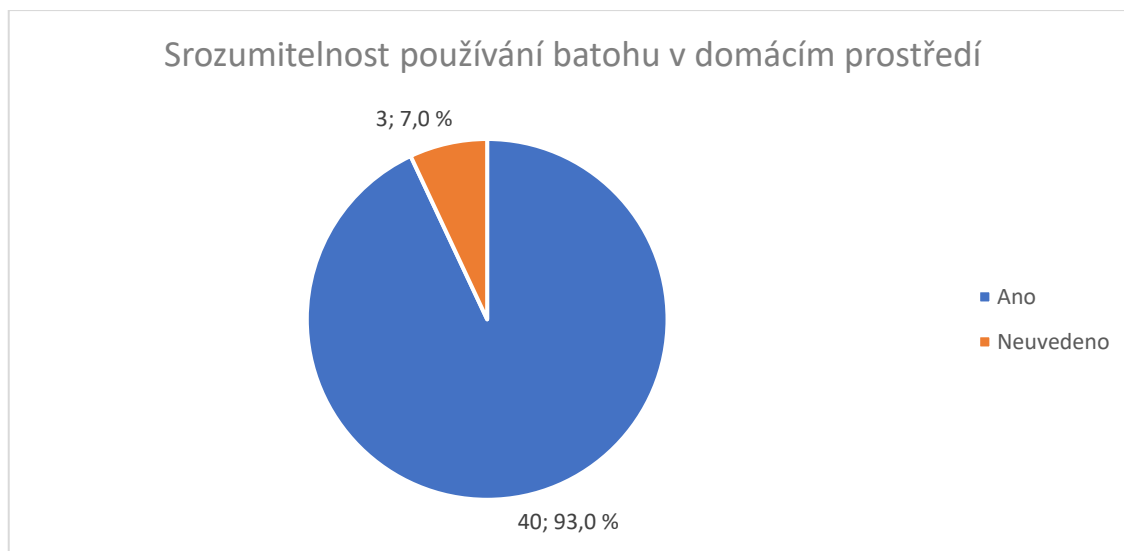
Položka 26. Další edukační materiál – uložení vaku a pumpy do batohu

Obrázek 26 Další edukační materiál – uložení vaku a pumpy do batohu (Zdroj: Autor)

53,5 % respondentů uvádí edukační materiály jako dostatečné (23 osob), 27,9 % respondentů by jako další formu edukačního materiálu pro uložení vaku a pumpy do batohu ocenilo video (12 osob), 9,3 % respondentů by preferovala písemnou formu s fotografiemi (4 osoby), 9,3 % respondentů odpověď neuvedlo (4 osoby).

Používání batohu v domácím prostředí

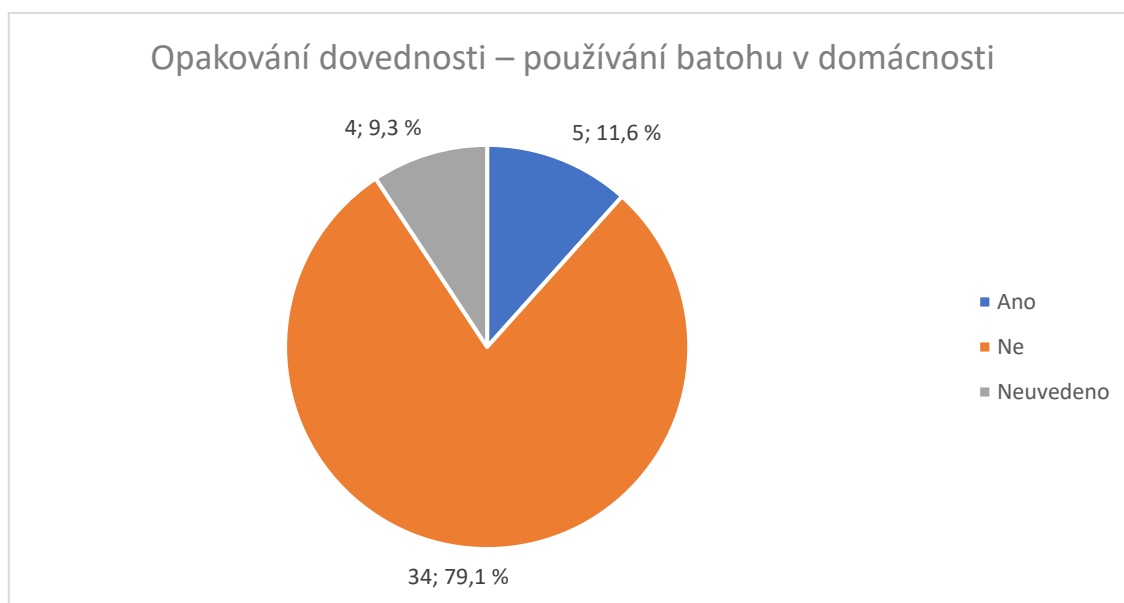
Položka 27. Srozumitelnost používání batohu v domácím prostředí



Obrázek 27 Srozumitelnost používání batohu v domácím prostředí (Zdroj: Autor)

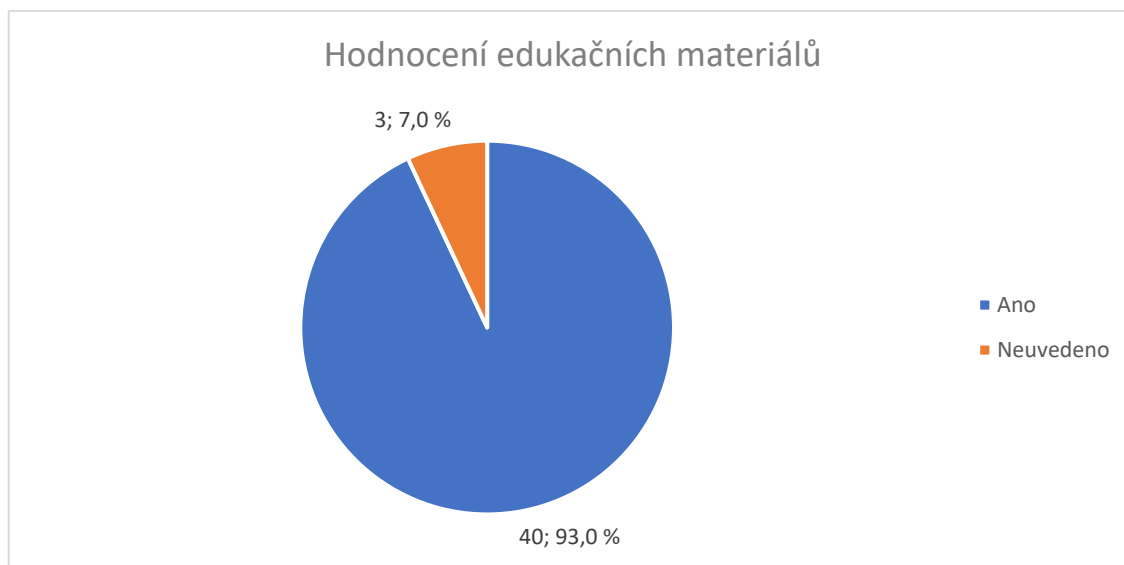
100 % osob, které odpověděly na otázku „Bylo pro Vás používání batohu v domácím prostředí srozumitelně vysvětleno?“, odpovědělo, že ano, 3 osoby (7,0 %) však na tuto otázku neodpověděly, celkově tedy „ano“ odpovědělo 93,0 % pacientů (40 osob).

Položka 28. Opakování dovednosti – používání batohu v domácnosti



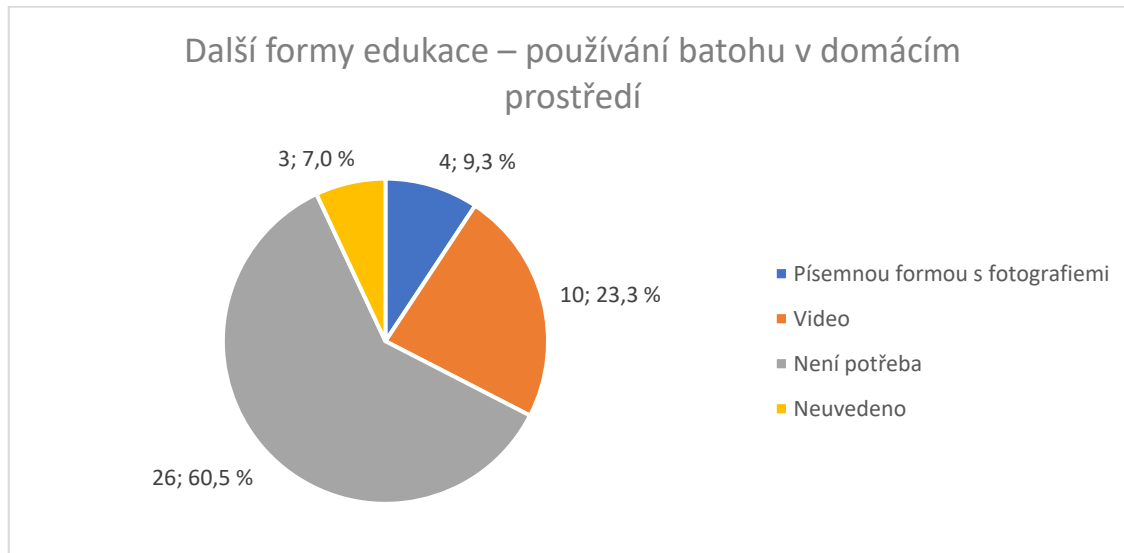
Obrázek 28 Opakování dovednosti – používání batohu v domácnosti (Zdroj: Autor)

Opakovaně se muselo na používání batohu v domácnosti soustředit 11,6 % respondentů (5 osob), 79,1 % respondentů se nemuselo opakovaně na tuto činnost soustředit (34 osob), 9,3 % pak odpověď neuvádělo (4 osoby).

Položka 29. Hodnocení edukačních materiálů

Obrázek 29 Hodnocení edukačních materiálů (Zdroj: Autor)

Edukační materiál k používání batohu v domácím prostředí hodnotí dostatečně všechny osoby, které na danou otázku odpovídaly, celkově 93,0 % (40 osob), 7 % respondentů (3 osoby) na dotaz neodpověděly.

Položka 30. Další formy edukace – používání batohu v domácím prostředí

Obrázek 30 Další formy edukace – používání batohu v domácím prostředí (Zdroj: Autor)

60,5 % respondentů si myslí, že není potřeba dalších forem edukace k používání batohu v domácím prostředí (26 osob), 23,3 % respondentů by ocenilo video (10 osob), dalších 9,3 % respondentů by ocenilo tištěné materiály s fotografiemi (4 osoby). 7,0 % respondentů odpověď neuvedlo (3 osoby).

Likvidace odpadu a ostrých předmětů

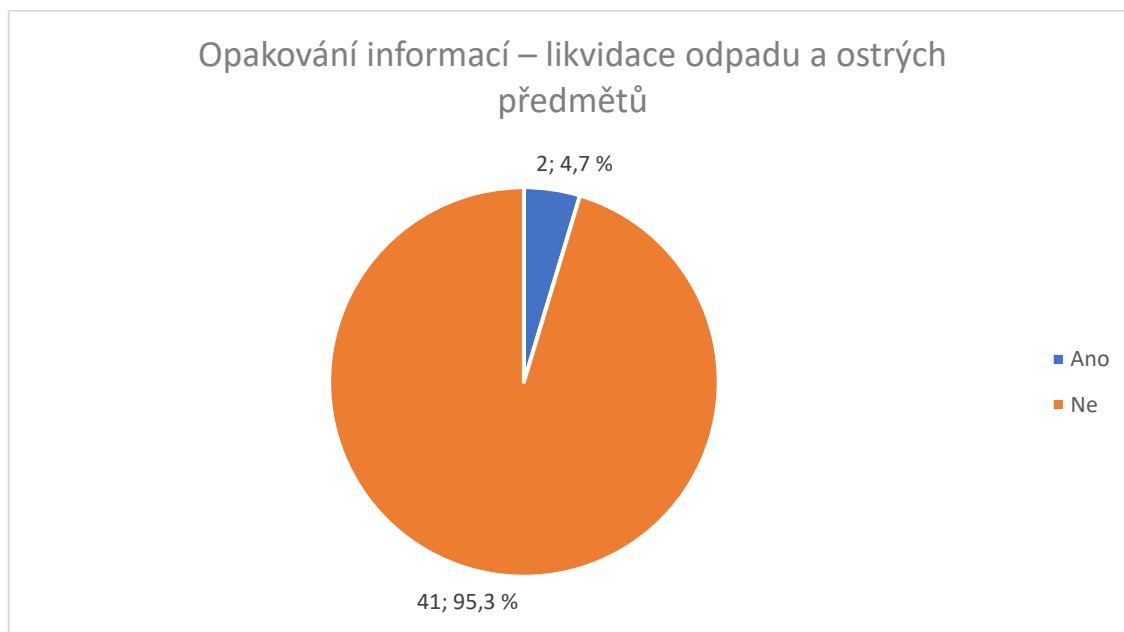
Položka 31. Srozumitelnost likvidace odpadu



Obrázek 31 Srozumitelnost likvidace odpadu (Zdroj: Autor)

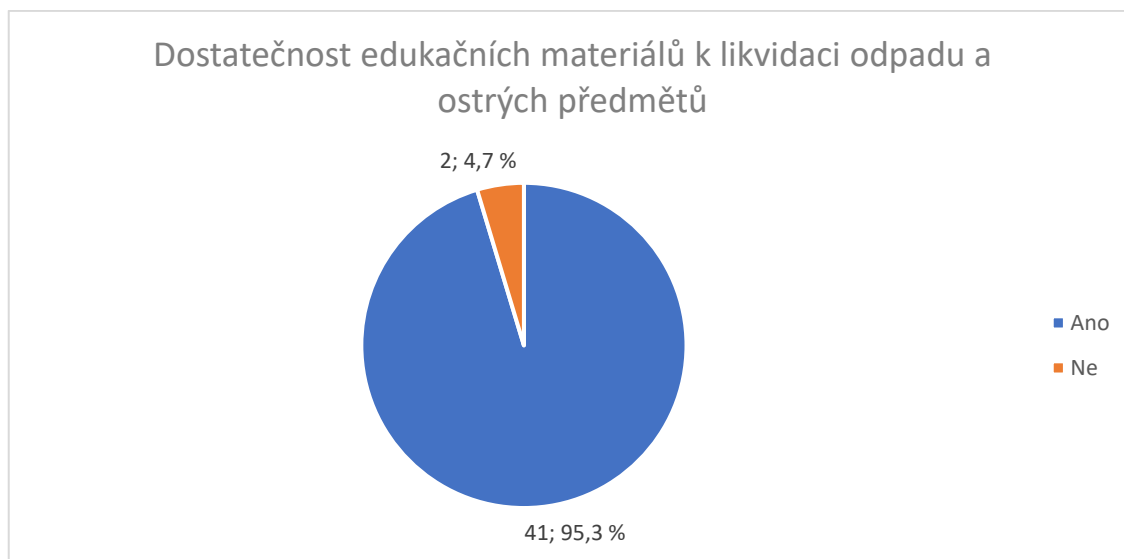
Likvidace odpadu a ostrých předmětů byla srozumitelná pro 95,3 % respondentů (41 osob). Pro 4,7 % respondentů srozumitelná nebyla (2 osoby).

Položka 32. Opakování informací – likvidace odpadu a ostrých předmětů



Obrázek 32 Opakování informací – likvidace odpadu a ostrých předmětů (Zdroj: Autor)

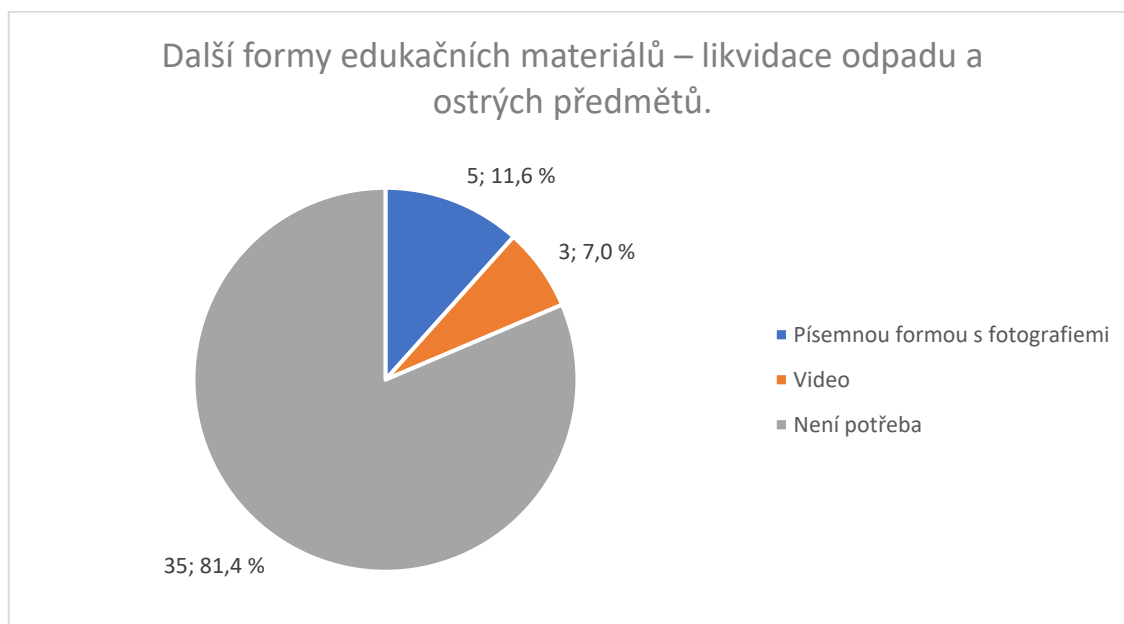
Opakovaně se muselo soustředit na informace o likvidaci odpadu a ostrých předmětů 4,7 % respondentů (2 osoby), 95,3 % respondentů se nemuselo opakovaně soustředit na tuto činnost (41 osob).

Položka 33. Dostatečnost edukačních materiálů k likvidaci odpadu a ostrých předmětů

Obrázek 33 Dostatečnost edukačních materiálů k likvidaci odpadu a ostrých předmětů

(Zdroj: Autor)

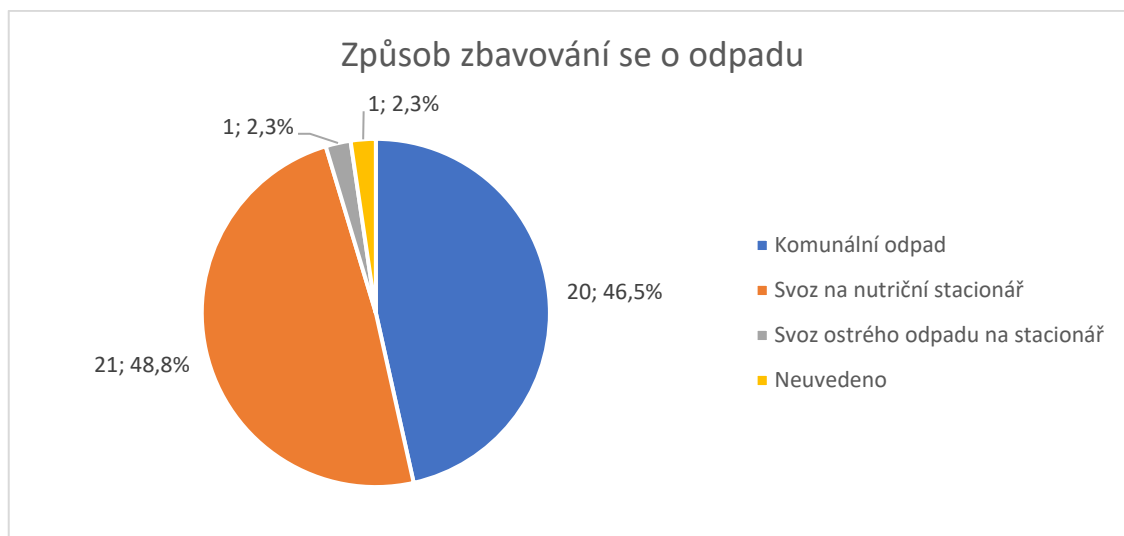
95,3 % respondentů hodnotí edukační materiály k likvidaci odpadu a ostrých předmětů jako dostatečné (41 osob), naopak 4,7 % respondentů pak jako nedostatečné (2 osoby).

Položka 34: Další formy edukačních materiálů – likvidace odpadu a ostrých předmětů

Obrázek 34 Další formy edukačních materiálů – likvidace odpadu a ostrých předmětů

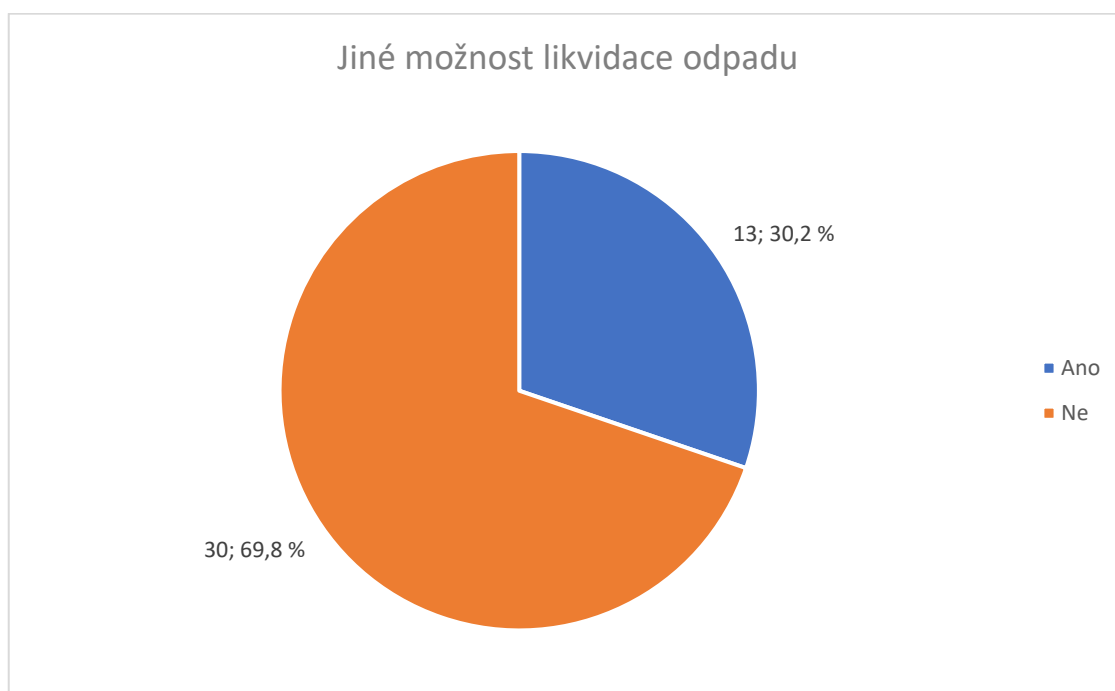
(Zdroj: Autor)

81,4 % respondentů si nemyslí, že by bylo potřeba dalšího edukačního materiálu (35 osob), pokud ano, tak převažuje písemná forma s fotografiemi, 11,6 % (5 osob). 7,0 % respondentů by pak preferovalo video jako další výukovou formu (3 osoby).

Položka 35. Způsob zbavování se odpadu

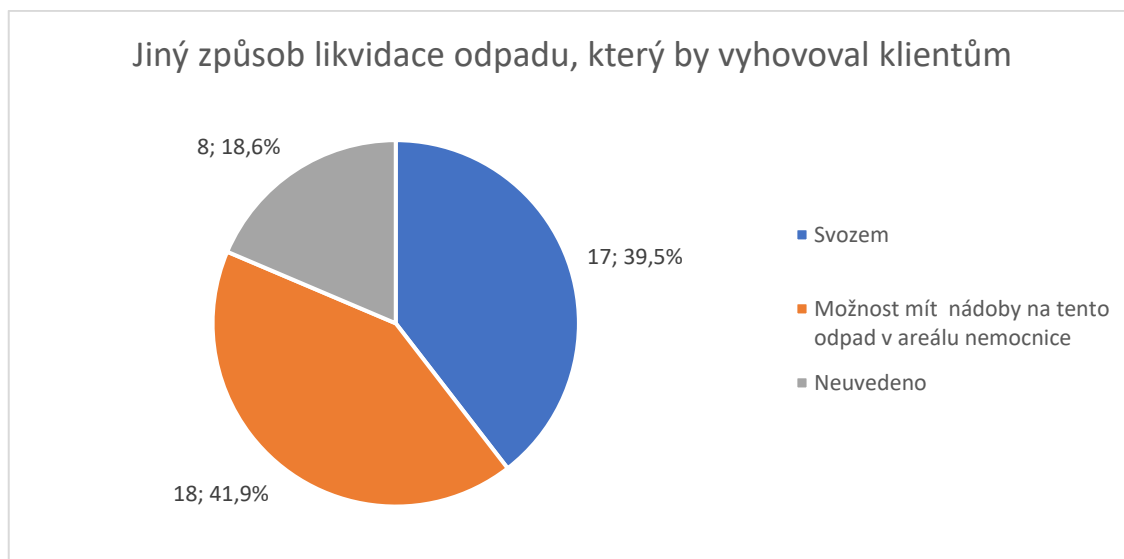
Obrázek 35 Způsob zbavování se odpadu (Zdroj: Autor)

48,8 % respondentů vozí odpad na nutriční stacionář (21 osob), 46,5 % respondentů odkládá odpad do komunálního odpadu (20 osob), 2,3 % respondentů uvádí svoz ostrého odpadu na stacionář (1 osoba), 2,3 % respondentů pak odpověď neuvedlo (1 osoba).

Položka 36. Jiné možnosti likvidace odpadu

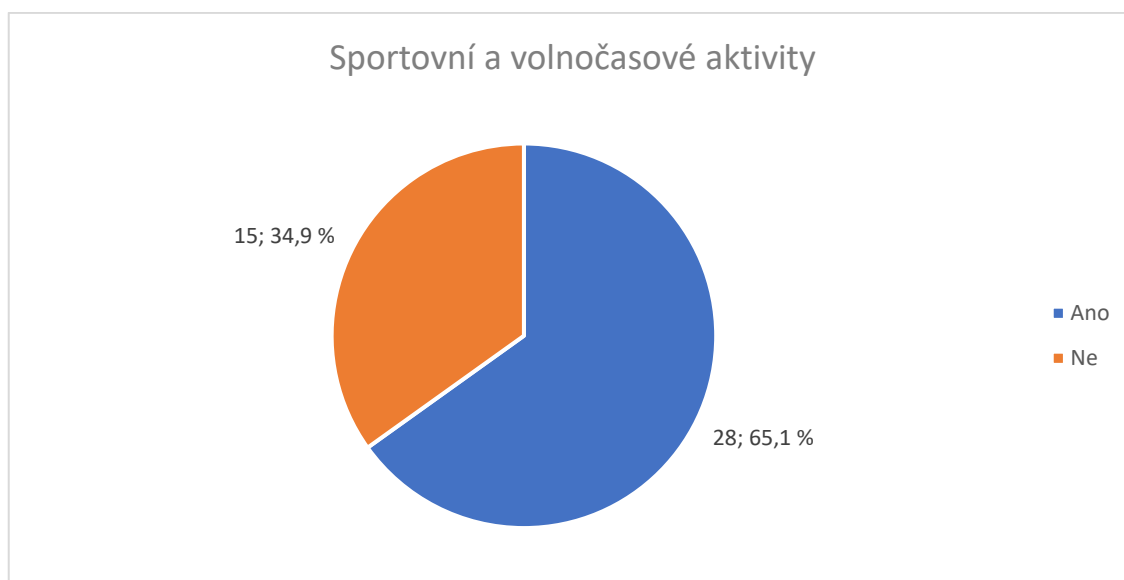
Obrázek 36 Jiné možnosti likvidace odpadu (Zdroj: Autor)

30,2 % respondentů by ocenilo jinou možnost likvidace odpadu (13 osob), 69,8 % respondentů považuje současný způsob likvidace za dostatečný (30 osob).

Položka 37. Jiný způsob likvidace odpadu, který by vyhovoval klientům

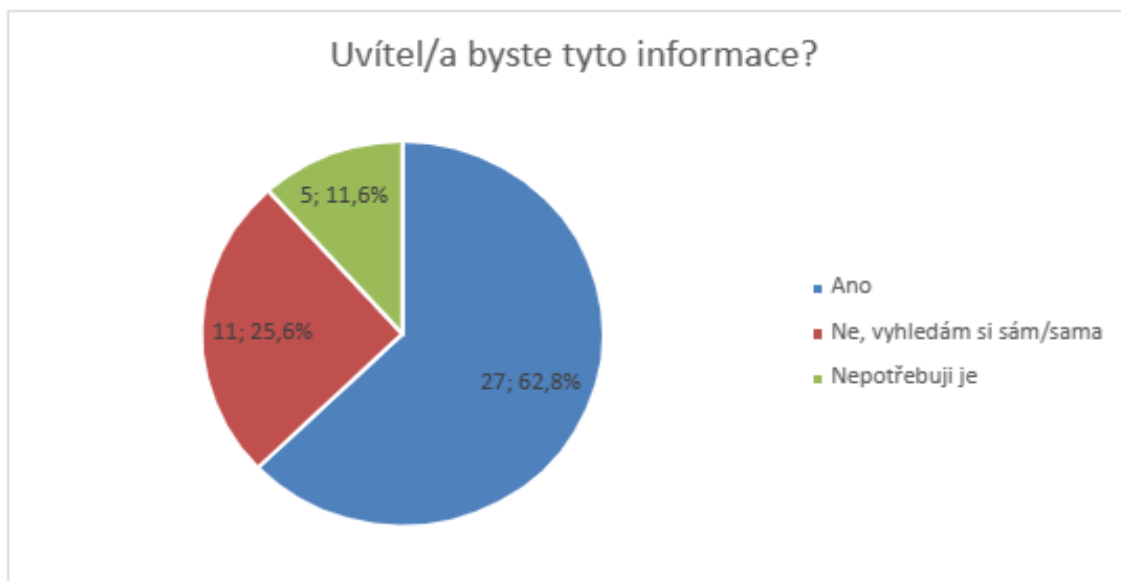
Obrázek 37 Jiný způsob likvidace odpadu, který by vyhovoval klientům (Zdroj: Autor)

41,9 % respondentů by uvítalo odkládání odpad do speciální nádoby v areálu nemocnice (18 osob), 39,5 % respondentů by uvítalo sběr odpadu svozem (17 osob), 18,6 % respondentů odpověď neuvedlo (8 osob).

Sportovní a volnočasové aktivity**Položka 38. Sportovní a volnočasové aktivity**

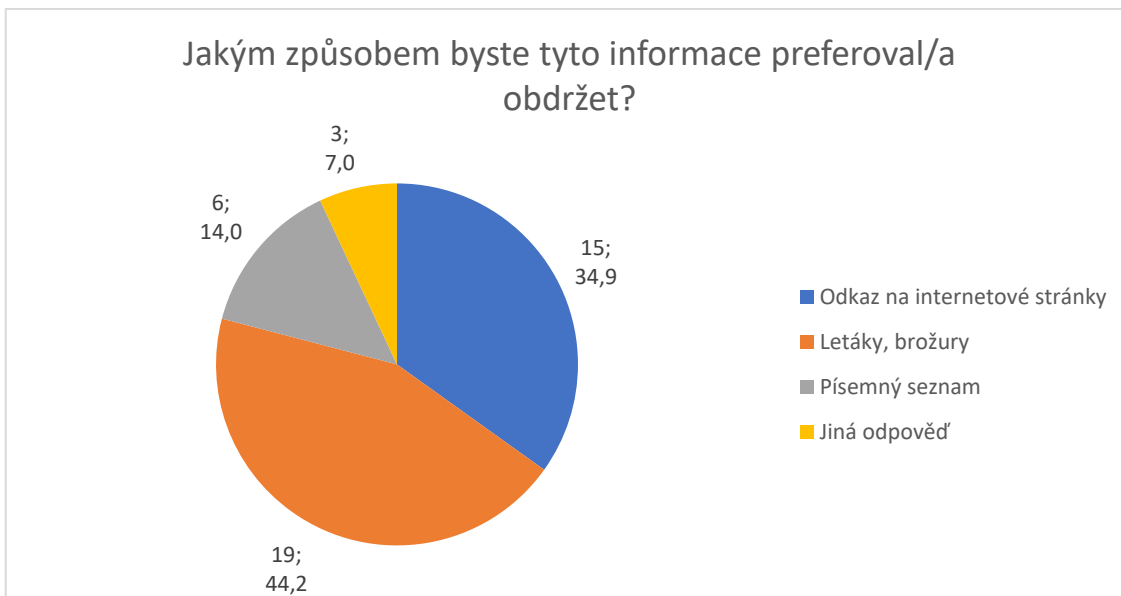
Obrázek 38 Sportovní a volnočasové aktivity (Zdroj: Autor)

65,1 % respondentů uvádí, že jim bylo vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat (28 osob), 34,9 % respondentů uvádí, že toto školení nedostalo (15 osob).

Položka 39. Zájem o informace o sportovních a volnočasových aktivitách

Obrázek 39 Zájem o informace o sportovních a volnočasových aktivitách (Zdroj: Autor)

62,8 % respondentů má zájem o informace ohledně sportovních a volnočasových aktivit (27 osob), 25,6 % respondentů si tyto informace vyhledává samo (11 osob), 11,6 % respondentů pak tyto informace nepožaduje (5 osob).

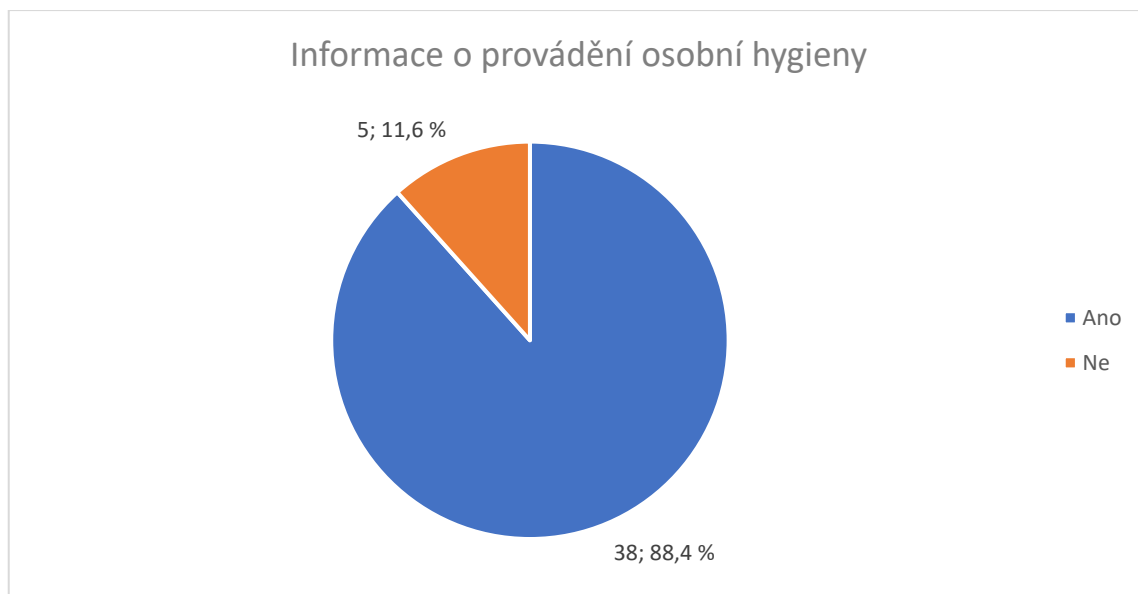
Položka 40. Jiný způsob získání informací o sportovních a volnočasových aktivitách

Obrázek 40 Jiný způsob získání informací o sportovních a volnočasových aktivitách (Zdroj: Autor)

34,9 % respondentů, by uvítalo odkaz na internetové stránky (15 osob), 44,2 % respondentů, by uvítalo letáky a brožury (19 osob), 14 % respondentů by uvítalo písemný seznam (6 osob), 7,0 % respondentů pak odpověď neuvedlo (3 osoby).

Hygienická péče

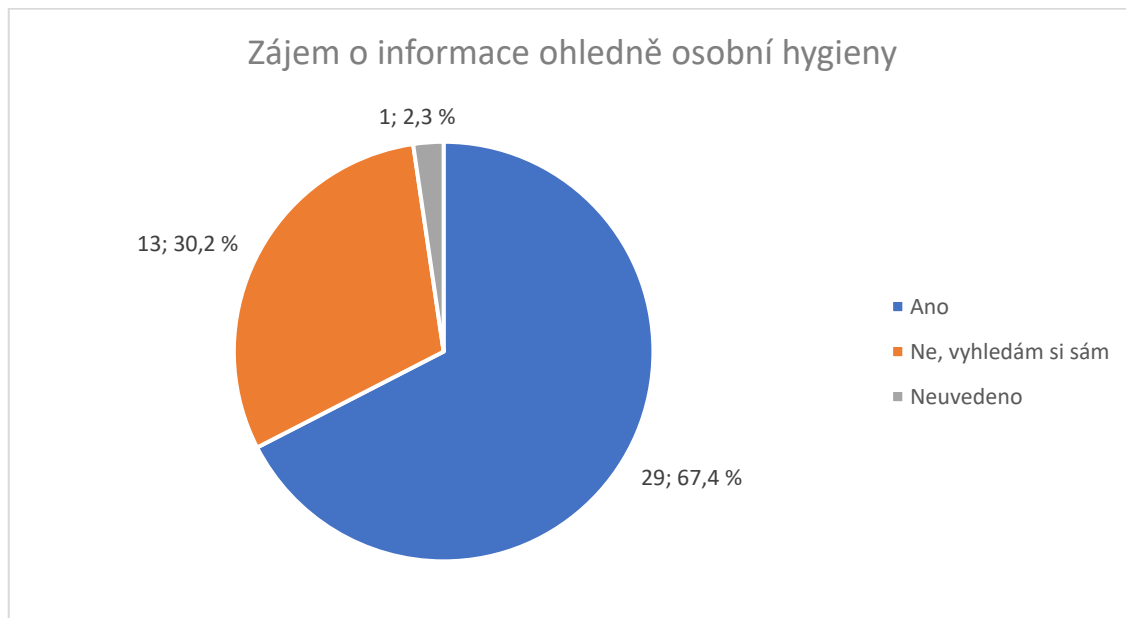
Položka 41. Informace o provádění osobní hygieny



Obrázek 41 Informace o provádění osobní hygieny (Zdroj: Autor)

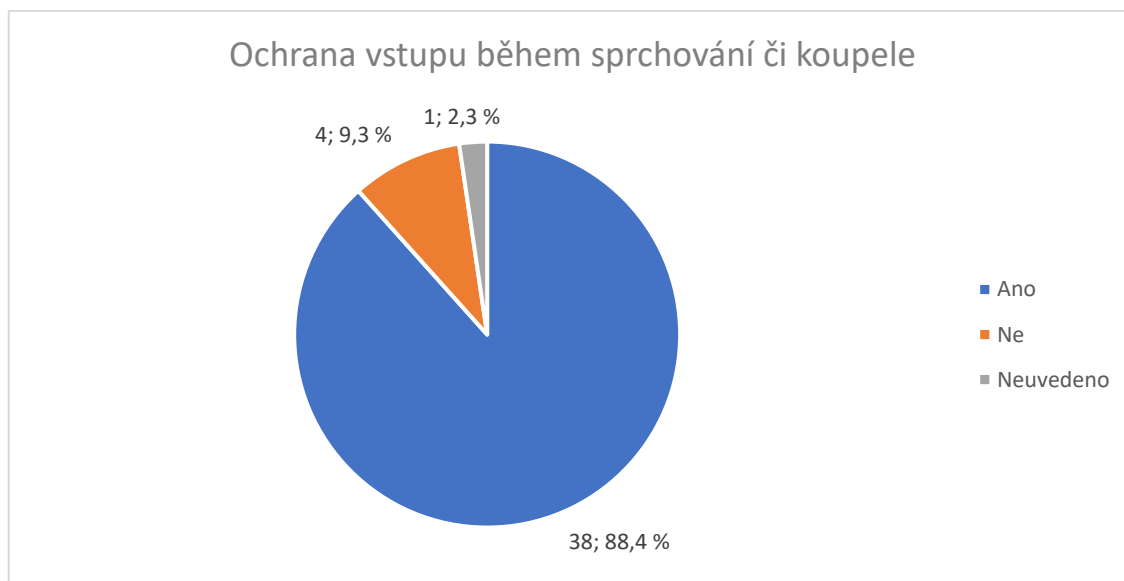
88,4 % respondentů uvádí, že jim bylo vysvětleno, jak lze provádět osobní hygienu (38 osob). 11,6 % respondentů uvádí, že jim toto vysvětleno nebylo (5 osob).

Položka 42. Zájem o informace ohledně osobní hygieny



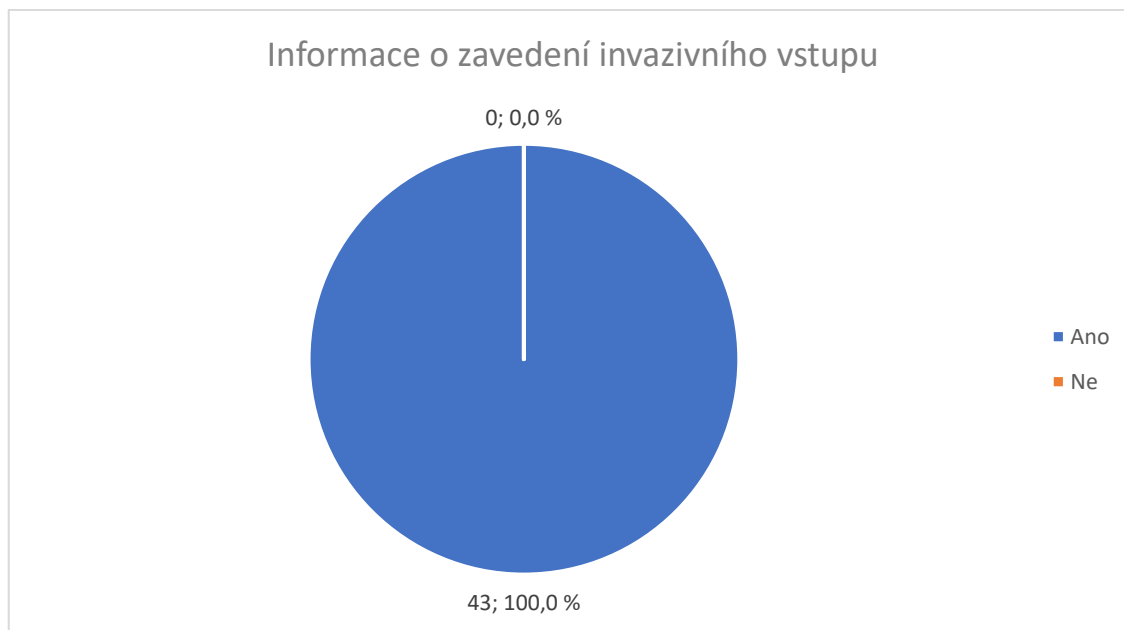
Obrázek 42 Zájem o informace ohledně osobní hygieny (Zdroj: Autor)

67,4 % respondentů má zájem o informace ohledně osobní hygieny (29 osob), 30,2 % pacientů zájem nemá, jelikož si je respondenti vyhledávají sami (13 osob), 2,3 % respondentů odpověď neuvedlo (1 osoba).

Položka 43. Ochrana vstupu během sprchování či koupele

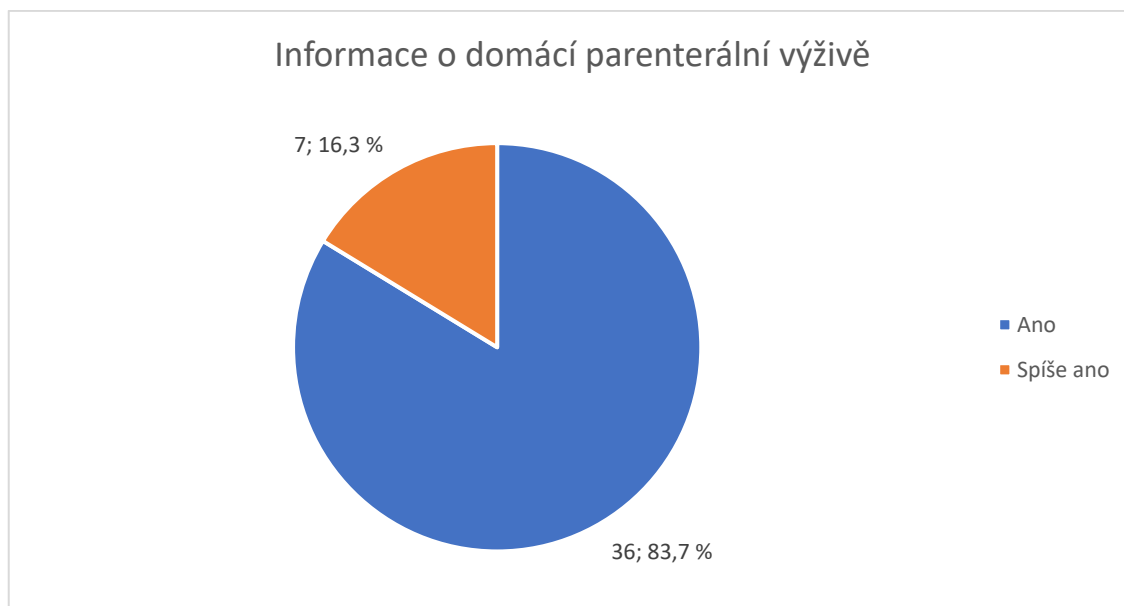
Obrázek 43 Ochrana vstupu během sprchování či koupele (Zdroj: Autor)

88,4 % respondentů uvádí, že dostalo informace, jakým způsobem lze chránit vstup během sprchování či koupele (38 osob), 9,3 % respondentů tyto informace nedostalo (4 osoby), 2,3 % respondentů odpověď neuvedla (1 osoba).

3.6.3 Část C: celkové hodnocení edukace**Položka 44. Informace o zavedení invazivního vstupu**

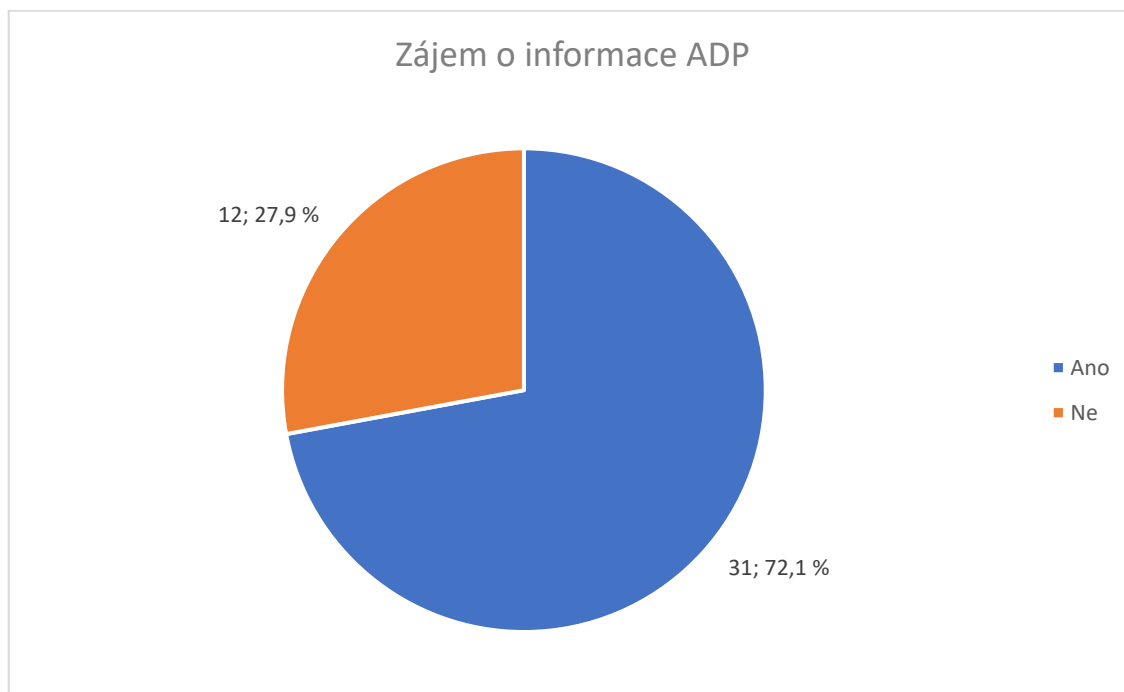
Obrázek 44 Informace o zavedení invazivního vstupu (Zdroj: Autor)

Všichni respondenti, tedy 100 % (43 osob), uvádějí, že byli ošetřujícím lékařem srozumitelně informováni o nutnosti zavedení invazivního vstupu.

Položka 45. Informace o domácí parenterální výživě

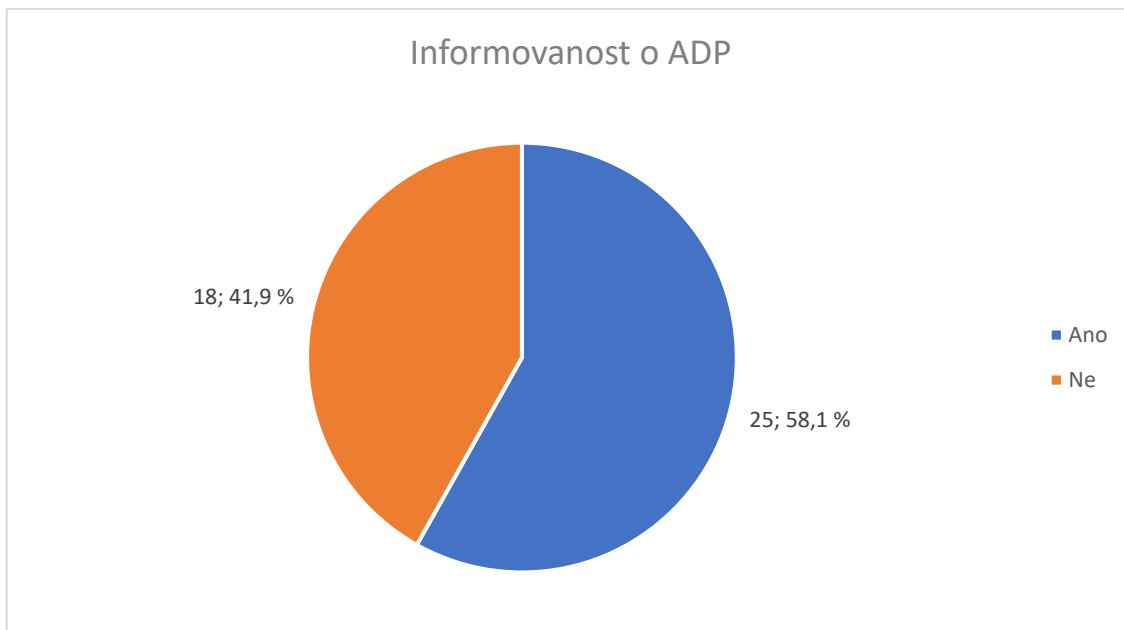
Obrázek 45 Informace o domácí parenterální výživě (Zdroj: Autor)

83,7 % respondentů uvádí, že bylo srozumitelně seznámeno o domácí parenterální výživě lékařem (36 osob), 16,3 % respondentů pak uvádí, že částečné informace obdrželo (7 osob).

Položka 46. Zájem o informace ADP

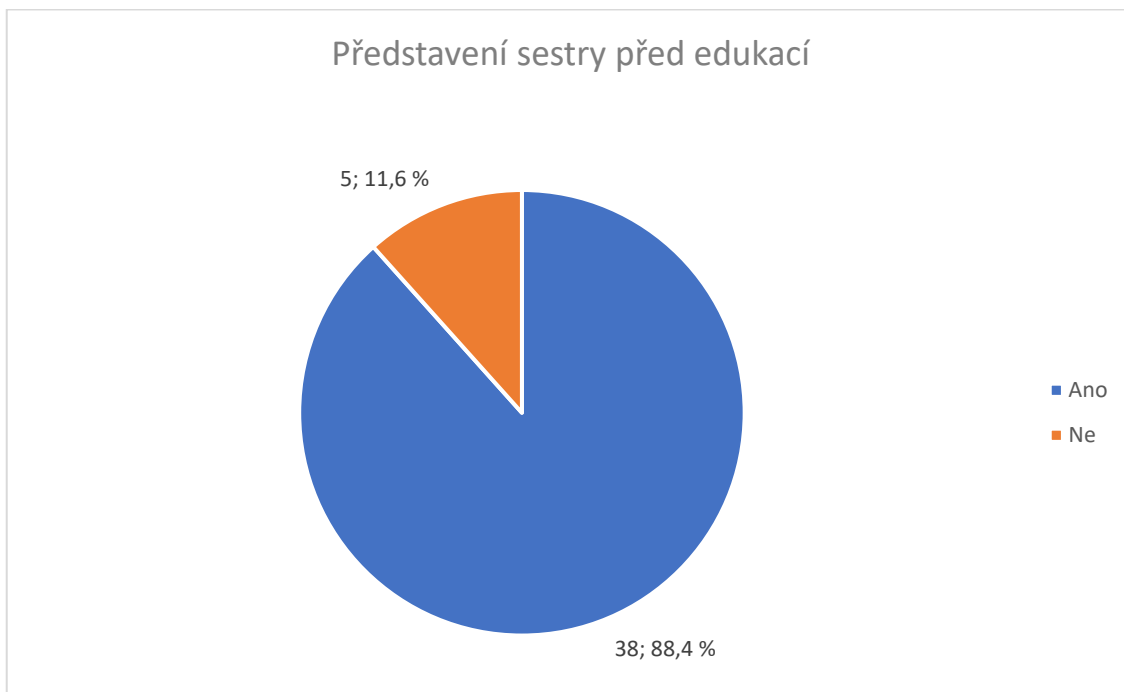
Obrázek 46 Zájem o informace ADP (Zdroj: Autor)

72,1 % respondentů projevilo zájem o péči ze strany sester z agentury domácí péče (31 osob), 27,9 % respondentů pak o tuto péči zájem nemá (12 osob).

Položka 47. Informovanost o ADP

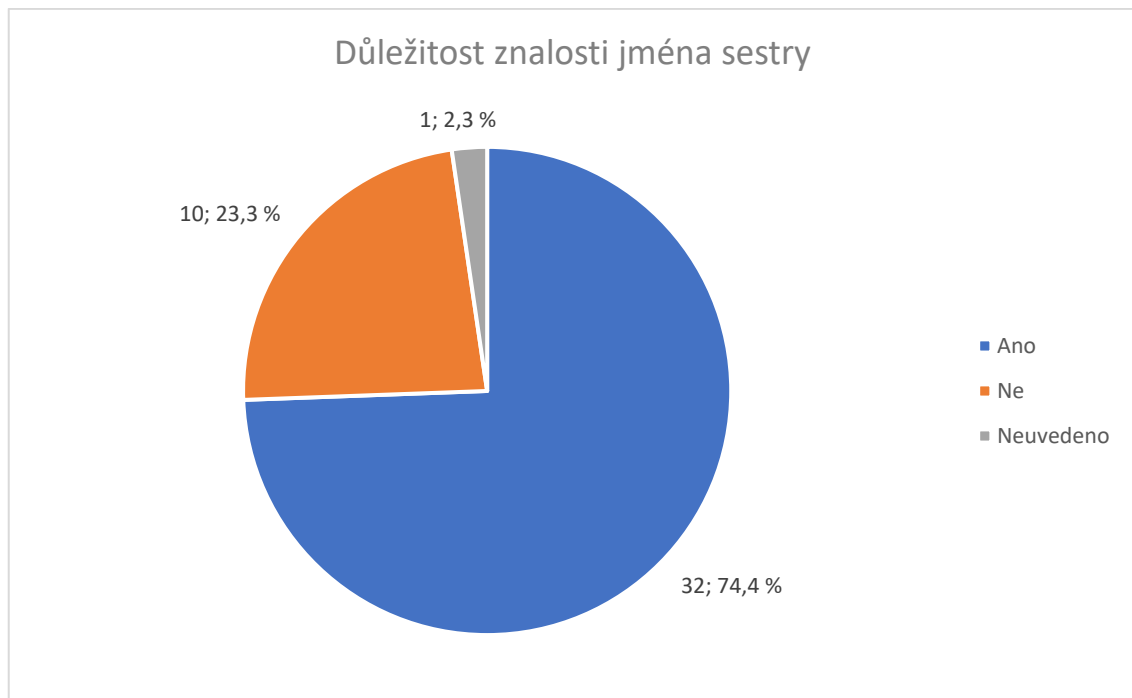
Obrázek 47 Informovanost o ADP (Zdroj: Autor)

58,1 % respondentů mělo informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče (25 osob), 41,9 % respondentů pak tyto informace nemělo (18 osob).

Položka 48. Představení sestry před edukací

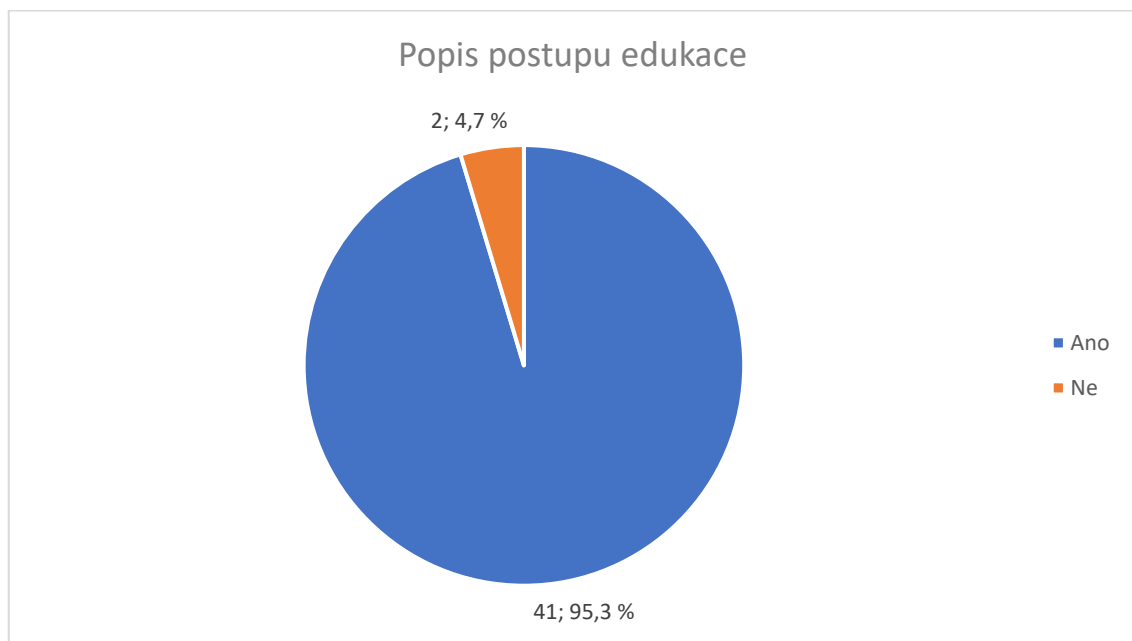
Obrázek 48 Představení sestry před edukací (Zdroj: Autor)

Před vlastní edukací se respondentům představily sestry v 88,4 % případů (38 osob), v 11,6 % případů představení neproběhlo (5 osob).

Položka 49. Důležitost znalosti jména sestry

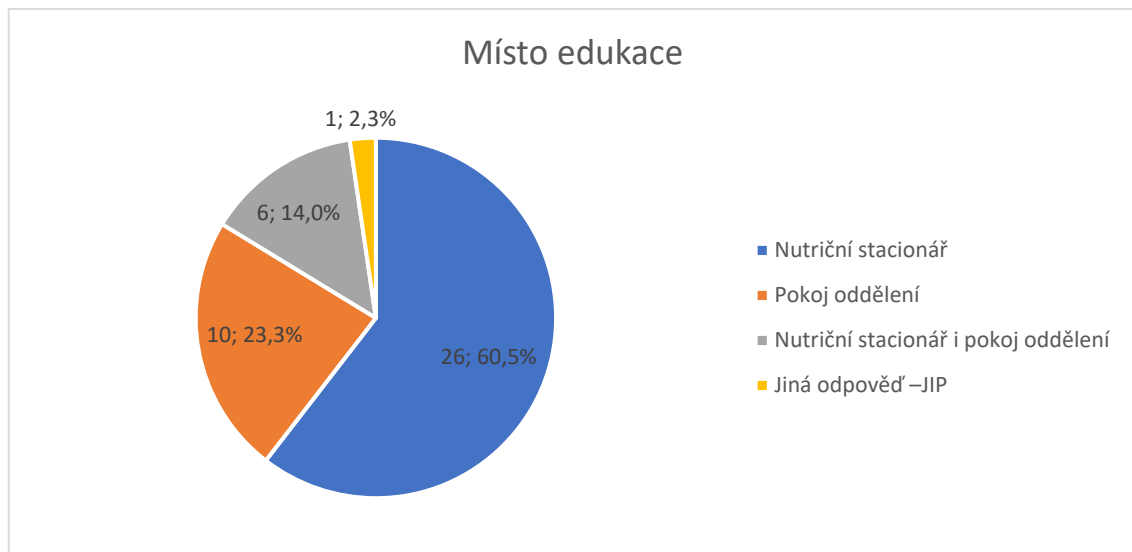
Obrázek 49 Důležitost znalosti jména sestry (Zdroj: Autor)

Pro 74,4 % respondentů je důležité znát jméno sestry (32 osob), pro 23,3 % respondentů to důležité není (10 osob), 2,3 % respondentů odpověď neuvedla (1 osoba).

Položka 50. Popis postupu edukace

Obrázek 50 Popis postupu edukace (Zdroj: Autor)

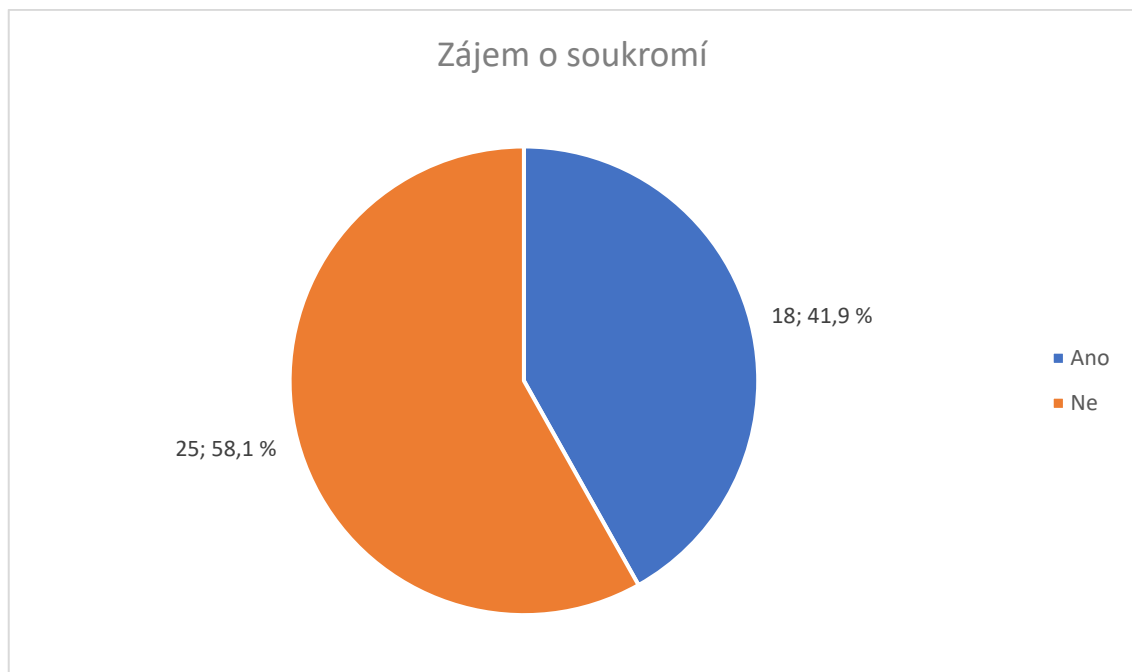
95,3 % respondentů uvádí, že jim byl od sestry srozumitelně vysvětlen postup edukace (41 osob), 4,7 % respondentů pak uvádí, že jim postup vysvětlen nebyl (2 osoby).

Položka 51. Místo edukace

Obrázek 51 Místo edukace (Zdroj: Autor)

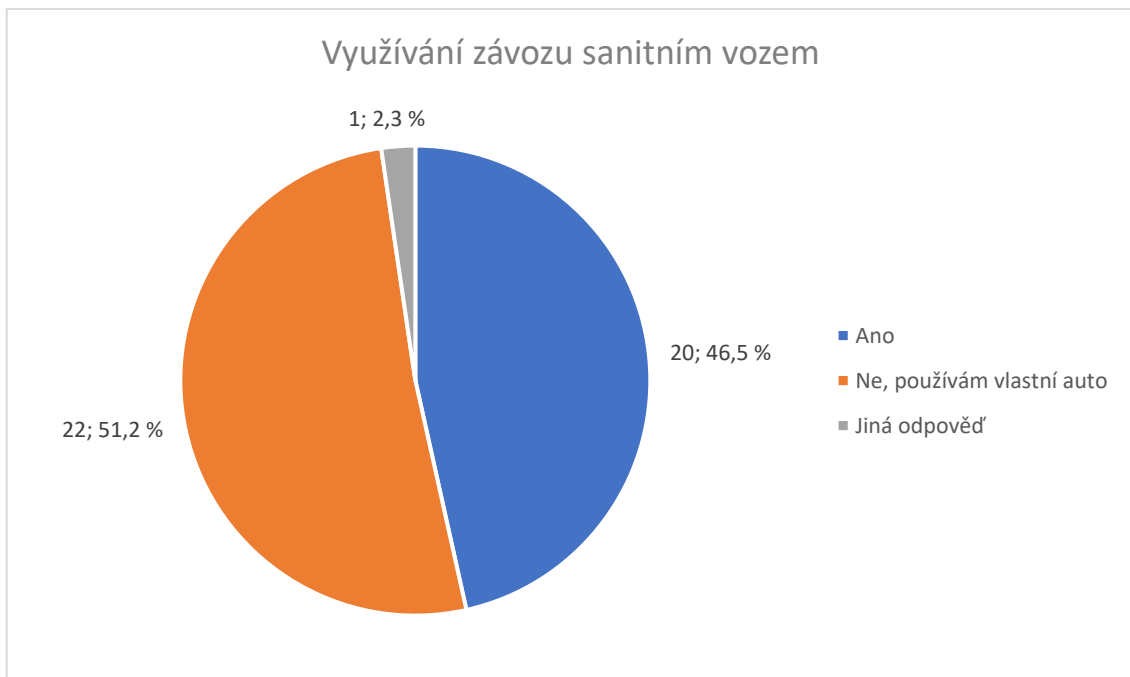
60,5 % respondentů uvádí, že byli edukováni v prostorách nutričního stacionáře

(26 osob), 23,3 % respondentů udává jako místo edukace jejich nemocniční pokoj (10 osob), 14,0 % respondentů udává obě místa, kde byli edukováni (6 osob), 2,3 % udávají jako místo edukace jednotku intenzivní péče (1 osoba).

Položka 52. Zájem o soukromí

Obrázek 52 Zájem o soukromí (Zdroj: Autor)

41,9 % respondentů by ocenilo více soukromí při edukaci (18 osob), 58,1 % respondentů nepotřebovalo více soukromí (25 osob).

Položka 53. Využívání závozu sanitním vozem

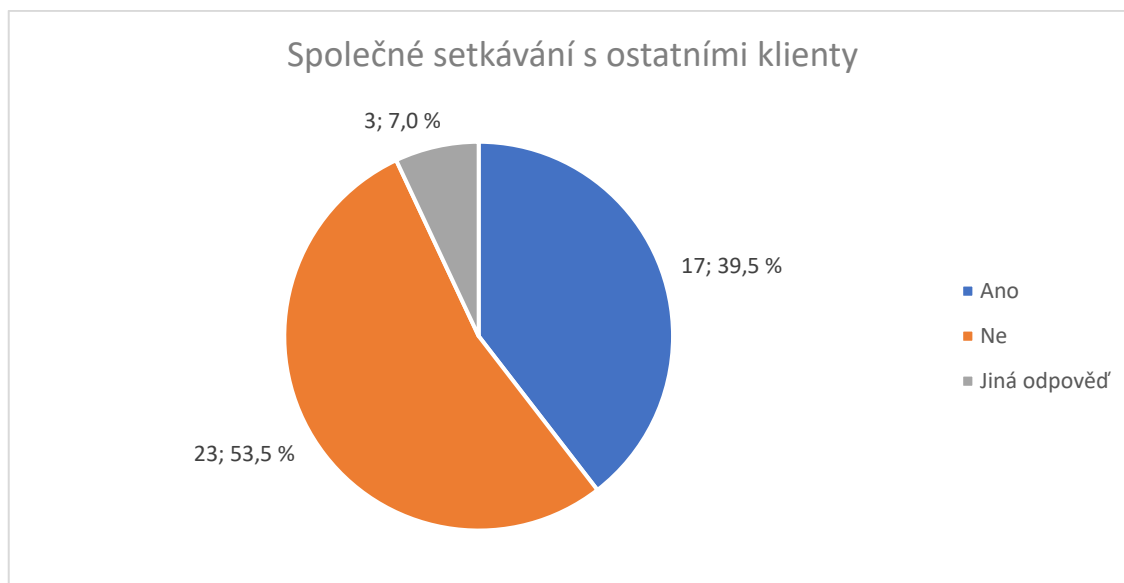
Obrázek 53 Využívání závozu sanitním vozem (Zdroj: Autor)

Závoz sanitním vozem využívá celkově 46,5 % respondentů (20 osob), 51,2 % respondentů jezdí pro materiál a léky vlastním automobilem (22 osob), 2,3 % respondentů uvedla jinou odpověď (1 osoba).

Položka 54. Přítomnost lékaře či sestry na telefonu

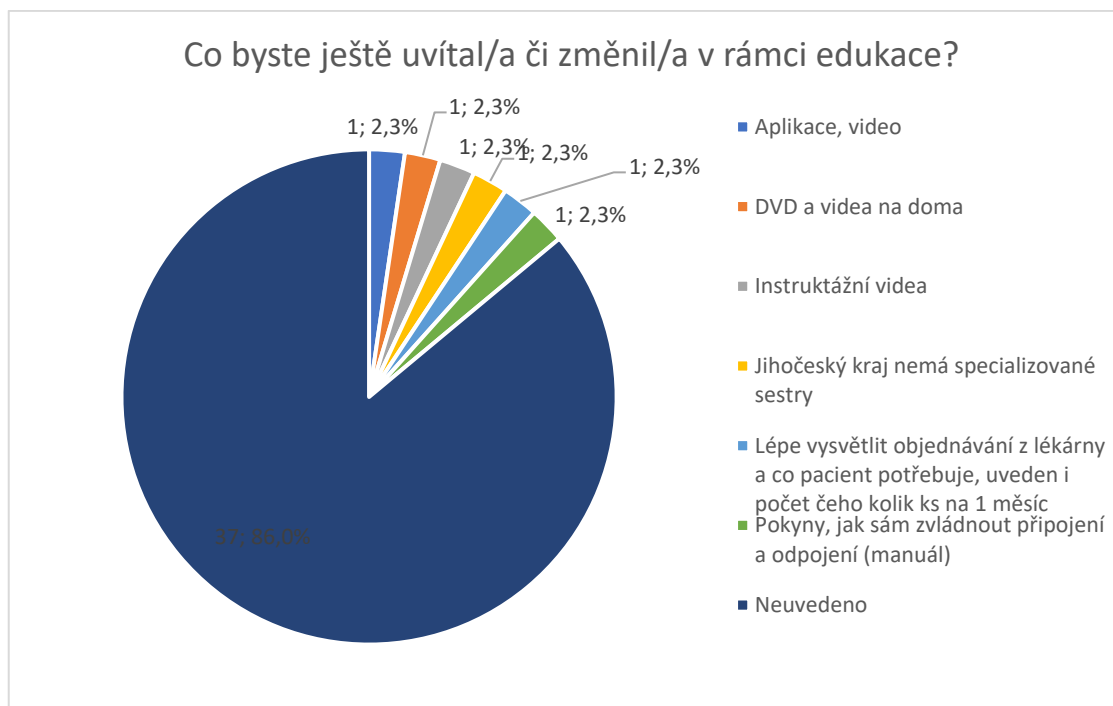
Obrázek 54 Přítomnost lékaře či sestry na telefonu (Zdroj: Autor)

Zájem o přítomnost lékaře či sestry na telefonu v případě komplikací během noci, víkendu či svátků by ocenilo 95,3 % respondentů (41 osob), 4,7 % respondentů tuto možnost nevyhledává (2 osoby).

Položka 55. Společné setkávání s ostatními klienty

Obrázek 55 Společné setkávání s ostatními klienty (Zdroj: Autor)

Zájem o možnost společného setkávání s ostatními klienty má 39,5 % sledovaných respondentů (17 osob). 53,5 % respondentů zájem o setkávání nemá (23 osob). V rámci jiných odpovědí se objevovaly možnosti kontaktu přes sociální sítě. U odpovědí „Ne“ jsou často dodatky, že se již setkávají, a to v čekárně nutričního stacionáře. 7,0 % respondentů odpověď nevedlo (3 osoby).

Položka 56. Co byste ještě uvítal/a či změnil/a v rámci edukace?

Obrázek 56 Co byste ještě uvítal/a či změnil/a v rámci edukace? (Zdroj: Autor)

Poslední obrázek reprezentuje otázku, jaké další změny by klienti uvítali. Jedná se o otázku s vlastními návrhy. 86,0 % respondentů žádné další změny nenavrhují (37 osob), dále se jedná pouze o jednotlivé odpovědi, kdy 2,3 % respondentů (1 osoba) by uvítala DVD a videa na doma, 2,3 % respondentů by uvítala instruktážní videa (1 osoba), 2,3 % respondentů by uvítala manuál, jak lépe zvládnout sám připojení a napojení (1 osoba), 2,3 % respondentů by uvítala podrobnější vysvětlení toho, co klient potřebuje objednat z lékového vybavení, a počtu kusů na 1 měsíc (1 osoba), 2,3 % respondentů pak uvádějí, že Jihočeský kraj nemá specializované sestry z domácí péče (1 osoba), 2,3 % respondentů odpověď neuvěděla (1 osoba).

3.6.4 Statistické zpracování hypotéz

Hypotéza č. 1: Lze se domnívat, že, potřeba setkávat se s jinými klienty nezávisí na bydlišti klientů.

H01: Neexistuje statisticky významná závislost mezi potřebou setkávat se i s jinými klienty a bydlištěm.

HA1: Existuje statisticky významná závislost mezi potřebou setkávat se i s jinými klienty a bydlištěm.

V *Tabulce 1* jsou uvedeny výsledky pro hypotézu 1. Z dat je patrné, že v případě některých krajů je 100 % pacientů pro setkávání, v jiných naopak 0 %. Skupiny však nejsou rovnoměrně zastoupené a v některých krajích se jedná pouze o jednotky pacientů. V tomto případě není možné použít pro ověření hypotézy klasický χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce, ale je potřeba použít modifikovaný Fischerův exaktní test. Na základě tohoto testu (p -hodnota = 0,276) testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. I když jsou v datech určité rozdíly, ze statistického hlediska **neexistuje závislost mezi potřebou se setkávat a bydlištěm**. Stejného výsledku by bylo dosaženo v i případě, že by se z testu vyloučila 3. kategorie – „Jiná odpověď“ (p -hodnota = 0,763).

Tabulka 1. Zájem o setkávání podle bydliště (vlastní zpracování)

		C12 – Uvítal/a byste možnost společného setkávání s ostatními pacienty?			Celkem
		Ano	Ne	Jiná odpověď	
Bydliště (kraj)	Královehradecký	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
	Pardubický	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
	Jihočeský	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Ústecký	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Praha	9 (45 %)	10 (50 %)	1 (5 %)	20 (100 %)
	Středočeský	4 (33,3 %)	8 (66,7 %)	0 (0 %)	12 (100 %)
	Liberecký	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
	Praha-východ	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Celkem		17 (39,5 %)	23 (53,5 %)	3 (7 %)	43 (100 %)

Hypotéza č. 2: Lze se domnívat, že informovanost ohledně možnosti péče sester z agentur domácí péče nezávisí na pohlaví.

H02: Neexistuje statisticky významná závislost mezi informovaností o možnosti péče sester z agentur domácí péče a pohlavím.

HA2: Existuje statisticky významná závislost mezi informovaností o možnosti péče sester z agentur domácí péče a pohlavím.

V *Tabulce 2* jsou uvedeny výsledky k hypotéze č. 2. Z dat je patrné, že mírně vyšší míru informovanosti měly ženy (58,6 %) oproti mužům (57,1 %). Rozdíly však nejsou statisticky významné a na základě χ^2 testu nezávislosti v kont. tabulce – $G(1) = 0,008$; p -hodnota = 0,927 – hypotézu H02 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. **Neexistuje závislost mezi informovaností o možnosti péče sester z agentur domácí péče a pohlavím.**

Tabulka 2. Informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče podle pohlaví (vlastní zpracování)

		C4 – Měl/a jste předtím informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče?		Celkem
		Ano	Ne	
Pohlaví	Muž	8 (57,1 %)	6 (42,9 %)	14 (100 %)
	Žena	17 (58,6 %)	12 (41,4 %)	29 (100 %)
Celkem		25 (58,1 %)	18 (41,9 %)	43 (100 %)

Hypotéza č. 3: Lze se domnívat, že potřeba znát jméno sestry nezávisí na vzdělání.

H03: Neexistuje statisticky významná závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.

HA3: Existuje statisticky významná závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.

V případě třetí hypotézy byl v šetření jeden člověk, který u otázky C6 neuvedl odpověď, tento respondent byl pro potřeby vyhodnocení této hypotézy vyřazen. Celkově tedy do hypotézy vstupovalo 42 respondentů. Výsledná data jsou uvedena v *Tabulce 3*.

I když jsou mezi daty určité rozdíly a například u osob se základním vzděláním je požadavek na jméno pouze v 50 % případů, zatímco u vysokoškolsky vzdělaných pacientů je to 80 %, na základě Fischerova modifikovaného exaktního testu (p -hodnota = 0,953) tuto testovanou hypotézu H03 na hladině významnosti $\alpha = 5$ % nezamítáme. **Neexistuje závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.**

Tabulka 3. Důležitost znát jméno sestry podle vzdělání (vlastní zpracování)

		C6 – Je pro vás důležité jméno sestry?		Celkem
		Ano	Ne	
Vzdělání	Základní	1 (50 %)	1 (50 %)	2 (100 %)
	Střední	7 (77,8 %)	2 (22,2 %)	9 (100 %)
	Střední odborné	9 (75 %)	3 (25 %)	12 (100 %)
	Střední všeobecné	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Vyučen/a	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)	7 (100 %)
	Vysokoškolské	8 (80 %)	2 (20 %)	10 (100 %)
Celkem		32 (76,2 %)	10 (23,8 %)	42 (100 %)

Hypotéza č. 4: Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na pohlaví.

H04: Neexistuje statisticky významná závislost mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a pohlavím.

HA4: Existuje statisticky významná závislost mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a pohlavím.

„Bylo vám vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity můžete i s dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat?“ Častěji bylo vysvětleno ženám, resp. ženy zaregistrovaly vysvětlování volnočasových aktivit v 78,6 % případů, zatímco muži pouze v 58,6 % případů. I když jsou mezi muži a ženami určité rozdíly, nejsou tyto rozdíly dostatečně statisticky významné a na základě Fischerova exaktního testu (p -hodnota = 0,308) testovanou hypotézu H04 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. **Vysvětlení, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou pacienti nadále provozovat, nezávisí na pohlaví.**

Tabulka 4. Vysvětlení volnočasových aktivit podle pohlaví (vlastní zpracování)

		B30 – Bylo Vám vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity můžete i s dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat?		Celkem
		Ano	Ne	
Pohlaví	Muž	11 (78,6 %)	3 (21,4 %)	14 (100 %)
	Žena	17 (58,6 %)	12 (41,4 %)	29 (100 %)
Celkem		28 (65,1 %)	15 (34,9 %)	43 (100 %)

Hypotéza č. 5: Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na bydlišti.

H05: Neexistuje statisticky významná závislost, mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a bydlištěm.

HA5: Existuje statisticky významná závislost mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a bydlištěm.

Výsledky pro otázku B30 jsou uvedeny v *Tabulce 5*. I když jsou mezi skupinami určité rozdíly, opět se nejedná o statisticky významné rozdíly. Na základě Fischerova exaktního testu (p -hodnota = 0,621) testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. **Neexistuje závislost mezi vysvětlením, které sportovní aktivity je vhodné i nadále provozovat, a bydlištěm.**

Tabulka 5. Vysvětlení sportovních aktivit podle bydliště (vlastní zpracování)

		B30 – Bylo Vám vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity můžete i s dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat?		Celkem
		Ano	Ne	
Bydliště (kraj)	Jihočeský	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Pardubický	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
	Liberecký	3 (75 %)	1 (25 %)	4 (100 %)
	Praha	14 (70 %)	6 (30 %)	20 (100 %)
	Středočeský	7 (58,3 %)	5 (41,7 %)	12 (100 %)
	Ústecký	1 (50 %)	1 (50 %)	2 (100 %)
	Královehradecký	0 (0 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
	Praha-východ	0 (0 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
Celkem		28 (65,1 %)	15 (34,9 %)	43 (100 %)

3.7 Diskuze

V této kapitole jsou zpracovány výsledky vlastního dotazníkového šetření a posléze jsou srovnány s výsledky obdobných, již dříve publikovaných prací.

3.7.1 Diskuze k výsledkům vlastní práce

Dotazník byl rozdělen do tří částí, přičemž první část obsahovala otázky týkající se identifikačních a obecných informací o klientech.

Část A: obecná část

Obrázek 1 – zjišťování procentuálního rozdílu v pohlaví klientů. Zjistilo se, že dotazníkového šetření, kdy bylo distribuováno 43 dotazníků, se zúčastnilo 67,4 % žen (29 osob) a pouze 32,6 % mužů (14 osob).

Procentuální rozdíl odpovídá i současnému počtu klientů, které máme v péči. Z celkového počtu 86 klientů je 56 žen a 30 mužů.

To je přičítáno tomu, že Crohnovou chorobou onemocní více ženy než muži, a také vzhledem k tomu, že máme v péči i onkologické pacienty, kdy převažují ženy, a to především s karcinomem ovarií či prsu.

Obrázek 2 – zjišťování procentuálního rozdílu ve věku klientů. Největší skupinu zastupují klienti ve věkovém rozmezí 50–59 let, což je 30,2 %, tedy 13 klientů. Následuje věková skupina 60–69 let což představuje 20,9 % tedy 9 klientů, posléze následuje věkové hranice 30–39 let, což představuje 16,3 %, tedy 7 klientů. Poté je věková skupina 40–49 let a věk 70 let a více, což představuje 11,6 %, tedy 5 klientů, a nejméně klientů se nachází ve věkové hranici 20–29 let, což představuje 9,3 %, tedy 4 klienty. Větší zastoupení klientů ve vyšší věkové kategorii je dáno tím, že většina těchto klientů onemocnělo nádorovým onemocněním, převážně střev a muselo jim být část střeva odstraněno. Proto trpí syndromem krátkého střeva a musela jim být naordinována DPV. Dále karcinomem žaludku, pankreatu či jater. V nejmladší věkové kategorii jsou klienti, u kterých zatím léčba Crohnovy choroby probíhá medikamentózně či za pomoci biologické léčby.

Obrázek 3 – zjišťování procentuálního rozdílu ve vzdělání klientů. Na základě analýzy dotazníkového šetření bylo zjištěno, že základní vzdělání uvádí 7,0 % klientů (3 osoby), vyučen/vyučena uvádí 16,3 % klientů (7 osob), střední odborné vzdělání uvádí 27,9 % klientů (12 osob), střední vzdělání uvádí 20,9 % klientů (9 osob), střední

všeobecné vzdělání uvádí 4,7 % klientů (2 osoby), vysokoškolské vzdělání pak uvádí 23,3 % klientů (10 osob).

Obrázek 4 – zjišťování sociálního zázemí klientů. Na základě analýzy šetření bylo zjištěno, že s manželem či manželkou žije 55,8 % respondentů (24 osob), 23,3 % klientů žije s dětmi (10 osob), 18,6 % klientů žije samo (8 osob), 16,3 % klientů žije ve společné domácnosti s partnerem či partnerkou (7 osob), 2,3 % klientů uvádějí soužití s rodiči (1 osoba).

Tento výsledek částečně i koresponduje s věkem klientů, a protože jsem s klienty v každodenním kontaktu, vím, jak je podpora rodiny pro klienty důležitá.

Obrázek 5 – porovnává bydliště klientů. 46,5 % klientů uvádí, že pochází z Prahy (20 osob), 27,9 % klientů pak pochází ze Středočeského kraje (12 osob), 9,3 % pochází z Libereckého kraje (4 osoby), 4,7 % klientů z Jihočeského kraje (2 osoby), 4,7 % klientů z Ústeckého kraje (2 osoby), 2,3 % klientů z Královehradeckého kraje (1 osoba), 2,3 % z Pardubického kraje (1 osoba) a 2,3 % klientů uvádí, že bydlí na Praze-východ (1 osoba).

Obrázek 6 se zabývá důvody indikací k parenterální výživě v domácím prostředí. Nejčastější indikací je syndrom krátkého střeva, kdy touto chorobou onemocnělo 39,5 % klientů (17 osob), Crohnovou chorobou onemocnělo 25,6 % klientů (11 osob), s onkologickým onemocněním se léčí 25,6 klientů (9 osob), s ulcerózní kolitidou pak 4,7 % klientů (2 osoby). Jiné onemocnění pak uvádí 27,9 % klientů (12 osob), což představuje onemocnění jako malnutrice z důvodu anorexie, pankreatitida, onemocnění jícnu a karcinomy v dutině čelistní.

Obrázek 7 se zabývá typy vstupů, jaké byly klientům zavedeny. Nejčastěji klienti uvádějí Broviac katétr, 58,1 % (25 osob), 27,9 % respondentů pak uvádí port katétr (12 osob), PICC katétr má zavedeno 11,6 % klientů (5 osob), 2,3 % klientů mají Broviac katétr a port katétr (1 osoba). Nikdo z respondentů neuvedl, že by měl CICC (Centrally Inserted Central Catheter) anebo jiný dlouhodobý vstup.

Důvodem zavedení různých typů katétru, je onemocnění daných klientů, a tedy délka podávání parenterální výživy.

Obrázek 8 pak sleduje rozdílné typy parenterální výživy, jaké byli klientům indikovány. 62,8 % (27 osob) klientů uvádí, že má All-in-one vaky. Firemní vaky má 16,3 % (7 osob) klientů, hydratační výživu má 7,0 % (3 osoby) klientů, 2,3 % klientů (3 osoby) mají kombinaci výše uvedených vaků, 7,0 % (3 osoby) klientů odpověď

nevedlo. Nejspíše proto, že nedokáží identifikovat rozdíl mezi těmito vaky, protože veškerou péči převzali rodinní příslušníci či sestry z domácí péče.

Část B: hodnocení edukace v konkrétních oblastech

Tato část dotazníku se již zabývá konkrétními oblastmi, které jsou součástí edukačního procesu, se kterými je potřeba klienty seznámit (a posléze je třeba je i jednotlivé postupy naučit), aby byli schopni je sami vykonávat v domácím prostředí. Eventuelně, pokud to není možné, například vzhledem k věku či onemocnění jsou edukováni rodinní příslušníci tak, aby byli schopni vykonávat potřebné činnosti oni.

Objednávání materiálu:

Obrázek 9 – srozumitelnost objednávání materiálu. 100 % klientů (43) odpovědělo, že jim jsou informace ohledně objednávání materiálu srozumitelné.

Obrázek 10 – komplikovanost způsobu objednávání. Tato otázka zjišťovala, zda klienti vnímají objednávání materiálu elektronickou poštou za komplikované. Za komplikované to považuje 14,0 % dotázaných (6 osob), 76,7 % klientů si nemyslí, že by to bylo komplikované (33 osob), 9,3 % respondentů odpověď nevedlo (4 osoby). Lze se domnívat, že komplikovanost či neuvedení odpovědi převládá u starších osob, které nemají zkušenost s e-mailem a počítač běžně neuvívají. V těchto případech objednáva materiál někdo z rodiny nebo jsou požádány sestry z domácí péče. Jelikož kolegyni, která za normálních okolností ve výdejně, kde se materiál objednáva a chystá pracuje, občas zastupujeme i my, víme, kdo materiál objednáva.

Obrázek 11 – *preferování i jiné formy objednání*. Jinou formu způsobu objednávání by preferovalo 25,6 % dotázaných klientů (11 osob). Nejčastěji by dotyční preferovali možnost objednávání materiálu telefonicky. Minimálně by pak ocenili formuláře, aplikaci či automatické dodávání, např. po 14 dnech, 69,8 % klientů by pak dosavadní způsob neměnilo (30 osob), 4,7 % klientů odpověď nevedla (2 osoby).

I zde lze předpokládat že jinou formu objednávání, zejména pak tu telefonickou formou, by preferovali klienti ve vyšším věku. Klienti od nás dostávají sestavený seznam pomůcek pro daný typ vstupu, kde je přehledně popsáno, kolik a co klienti potřebují za materiál na 2 týdny.

Obrázek 12 – *návrat k položkám – objednávání materiálu*. 41,9 % klientů se vracet k tomuto tématu nemuselo (18 osob), 27,9 % klientů se muselo vracet k počtu a seznamu pomůcek (12 osob), 4,7 % klientů se muselo vracet ke způsobu objednávání, tedy elektronickou poštou (2 osoby), 25,6 % klientů problém nevedlo (11 osob).

V tomto případě je potřeba trpělivě a opakovaně vysvětlovat, k čemu jednotlivé pomůcky používáme. Musíme si uvědomit, že jde o laiky, kteří samozřejmě nikdy tyto pomůcky neměli možnost vidět, neznají je a nevědí, k čemu se používají a jak fungují.

Obrázek 13– *hodnocení edukačních materiálů – objednávání materiálu*. 95,3 % klientů (41 osob) hodnotí edukační materiály týkající se objednávání materiálu jako dostatečné, 2,3 % respondentů hodnotila edukační materiály jako nedostatečné (1 osoba), 2,3 % respondentů pak odpověď neuvedla (1 osoba).

Objednávání léčivých přípravků:

Obrázek 14– *srozumitelnost objednávání léčivých přípravků*. 97,7 % klientů uvádí, že jsou pro ně informace ohledně objednávání léčivých přípravků srozumitelné (42 osob), pro 2,3 % to srozumitelné nebylo (1 osoba).

Obrázek 15– *komplikovanost objednávání léčivých přípravků elektronickou poštou*. Elektronické objednávání léčivých přípravků je komplikované pro 20,9 % klientů (9 osob), pro 74,4 % klientů to komplikované nebylo (32 osob), 4,7 % klientů odpověď neuvedlo (2 osoby).

Komplikovanost v tomto případě je pro klienty stejná jako v případě objednávání materiálu. Pro usnadnění je klientovi z lékárny vždy zaslaná tabulka s potřebnými léčivými přípravky, kde klient pouze zaškrtně, co potřebuje a napíše potřebný počet.

Obrázek 16– *preferovaný způsob objednávání – léčivé přípravky*. 20,9 % klientů by preferovalo i jinou formu způsobu objednávání (9 osob), nejvíce pak preferují telefonickou variantu, 74,4 % klientů by způsob objednávání neměnilo, 4,7 % klientů pak odpověď neuvedlo (2 osoby). Bohužel zatím není možné z personálních důvodů objednávání po telefonu možné, samozřejmě v jednotlivých případech klientovi vyhovíme.

Obrázek 17– *návrat k položkám – léčivé přípravky*. 37,2 % klientů se k ničemu vracet nemuselo (16 osob), 25,6 % klientů se muselo vracet k seznamu léků (11 osob), 9,3 % klientů se muselo vracet ke způsobu objednávání (4 osoby), 25,6 % klientů neuvedlo žádný problém (11 osob), 2,3 % klientů odpověď neuvedla (1 osoba).

I v tomto případě je důležité opakovaně a s klidem přistupovat k edukaci v této oblasti. Vždy se opakovaně dotazovat, zda tomu klient rozumí.

Obrázek 18– *hodnocení edukačních materiálů – objednávání léčivých přípravků*. 93,0 % klientů hodnotí edukační materiály kladně (40 osob), 4,7 % klientů hodnotí

edukační materiály jako nedostatečné (2 osoby), 2,3 % klientů odpověď neuvedla (1 osoba).

Obsluha pumpy:

Obrázek 19– srozumitelnost *obsluhy pumpy*. V rámci obsluhy pumpy 100 % klientů (43 osob) uvedlo, že pro ně byla instruktáž ohledně obsluhy pumpy srozumitelná.

Obrázek 20– *opakování dovednosti – obsluha pumpy*. 62,8 % klientů uvedlo, že nebylo třeba si tuto činnost opakovaně zkoušet (27 osob), 37,2 % respondentů pak uvedlo, že u nich bylo nutné si tuto činnost opakovaně zkoušet (16 osob).

Pumpa, kterou v rámci domácí parenterální výživy používáme, je celkem jednoduchá na obsluhu, zde zase platí, že obsluhu pumpy zkoušíme dle potřeb klienta tak dlouho, dokud to klient vyžaduje.

Obrázek 21– *hodnocení edukačních materiálů – obsluha pumpy*. 97,7 % klientů hodnotí edukační materiály kladně (42 osob), 2,3 % klientů pak hodnotí edukační materiály jako nedostatečné (1 osoba).

Obrázek 22– *další edukační materiál na obsluhu pumpy*. 46,5 % klientů by k obsluze pumpy nepotřebovalo další materiály (20 osob), 37,2 % klientů by ocenilo instruktážní video (16 osob), dalších 16,3 % klientů by ocenilo písemné materiály s fotografiemi (7 osob).

Samozřejmě i v této oblasti se snažíme vylepšit edukační materiály tak, aby materiály byly co nejjednodušší a nejsrozumitelnější a obsahovaly i dostatek fotografií. Také připravujeme instruktážní video.

Uložení vaku a pumpy do batohu:

Obrázek 23– *uložení vaku a pumpy do batohu*. Další podkapitola dotazníku sledovala uložení vaku a pumpy do batohu. Pro 90,7 % klientů bylo uložení vaku a pumpy do batohu srozumitelné (39 osob), pouze pro 2,3 % respondentů to srozumitelné nebylo (1 osoba). 7,0 % respondentů pak odpověď neuvedlo (3 osoby).

Obrázek 24– *opakování dovednosti – uložení vaku a pumpy do batohu*. Uložení vaku a pumpy do batohu si muselo opakovaně vyzkoušet 30,2 % klientů (13 osob), 62,8 % klientů uvedlo, že nemuselo tuto činnost opakovaně zkoušet (27 osob). 7,0 % klientů odpověď neuvedlo (3 osoby).

Obrázek 25– *hodnocení edukačních materiálů – uložení vaku a pumpy do batohu.* 90,7 % klientů hodnotí edukační materiály jako dostatečné (39 osob). Pro 2,3 % klientů jsou nedostatečné (1 osoba). 7,0 % klientů odpověď nevedlo (3 osoby).

Obrázek 26 – *další edukační materiál – uložení vaku a pumpy do batohu.* 53,5 % klientů považuje edukační materiály za dostatečné (23 osob), 27,9 % klientů by jako další formu edukačního materiálu pro uložení vaku a pumpy do batohu ocenilo video (12 osob), 9,3 % klientů by preferovalo písemnou formu s fotografiemi (4 osoby). 9,3 % klientů odpověď nevedlo (4 osoby).

Materiály, které máme nově od firmy spravující pumpy i batohy, obsahují dostatek fotografií a přesný postup, jakým způsobem uložit pumpu i s vakem do batohu. Přesto u obou těchto podotázek jsou v přípravě instruktážní videa.

Používání batohu v domácím prostředí:

Obrázek 27 – *srozumitelnost používání batohu v domácím prostředí.* 100 % klientů, kteří odpověděli na otázku „Bylo pro Vás používání batohu v domácím prostředí srozumitelně vysvětleno?“ odpovědělo, že ano, avšak celkově 7,0 % klientů (3 osoby) na tuto otázku neodpovědělo. Celkově tedy „ano“ odpovědělo 93,0 % pacientů (40 osob).

Obrázek 28– *opakování dovednosti – používání batohu v domácnosti.* Opakovaně se muselo na používání batohu v domácnosti soustředit 11,6 % klientů (5 osob), 79,1 % klientů se nemuselo opakovaně na tuto činnost soustředit (34 osob), 9,3 % klientů pak odpověď nevedlo (4 osoby).

Obrázek 29– *hodnocení edukačních materiálů.* Edukační materiály k používání batohu v domácím prostředí hodnotí jako dostatečné 100 % osob, které na danou otázku odpovídaly, celkově 93,0 % (40 osob). 7 % klientů (3 osoby) na dotaz neodpovědělo.

Obrázek 30– *další formy edukace – používání batohu v domácím prostředí.* 60,5 % klientů uvádí, že není potřeba dalších forem edukace k používání batohu v domácím prostředí (26 osob), 23,3 % klientů by ocenilo video (10 osob), dalších 9,3 % klientů by ocenilo tištěné materiály s fotografiemi (4 osoby). 7,0 % klientů odpověď nevedlo (3 osoby).

I v tomto případě se snažíme neustále vylepšovat edukační materiály jak v podobě tištěných materiálů s fotografiemi, tak v podobě přípravy instruktážních videí.

Likvidace odpadu a ostrých předmětů:

Obrázek 31– *srozumitelnost likvidace odpadu*. Likvidace odpadu a ostrých předmětů byla srozumitelná pro 95,3 % klientů (41 osob), pro 4,7 % klientů srozumitelná nebyla (2 osoby).

Obrázek 32– *opakování informací – likvidace odpadu a ostrých předmětů*. Opakovaně se muselo soustředit na informace o likvidaci odpadu a ostrých předmětů 4,7 % klientů (2 osoby), 95,3 % klientů se nemuselo opakovaně soustředit na tuto činnost (41 osob).

Obrázek 33– *dostatečnost edukačních materiálů k likvidaci odpadu a ostrých předmětů*. 95,3 % klientů hodnotí edukační materiály k likvidaci odpadu a ostrých předmětů jako dostatečné (41 osob), naopak 4,7 % respondentů pak jako nedostatečné (2 osoby).

Obrázek 34– *další formy edukačních materiálů – likvidace odpadu a ostrých předmětů*. 81,4 % klientů si nemyslí, že by bylo potřeba dalších edukačních materiálů (35 osob), pokud ano, tak převažuje písemná forma s fotografiemi, 11,6 % (5 osob), 7,0 % klientů by pak preferovalo video jako další výukovou formu (3 osoby).

Obrázek 35– *způsob zbavování se o odpadu*. 48,8 % klientů odkládá zbytky do komunálního odpadu (21 osob), 46,5 % klientů pak vozí odpad na stacionář (20 osob), 2,3 % klientů odkládají zejména ostrý odpad do lékárny, 2,3 % klientů pak odpověď neuvedla (1 osoba).

Obrázek 36– *jiné možnost likvidace odpadu*. 30,2 % klientů by ocenilo jinou možnost likvidace odpadu (13 osob), 69,8 % klientů pak považuje současný způsob likvidace za dostatečný (30 osob).

Obrázek 37– *jiný způsob likvidace odpadu, který by vyhovoval klientům*. 41,9 % klientů by uvítalo odkládání odpadu do speciálních nádob v areálu nemocnice (18 osob), 39,5 % klientů by uvítalo sběr odpadu svozem (17 osob), 18,6 % klientů odpověď neuvedlo (8 osob).

V této problematice byl na základě nových předpisů nemocnice vytvořen zcela nový návod, jakým způsobem se mají klienti v domácím prostředí zbavovat odpadu. Běžný odpad má být odkládán do běžného komunálního odpadu, kdežto nádoby s ostrými předměty budou klienti vozit na nutriční stacionář.

Bohužel svoz odpadu není možný z toho důvodu, že klienti bydlí v různých krajích a také není možné toto technicky zajistit.

Sportovní a volnočasové aktivity:

Obrázek 38– *sportovní a volnočasové aktivity*. 65,1 % klientů uvádí, že jim bylo vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat (28 osob). 34,9 % klientů uvádí, že toto školení nedostalo (15 osob).

Obrázek 39– *zájem o informace o sportovních a volnočasových aktivitách*. 62,8 % klientů má zájem o informace ohledně sportovních a volnočasových aktivit (27 osob), 25,6 % klientů si tyto informace vyhledává samo (11 osob), 11,6 % klientů pak tyto informace nepožaduje (5 osob).

Obrázek 40– *jiný způsob získání informací o sportovních a volnočasových aktivitách*. Otázka sleduje, jakým způsobem by tyto informace klienti chtěli obdržet.

34,9 % respondentů, by uvítalo odkaz na internetové stránky (15 osob), 44,2 % respondentů, by uvítalo letáky a brožury (19 osob), 14 % respondentů by uvítalo písemný seznam (6 osob), 7,0 % respondentů pak odpověď nevedlo (3 osoby).

Na základě dotazníkového šetření jsme zjistili, že máme v této oblasti značné rezervy. Informace ohledně této problematiky jsem začala aktivně vyhledávat především na stránkách zahraničních organizací, které se komplexně o tyto klienty starají. Mají zde dostatek informací ohledně této problematiky a spolu s naším vedoucím lékařem jsme vytvořili seznam, jaké sportovní a volnočasové aktivity jsou možné u jednotlivých vstupů.

Hygienická péče (sprcha, koupel):

Obrázek 41– *informace o provádění osobní hygieny*. 88,4 % klientů uvádí, že jim bylo vysvětleno, jak lze provádět osobní hygienu (38 osob). 11,6 % klientů uvádí, že jim toto vysvětleno nebylo (5 osob).

Obrázek 42– *zájem o informace ohledně osobní hygieny*. 67,4 % klientů má zájem o informace ohledně osobní hygieny (29 osob), 30,2 % klientů zájem nemá, jelikož si je vyhledávají sami (13 osob), 2,3 % klientů odpověď nevedla (1 osoba).

Obrázek 43– *ochrana vstupu během sprchování či koupele*. 88,4 % klientů uvádí, že dostalo informace, jakým způsobem lze chránit vstup během sprchování či koupele (38 osob), 9,3 % klientů však tyto informace neobdrželo (4 osoby).

Na stránkách dvou firem lze již nalézt pomůcky chránící různé typy vstupů během sprchování. Přesto těchto pomůcek není dost a jsou poměrně drahé. Proto hledáme různé

alternativy, které by našim klientům tuto činnost usnadnily a zároveň by dostatečně ochránily vstup.

Část C: celkové hodnocení edukace

V této části dotazníku byly pokládány otázky, jakým způsobem klienti hodnotí celkovou úroveň edukace.

Obrázek 44– *informace o zavedení invazivního vstupu*. Všichni klienti, tedy 100 %, (43 osob) uvádějí, že byli ošetřujícím lékařem srozumitelně informováni o nutnosti zavedení invazivního vstupu.

Obrázek 45– *informace o domácí parenterální výživě*. 83,7 % klientů uvádí, že bylo srozumitelně seznámeno o domácí parenterální výživě lékařem (36 osob), 16,3 % klientů pak uvádí, že částečné informace obdrželo (7 osob).

Obrázek 46– *zájem o informace ADP*. 72,1 % klientů projevilo zájem o péči ze strany sester z agentury domácí péče (31 osob), 27,9 % klientů pak o tuto péči zájem nemá (12 osob).

Obrázek 47– *informovanost o ADP*. 58,1 % klientů již mělo informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče (25 osob), 41,9 % klientů pak tyto informace nemělo (18 osob).

Sestry z agentur domácí péče využíváme velmi často, jelikož ne všichni klienti jsou schopni zvládnout napojování a odpojování sami. Také ne vždy lze zaučit rodinné příslušníky, jelikož jsou zaměstnaní a čas, kdy je potřeba odpojení a napojení, nejsou schopni zvládnout. Jelikož se vždy jedná o laiky, je pro ně uklidňující, že se o ně postará někdo kvalifikovaný. I informovanost o této možnosti je již mnohem vyšší, než byla před několika lety. Je to dáno i tím, že tuto možnost již využívali dříve z jiných důvodů, nebo jsou již informováni ošetřujícím lékařem. Klienti, kteří o této možnosti nemají informace, jsou velmi rádi a většinou se jim velmi uleví – pro ně už tak v náročné životní situaci.

Obrázek 48– *představení sestry před edukací*. Před vlastní edukací se klientům představily sestry v 88,4 % případů (38 osob), v 11,6 % případech představení neproběhlo (5 osob).

Obrázek 49– *důležitost znalosti jména sestry*. Pro 74,4 % klientů je důležité znát jméno sestry (32 osob), pro 23,3 % klientů to důležité není (10 osob).

Já i moje kolegyně se vždy před každou edukací klientovi a případně jejich rodinným příslušníkům představíme, navazuje to mnohem větší důvěrou a klienti mají

svoji vlastní sestřičku, na kterou se mohou vždy obrátit. Samozřejmě se kdykoliv mohou obrátit i na kohokoliv z nás.

Obrázek 50– *popis postupu edukace*. 95,3 % klientů uvádí, že jim byl od sestry srozumitelně vysvětlen postup edukace (41 osob), 4,7 % klientů pak uvádí, že jim postup vysvětlen nebyl (2 osoby). Klienta vždy na začátku každé edukace seznámíme s postupem edukace, jelikož je vždy dán postup čím začít a jak dále postupovat.

Obrázek 51– *místo edukace*. 60,5 % klientů uvádí, že bylo edukováno v prostorách nutričního stacionáře (26 osob), 23,3 % klientů udává jako místo edukace jejich nemocniční pokoj (10 osob), 14,0 % klientů udává obě místa edukace (6 osob), 2,3 % klientů udávají jako místo edukace jednotku intenzivní péče (1 osoba).

Obrázek 52– *zájem o soukromí*. 41,9 % klientů by ocenilo více soukromí při edukaci (18 osob), 58,1 % klientů nepotřebovalo více soukromí (25 osob).

Bohužel, zatím toto je neřešitelná situace, chybí nám prostory, kde klienta v soukromí edukovat, řešíme to prozatím alespoň zástěnami mezi ostatními klienty. Pokud klient není schopen být edukován na stacionáři, musíme edukaci provádět na pokoji klienta, což je značně komplikované z důvodu malých prostor a přítomnosti ostatních klientů. Proto pokud to je možné, edukujeme na stacionáři.

Obrázek 53– *využívání závozu sanitním vozem*. Závoz sanitním vozem využívá celkově 46,5 % klientů (20 osob), 51,2 % klientů jezdí pro materiál a léky vlastním automobilem (22 osob).

Obrázek 54– *přítomnost lékaře či sestry na telefonu*. Zájem o přítomnost lékaře či sestry na telefonu v případě komplikací během noci, víkendu či svátků by ocenilo 95,3 % klientů (41 osob), 4,7 % klientů tuto možnost nevyhledává (2 osoby). Vždy je klientovi předán kontakt k nám na nutriční stacionář, kde jsme ale omezení pracovní dobou, a kontakt na sebe předává klientovi i vždy jeden z našich lékařů. Klienti mohou také v nočních hodinách v případě výskytu komplikací volat na jednotku intenzivní péče, kde ale personálu chybí informace o používání mobilních pump. Dotyční nejsou ani školeni v této problematice. Proto klienti upřednostňují volání právě na soukromá mobilní čísla lékařů.

Obrázek 55– *společné setkávání s ostatními klienty*. Zájem o možnost společného setkávání s ostatními klienty má 39,5 % klientů (17 osob). 53,5 % klientů zájem o setkávání nemá (23 osob). V rámci jiných odpovědí se objevovaly možnosti kontaktu přes sociální sítě. U odpovědi „Ne“ jsou často dodatky, že se již setkávají, a to v čekárně nutričního stacionáře. 7,0 % respondentů odpověď nevedlo (3 osoby).

Obrázek 56– *co byste ještě uvítal/a či změnil/a v rámci edukace?* Poslední otázka se týká toho, jaké další změny by klienti uvítali. Jedná se o otázku s vlastními návrhy. 86,0 % klientů žádné další změny nenavrhují (37 osob), dále se jedná pouze o jednotlivé odpovědi, kdy by 2,3 % klientů (1 osoba) uvítala DVD a videa na doma, instruktážní videa, manuál, jak lépe zvládnout sám připojení a napojení. 1 klient by uvítal podrobnější vysvětlení toho, co je potřeba objednat z lékového vybavení (a počet kusů na měsíc). 1 respondent pak uvádí, že Jihočeský kraj nemá specializované sestry z domácí péče.

3.7.2 *Diskuze vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám*

Hypotéza č. 1: Lze se domnívat, že, potřeba setkávat se s jinými klienty nezávisí na bydlišti klientů.

H01: Neexistuje statisticky významná závislost mezi potřebou setkávat se i s jinými klienty a bydlištěm.

HA1: Existuje závislost mezi potřebou setkávat se i s jinými klienty a bydlištěm.

Ve vztahu k první hypotéze, kdy jsem porovnávala potřebu setkávat se s jinými klienty, převažuje odpověď ne, a to nezávisle na místě bydliště. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že mnoho klientů raději sdílí problémy ohledně svého zdravotního stavu se svými blízkými. Tato domněnka je podpořena i tím že během kontrol jsou klienti doprovázeni svými blízkými, kteří se velmi aktivně zajímají o jejich zdravotních stav.

V České republice existuje spolek Život bez střeva, která sdružuje tyto pacienty. Bohužel klienti o něm vůbec nevědí a ani spolupráce mezi námi jako pracovištěm nefunguje. Proto jsem kontaktovala jejich zřizovatele ohledně navázání spolupráce a předání informací o jejich působení našim klientům.

Jejich působnost je v Praze a v ostatních regionech podobný spolek nefunguje. Proto se domnívám, že zájem o setkávání se s jinými klienty je tak nízký. Už tak je dojíždění na pravidelné kontroly pro mnoho klientů náročné.

Pokusíme se společně s tímto spolkem alespoň o komunikaci mezi klienty přes sociální síť a možnosti zasílání dotazů.

Hypotéza č. 2: Lze se domnívat, že informovanost ohledně možnosti péče sester z agentur domácí péče nezávisí na pohlaví.

H02: Neexistuje statisticky významná závislost mezi informovaností o možnosti péče sester z agentur domácí péče a pohlavím.

HA2: Existuje statisticky významná závislost mezi informovaností o možnosti péče sester z agentur domácí péče a pohlavím.

Ve vztahu ke druhé hypotéze, kdy jsem porovnávala informovanost ohledně možnosti péče sester z agentur domácí péče nezávisle na pohlaví, mají mírně vyšší míru informovanosti ženy (58,6 %) oproti mužům (57,1 %). Rozdíly však nejsou statisticky významné.

Domnívám se, že tento rozdíl je podpořen celkovým smýšlením společnosti, která stále považuje ženu za hlavní osobu v rodině, která vždy přebírá hlavní roli v péči o nemocného člena rodiny. Také je to dáno tím, že se klient zajímá o tuto službu až v momentě, kdy ji potřebuje sám nebo někdo z jeho blízkých.

Většinou ji využívají klienti při propuštění z nemocniční péče, pokud potřebují následnou domácí péči. Také je využívána rodinami klientů, u kterých došlo ke zhoršení zdravotního stavu.

Hypotéza č. 3: Lze se domnívat, že potřeba znát jméno sestry nezávisí na vzdělání.

H03: Neexistuje závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.

HA3: Existuje závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.

Ve vztahu ke třetí hypotéze, kdy jsem porovnávala potřebu znát jméno sestry nezávisle na vzdělání, jsou mezi daty určité rozdíly a například u osob se základním vzděláním je požadavek na jméno pouze v 50 % případů, zatímco u vysokoškolsky vzdělaných pacientů je to 80 %. Nicméně na základě Fischerova modifikovaného exaktního testu (p -hodnota = 0,953) testovanou hypotézu H03 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. Neexistuje tedy závislost mezi potřebou znát jméno sestry a vzděláním.

Během edukace navazujeme s klientem určitou vazbu a stáváme se součástí procesu, která významně mění jeho životní situaci. Spoléhá se na to, že to, co jej učíme, je správné a nijak ho to nemůže ohrozit. Jelikož je velmi důležité, aby nám pacient věřil a navázali jsme s ním důvěrný kontakt, domnívám se, že představení se je základní součástí komunikace. A to vždy bez ohledu na jeho vzdělání, věk či pohlaví.

Hypotéza č. 4: Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na pohlaví.

H04: Neexistuje závislost, mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a pohlavím.

HA4: Existuje závislost mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a pohlavím.

Ve vztahu ke čtvrté hypotéze, kdy jsem porovnávala, zda bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na pohlaví, bylo dané častěji vysvětleno ženám. Ženy totiž zaregistrovaly vysvětlování volnočasových aktivit v 78,6 % případů, zatímco muži pouze v 58,6 % případů. I když jsou mezi muži a ženami určité rozdíly, nejsou tyto rozdíly dostatečně statisticky významné.

Vysvětlení, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou pacienti nadále provozovat, nezávisí tedy na pohlaví. Klientům vysvětlujeme, jaké aktivity mohou vykonávat v závislosti na jejich zdravotním stavu, věku a jejich zájmech.

Hypotéza č. 5: Lze se domnívat, že bylo klientům srozumitelně vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat nezávisle na bydlišti.

H05: Neexistuje závislost, mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a bydlištěm.

HA5: Existuje závislost, mezi tím, zda bylo klientům vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a bydlištěm.

Ve vztahu k páté hypotéze, kdy jsme porovnávali, jaké sportovní a volnočasové aktivity mohou i s dlouhodobým invazivním vstupem i nadále provozovat, a to nezávisle na bydlišti, jsou mezi skupinami určité rozdíly, opět se ale nejedná o statisticky významné rozdíly.

Tedy neexistuje závislost mezi vysvětlením, které sportovní aktivity je vhodné i nadále provozovat, a bydlištěm.

Klientům jsou vždy možnosti volnočasových aktivit vysvětlovány na základě jejich zdravotního stavu, fyzických možností a potřeb. Samozřejmě, pokud se zdravotní

stavlepší, může se i fyzická aktivita navyšovat – také chuť klientů vykonávat aktivity se zvyšuje.

3.7.3 Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií

Práce na téma edukace v oblasti domácí parenterální výživy nejsou časté. Pokud ano, lze v nich najít výrazné rozdíly, co se týká otázek dotazníkového šetření. Vybrala jsem práci zabývající se stejnou tematikou, avšak z jiného pohledu, než jsem zvolila já.

Práci zabývající se stejnou tematikou je bakalářská práce Věry Uhlířové. Jak tato práce, tak i ty ostatní se spíše zabývají edukačním procesem jednotlivých klientů v oblasti napojování a odpojování.

Jelikož ne každý klient je schopen toto zvládnout, zaměřila jsem se na oblasti edukace, kterými projde každý klient někdy i společně s rodinným příslušníkem. Přesto lze v práci Uhlířové nalézt podobné otázky v rámci šetření, jako v mé práci. Avšak rozdílem je způsob získání dat. Uhlířová ve své práci použila polostandardizovaný rozhovor a přímé pozorování.

Vedla 7 rozhovorů a pozorování u stejných klientů. Otázky, které jsou stejné či podobné, jsem tedy použila ke komparaci vlastního šetření a její práce.

Otázka, která je stejná, je ta týkající se *pohlaví klientů*. V její práci to je 5 mužů a 2 ženy. V mé práci převažují ženy, a to v poměru 67,4 % (29 osob) ku 32,6 % mužů (14 osob).

Další otázka, která je stejná jak v práci kolegyně, tak i v mé, je otázka týkající se *typu vstupu*. V práci Věry Uhlířové má Broviac katétr 6 klientů, 1 klient má port katétr.

V mé práci nejčastěji klienti uvádějí Broviac katétr, 58,1 % (25 osob), 2,3 % klientů uvádí kombinaci Broviac katétru s port katétrem (1 osoba). Port katétr má zavedeno 27,9 % klientů (12 osob). 11,6 % klientů má PICC katétr (5 osob). Nikdo z respondentů neuvedl, že by měl CICC anebo jiný dlouhodobý vstup.

Určitou podobnost lze nalézt v otázce, kdy klienti měli uvést oblasti, které v edukaci postrádají či které by chtěli doplnit.

V práci Věry Uhlířové klienti uvedli ve 4 odpovědích, že žádné, v jednom případě možnosti různých druhů krytí a velikostí, v dalším případě klient uvedl chybějící informace ohledně možných komplikací a v posledním případě klient uvedl, že postrádá návod pro přípravu různých druhů vaků.

V dotazu, který jsem položila klientům ohledně *návrhů změn a chybějících informací*, 37 klientů nenavrhlo žádné změny, 3 klienti uvedli, že by uvítali instruktážní

videa, 1 klient uvedl, že Jihočeský kraj nemá v rámci domácí péče dostatečně proškolené sestry, které by vládly péči v připojování a odpojování parenterální výživy na katétr a jeho převaz, další klient uvedl, že by uvítal podrobnější návod ohledně objednávání materiálu, uvedení přesného počtu jednotlivých položek na 1 měsíc. Jeden klient uvedl, že by uvítal pokyny, jak sám zvládnout připojení a odpojení (manuál).

Pokud porovná práci kolegyně a moji, vždy se najdou návrhy, jak vylepšit edukační proces, protokol i materiály.

Další podobnost lze nalézt v tématu *Činnosti, se kterými měli pacienti největší potíže*. V její práci 4 klienti na tematický dotaz odpověděli, že neměli potíže žádné, 1 klient měl potíže s materiálem, který mu přišel domů a dotyčný nebyl schopen jednotlivé položky rozpoznat, protože jednotlivé položky byly podobné těm, které používal v nemocnici. Nevěděl si rady, jak s materiálem naložit. Uvítal by seznam pomůcek.

Pokud porovná péči o klienty na domácí parenterální výživě v České republice a například v Evropě, v Evropě je tato péče propracovanější a klienti mají k dispozici více informací.

Například v Belgii existuje webová stránka *Domácí parenterální výživa* (home-nutritional-care.com). Tato webová stránka poskytuje informace o nutriční péči poskytované doma, zejména pak o domácí parenterální výživě.

Na této webové stránce se mohou klienti dozvědět více o domácí parenterální výživě: co to je, kdo ji dostane a proč, jak to funguje a jaké jsou výhody a rizika. Prostřednictvím interaktivní mapy mohou klienti také vyhledat místní podpůrnou organizaci.

Dále si mohou poslechnout rozhovory ostatních klientů, jak jim domácí parenterální výživa pomohla v jejich každodenním životě. Klienti tam mohou nalézt i odkazy na pacientské organizace.

Také ve Velké Británii celostátně působí podpůrná skupina – „PINNT“. Na stránkách této organizace mohou klienti nalézt mnoho rad ohledně cestování, setkávání se s dalšími klienty. Jejich cílem je nabídnout podporu, empatii klientům, kteří doma vyžadují umělou výživu.

Také nabízejí vzdělávání v této oblasti. Představují život na DPV z pohledu pacientů, rodiny, sester z domácí péče. Využití těchto informací slouží ke zlepšení služeb, myšlenek a vnímání ohledně DPV.

Poskytují informační zdroje ohledně spolupráce s profesionálními organizacemi, výrobci pomůcek a materiálů, poskytovateli služeb, aby poskytli náhled do zlepšování a rozvoje služeb, produktů a informací.

Například ve Spojených státech amerických existuje již 40 let nadace *Oley Foundation*. Jejím posláním je podporovat klienty, kteří žijí na DPV. Stránky této nadace jsou velmi rozsáhlé a odkazují na mnoho oblastí v této problematice.

V těchto státech péče o klienty na DPV je mnohem propracovanější, klienti jsou informovanější a mají i více možností, kde tyto informace nalézt.

Edukace před propuštěním je podobná jako u nás, i když jsou více zapojováni členové rodiny nemocného. Ošetřující tým přímo pečující o tyto klienty se zpravidla skládá z lékaře, speciálně vyškolených sester, nutričního a sociálního pracovníka. Co se týká objednávání materiálu, jsou klienti pro prvních 14 dnů vybaveni stejně jako u nás, dále si materiál objednávají telefonicky na dalších 14 dnů. V nemocnicích na těchto specializovaných pracovištích mají speciální call centra, kam mohou klienti kdykoliv zavolat, 24 hodin denně. Například ohledně konzultace nebo právě ohledně objednání materiálu. Toto u nás chybí.

Velmi důležitá společnost zabývající se výživou je ESPEN – Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus. Zabývá se celou škálou výživy u různých onemocnění, vydává doporučení, podporuje výzkum a vzdělávání v této oblasti. Poslední směrnice, kterou ESPEN vydala ohledně DPV, je z roku 2020. Tato směrnice má informovat lékaře, zdravotní sestry, dietology, lékárníky a osoby pečující o klienty na DPV. Doporučuje vhodné a bezpečné poskytování DPV.

Tento pokyn bude také informovat pacienty vyžadující DPV. Směrnice vychází z dříve publikovaných pokynů a poskytuje aktualizaci aktuálních důkazů a expertů. Skládá se ze 71 doporučení, která se zabývají indikacemi pro DPV a vhodnými centrálními žilními přístupy.

Česká republika je také členem. Je zastoupena společností SKVIMP – Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče. Je to odborná společnost dobrovolně sdružující lékaře různých specializací, farmaceuty, zdravotní sestry, nutriční terapeutky a ostatní pracovníky ve zdravotnictví a příbuzných oborech se zájmem o klinickou výživu a metabolismus. Bohužel není určena pro klienty.

V České republice existuje jediná společnost pro klienty na DPV – Život bez střeva. Jde o členské sdružení, které má za cíl výměnu informací a praktických zkušeností při společných setkáních pacientů a lékařů, má pomoci klientům na DPV v otázkách

sociální pomoci. Mohou si zde přečíst informace o nemoci, pomůckách. Toto sdružení je zpoplatněno ročním poplatkem. Lze říci je vše je teprve v začátcích, ale na základě našich schůzek se budeme snažit o zviditelnění této společnosti a aktualizaci videí a novinek na trhu.

ZÁVĚR

V předložené bakalářské práci je dotazníkové šetření mnohem obsáhlejší a jde více do detailů než ostatní práce. Otázky byly záměrně vybrány a položeny tak, abychom mohli na základě výsledků vypracovat nové postupy, seznamy pomůcek a informační brožury. Zabývám se problematikou, jako je objednávání léků a materiálu, obsluha pumpy, péče o vstup během osobní hygieny, možnost volnočasových aktivit a likvidace odpadu. To v ostatních pracích, které jsem vyhledala, chybí. Proto bylo těžké najít práci, která by se zabývala podobným výzkumem, jako je tomu v mé práci.

Všechny oblasti edukace jsou velmi zásadní pro fungování domácí parenterální výživy. V dotazníkovém šetření vyšlo najevo, že mnoho klientů by ocenilo videa s postupy téměř ve všech oblastech.

Jelikož požadavek na vytvoření videí se objevuje téměř v každé oblasti, oslovila jsem PR oddělení nemocnice, zda by bylo možné za jejich pomoci videa natočit. Dle jeho vyjádření je nejprve nutné požádat vedení kliniky i nemocnice o souhlas. Je třeba mít připraveny scénáře k jednotlivým oblastem a poté videa s námi natočí. Videi budou obsahovat všechny oblasti edukace. Momentálně se práce na scénářích k jednotlivým položkám nikam neposunula, a to z důvodu zavádění nových postupů při odpojování a napojování, kdy není shoda mezi mnou a vedoucí sestrou na podobě těchto scénářů. Roli hraje i to že nová vedoucí sestra, která nastoupila v lednu, a je momentálně dlouhodobě nepřítomna z důvodu pobytu v lázeňském zařízení. Trvá na tom, že všem novým postupům, natočení videi i vypracování edukační brožury a protokolu se budeme věnovat až po jejím návratu. Taktéž na tomto postupu trvá i vrchní sestra. Jediné, co se mi podařilo vytvořit je pracovní verze edukačního plánu a záznamu, jenže tento plán a záznam nelze zatím použít v praxi. Tedy cíle 5,6 a 7 jsem z výše uvedených důvodů nemohla splnit. Zatím vše zapisujeme do elektronické karty klientů, což je pro nás v současné době nejjednodušší a nejrychlejší postup – a mají k němu přístup všichni zdravotníci, kteří mohou nahlížet do klientovy dokumentace.

Tyto nové postupy se prozatím týkají nových klientů, kteří se budou odpojovat a napojovat sami bez pomoci sester domácí péče. Čeká nás dlouhý a náročný proces, než budou tyto nové postupy vypracovány a uvedeny do praxe. To se týká i sester ADP. Tyto pomůcky mnohem více chrání vstup, a to například bezjehlový ventil, který je kompatibilní s tuky a lze jej měnit po 7 dnech. Tím se snižuje riziko každodenního přímého přístupu do vstupů a minimalizuje se tím riziko vzniku infekce.

Tento ventil také kryjeme SwabCapem, který pomáhá chránit bezjehlové ventily před infekcí patogenními mikroorganismy. Poskytuje tak lépe chráněný vstup pomocí pasivní dezinfekce.

Totíž při našroubování sterilního uzávěru na ventil dojde ke stlačení houbičky a 70% izopropylalkohol působí na povrch ventilu i závit (SwabCap, B. Braun, Česká republika). Během 5 minut po nasazení uzávěru tak dojde k usmrcení téměř všech patogenních mikroorganismů.

Ohledně likvidace odpadů vyšla nová vyhláška vytvořená vedením nemocnice a k tomu i edukační materiál, takže v této oblasti jsou již klienti plně informováni.

Také jsem na základě dotazníkového šetření, což bylo mým záměrem, zjistila, že by klienti ocenili více soukromí během edukace. Bohužel naše oddělení disponuje velmi malými prostory a prozatím není volná místnost, kde by edukace mohly probíhat. Doufám, že výsledky mé práce, které chci představit jak vedení oddělení, tak i vedení kliniky, přinesou potřebné změny a dostane se nám i potřebné podpory, jelikož patříme počtem klientů na DPV mezi největší parenterální centrum v České republice.

Během hledání informací ohledně DPV jsem také získala potřebné kontakty na osoby zabývající se touto problematikou – na zakladatele spolku Život bez střeva i na ostatní centra zabývající se stejnou problematikou. I když každé centrum má svoje vlastní postupy, používají jiné pomůcky i podoba edukace je rozdílná, je spolupráce velmi důležitá. Vyměňujeme si nové poznatky, konzultujeme různé problémy, doporučujeme si nové pomůcky a postřehy z praxe.

Našla jsem také dost zajímavých odkazů, ve kterých jsem našla mnoho informací ohledně péče o klienty na DPV, které se snažím využít v praxi a předávat je i mým kolegyním. Nejvíce pak v oblasti provádění hygieny a ochrany vstupu během ní.

Edukační brožuru mám pouze rozpracovanou. Moje představa je taková, že bude obsahovat vše co máme na jednotlivých blanketech včetně fotografií i s odkazy na různé internetové stránky, kde mohou klienti najít mnoho dalších informací. I tady čekám na návrat vedoucí sestry.

Výsledky dotazníkového šetření splnily vše to, co jsem potřebovala zjistit pro zkvalitnění péče o naše klienty.

Naše klienty čeká mnoho životních změn, musejí si zcela navyknout na jiný styl života a zároveň jim chceme ukázat, že to, co měli doposud rádi, nemusejí nutně přestat dělat. Jen je potřeba tyto činnosti přizpůsobit jejich současnému stavu.

Naštěstí v dnešní době jsou plně k dispozici mobilní pumpy, batohy a pomůcky, které jim usnadní žít plnohodnotný život. Chceme jim dát pocit, že nám můžou věřit, rozumíme jejich potřebám a obavám, že jsme tu kdykoliv pro ně a jsme profesionálové v této oblasti. Neboť vše, co děláme, děláme pro naše klienty, aby se cítili v bezpečí, měli dostatek informací a mohli jsme jim být plně nápomocní při jejich velké změně v jejich životech.

REFERENČNÍ SEZNAM

American Society For Parenteral And Eterna (2001). *Nutrition Support Practice Manual*. Kendall Hunt. ISBN 9780787290382.

BOZZETTI, Federico (2006). *Home Parenteral Nutrition*. UK: Cabi. ISBN 978-1-84593-156-9.

DEGAVI, Girish (2021). *Total Parenteral Nutrition*. LAP LAMBERT Academic Publishing. ISBN 9786204213842.

DUGGAN P., Christopher, Kathleen M. GURA a Tom JAKSIC (2011). *Clinical Management of Intestinal Failure*. Ilustrované vydání. CRC Press. ISBN 9781439813911.

EMERSON, Tod S. (2014). ed. *New Developments in Nursing Education Research*. ISBN 978-1-63463-114-3.

GURKOVÁ, Elena (2017). *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses*. USA: THIEME MEDICAL PUBL. eISBN 978-1-62623-930-2.

CHARVÁT, Jiří (2016). *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5621-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

KLUG-REDMAN, Barbara (1998). *Measurement Tools in Patient Education*. Michiganská univerzita: Springer Publishing Company. ISBN 9780826198600.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA (2019). *Enterální a parenterální výživa*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5009-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

LADWIG, Gail B. a Betty J. ACKLEY (2021). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis, 6th Edition Revised Reprint with 2021-2023 NANDA-I®*. ISBN 9780323875110.

LUKÁŠ, Karel (2005). *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 80-247-1283-0.

PLEVOVÁ, Ilona a Renáta ZOUBKOVÁ (2021). *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9.

POLICAR, Radek (2010). *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.

REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN (2017). *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí: překlad 2., aktualizovaného vydání*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0217-4.

ROVINSKI-WAGNER, Christine a Deborah K. ZASTOCKI (2000). *Home Care: Patient and Family Instructions. 2*, ilustrované vydání. Michiganská univerzita: W.B. Saunders. ISBN 9780721684420.

RHINEHAR, Emily a Mary M. FRIEDMAN (1999). *Infection Control in Home Care*. 1998. Jones & Bartlett Learning. ISBN 9780834211438.

SHANA, Lelio (2014). *Parenteral Nutrition*. Nova Science Publishers. ISBN 9781439813911.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela (2012). *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ (2015). *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

ZADÁK, Zdeněk (2008). *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozšířené. a aktualizované. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZASTOCKI K., Deborah a Christine ROVINSKI-WAGNER (2008). *Home Care: Patient and Family Instructions*. 2, ilustrované vydání. Michiganská univerzita: W. B. Saunders. ISBN 9780721684420.

Elektronické zdroje

JANŮ, Michal a Ruta MASTEIKOVÁ (2009). Historie parenterální výživy. *Praktické lékařství*, **2009**(5), s. 97–98.

Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2009/02/11.pdf>.

KHOLOVÁ, Petra (2012). Parenterální výživa. *Florence*, **2012**(3), s. 1–4. ISSN 1801–464X.

KOTRLÍKOVÁ, Eva a Jaromír KŘEMEN (2008). Domácí parenterální výživa. *Interní medicína pro praxi*, **10**(2), s. 76–79.

Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200802-0008_Domaci_parenteralni_vyziva.php

ŠENKYŘÍK, Michal (2015). Domácí nutriční péče v České republice. *Vnitřní lékařství*, **61**(7–8), s. 691–694. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201507-0019_home-nutrition-care-in-the-czech-republic.php.

TOMOVÁ, Šárka (2017). *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 1. Praha: Univerzita Karlova, Ústřední knihovna. ISBN 978-8088176-12-1.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Položka 1. Pohlaví	40
Položka 2. Věk	40
Položka 3. Vzdělání	41
Položka 4. Sdílení domácnosti	42
Položka 5. Bydliště	42
Položka 6. Důvody indikace	43
Položka 7. Typ invazivního vstupu	44
Položka 8. Typ výživy	45
Položka 9. Srozumitelnost objednávání materiálu	46
Položka 10. Komplikovanost způsobu objednávání	47
Položka 11. Preferování i jiné formy objednání	47
Položka 12. Návrat k položkám – objednávání materiálu	48
Položka 13. Hodnocení edukačních materiálů – objednávání materiálu	48
Položka 14. Srozumitelnost objednávání léčivých přípravků	49
Položka 15. Komplikovanost objednávání léčivých přípravků elektronickou poštou	50
Položka 16. Preferovaný způsob objednávání – léčivé přípravky (vlastní zpracování)	50
Položka 17. Návrat k položkám – léčivé přípravky	51
Položka 18. Hodnocení edukačních materiálů – objednávání léčivých přípravků	51
Položka 19. Srozumitelnost obsluhy pumpy	52
Položka 20. Opakování dovednosti – obsluha pumpy	52
Položka 21. Hodnocení edukačních materiálů – obsluha pumpy	53
Položka 22. Další edukační materiál na obsluhu pumpy	53
Položka 23. Uložení vaku a pumpy do batohu	54
Položka 24. Opakování dovednosti – uložení vaku a pumpy do batohu	54
Položka 25. Hodnocení edukačních materiálů – uložení vaku a pumpy do batohu	55
Položka 26. Další edukační materiál – uložení vaku a pumpy do batohu	55
Položka 27. Srozumitelnost používání batohu v domácím prostředí	56
Položka 28. Opakování dovednosti – používání batohu v domácnosti	56
Položka 29. Hodnocení edukačních materiálů	57
Položka 30. Další formy edukace – používání batohu v domácím prostředí	57
Položka 31. Srozumitelnost likvidace odpadu	58
Položka 32. Opakování informací – likvidace odpadu a ostrých předmětů	58

Položka 33. Dostatečnost edukačních materiálů k likvidaci odpadu a ostrých předmětů	59
Položka 34: Další formy edukačních materiálů – likvidace odpadu a ostrých předmětů	59
Položka 35. Způsob zbavování se odpadu	60
Položka 36. Jiné možnosti likvidace odpadu	60
Položka 37. Jiný způsob likvidace odpadu, který by vyhovoval klientům.....	61
Položka 38. Sportovní a volnočasové aktivity	61
Položka 39. Zájem o informace o sportovních a volnočasových aktivitách.....	62
Položka 40. Jiný způsob získání informací o sportovních a volnočasových aktivitách .	62
Položka 41. Informace o provádění osobní hygieny.....	63
Položka 42. Zájem o informace ohledně osobní hygieny.....	63
Položka 43. Ochrana vstupu během sprchování či koupele.....	64
Položka 44. Informace o zavedení invazivního vstupu	64
Položka 45. Informace o domácí parenterální výživě.....	65
Položka 46. Zájem o informace ADP	65
Položka 47. Informovanost o ADP	66
Položka 48. Představení sestry před edukací	66
Položka 49. Důležitost znalosti jména sestry.....	67
Položka 50. Popis postupu edukace	67
Položka 51. Místo edukace	68
Položka 52. Zájem o soukromí	68
Položka 53. Využívání závozu sanitním vozem	69
Položka 54. Přítomnost lékaře či sestry na telefonu	70
Položka 55. Společné setkávání s ostatními klienty	71
Položka 56. Co byste ještě uvítal/a či změnil/a v rámci edukace?	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Zájem o setkávání podle bydliště (vlastní zpracování).....	73
Tabulka 2. Informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče podle pohlaví (vlastní zpracování).....	74
Tabulka 3. Důležitost znát jméno sestry podle vzdělání (vlastní zpracování).....	75
Tabulka 4. Vysvětlení volnočasových aktivit podle pohlaví (vlastní zpracování)	76
Tabulka 5. Vysvětlení sportovních aktivit podle bydliště (vlastní zpracování)	77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Edukační plán (vlastní zpracování)	105
Příloha 2: Edukační záznam	106
Příloha 3: žádost o dotazníkovou akci	107
Příloha 4: Souhlas etické komise	108
Příloha 5: Dotazník	110

PŘÍLOHY

Příloha 1. Edukační plán (vlastní zpracování)

ŠTÍTEK PACIENTA		AA:	
ODDĚLENÍ:		INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ :	
PLÁNOVANÝ VSTUP :			
<input type="checkbox"/> BROVIAC	<input type="checkbox"/> PHK	<input type="checkbox"/> LHĚ	<input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> CICC <input type="checkbox"/> JINÉ..... <input type="checkbox"/>
PLÁN EDUKACE:			
<input type="checkbox"/> OBJEDNÁVÁNÍ MATERIÁLU + LÉKŮ <input type="checkbox"/> OBSLUHA INFUZNÍ PUMPY <input type="checkbox"/> ULOŽENÍ VAKU + PUMPY DO BATOHU <input type="checkbox"/> NAPOJENÍ + ODPOJENÍ VAKU <input type="checkbox"/> PŘEVAZ KATÉTRU <input type="checkbox"/> JINÉ.....			
VÝŽIVA :			
<input type="checkbox"/> AOI	<input type="checkbox"/> FIRE	<input type="checkbox"/> HYDRATAC	<input type="checkbox"/> JINÉ..... <input type="checkbox"/>
PUMPA :			
<input type="checkbox"/> AMBIX	<input type="checkbox"/> MICREL	<input type="checkbox"/> EXDROD (infuzní set)	<input type="checkbox"/> OPTIJA <input type="checkbox"/> JINÉ ... <input type="checkbox"/>
PÉČE :			
<input type="checkbox"/> AD	<input type="checkbox"/> SÁM/SAMA	<input type="checkbox"/> RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK.....	
KONTAKT :			
KONTAKT NA DOMÁCÍ AGENTURU:			
.....			
.....			
SVOZ :			
<input type="checkbox"/> SANITOU	<input type="checkbox"/> PONDĚLÍ	<input type="checkbox"/> SÁM/SAMA <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ČTVRTEK <input type="checkbox"/>			
ZÁTKA :			
<input type="checkbox"/> TAUROLOC HEP	<input type="checkbox"/> TAUROSEPT	<input type="checkbox"/> HEPAR	<input type="checkbox"/> JINÁ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TAUROLOC	<input type="checkbox"/> NEM		

POZNÁMKY:

.....

PODPIS SESTRY :

Příloha 2: Edukační záznam

EDUKAČNÍ JEDNOTKA	1.OBJEDNÁVÁNÍ LÉKŮ+MATERIÁLU 2.SEZNAM POMŮCEK + LÉKŮ 3.USKLADNĚNÍ VAKŮ 4.OBSLUHA PUMPY 5.ULOŽENÍ VAKU+PUMPY DO BATOHU 6.HYGIENA+DEZINFEKCE RUKOU 7.APLIKACE LÉKŮ DO VAKU 8.NASETOVÁNÍ VAKU 9.ZALOŽENÍ SETU DO PUMPY 10.POMŮCKY NA NAPOJENÍ 11.POMŮCKY NA ODPOJENÍ 12.DEZINFEKCE PLOCHY	13.NAPOJENÍ 14.ODPOJENÍ 15.PŘEVAZ VSTUPU 16.ZAVEDENÍ PORTOVÉ JEHLY 17.VYTAŽENÍ PORTOVÉ JEHLY 18.APLIKACE ANTISEPTICKÉ,HEPARINOVÉ ZÁTKY 19.LIKVIDACE ODPADU+OSTRÝCH PŘEDMĚTŮ 20.OCHRANNA VSTUPU PŘI HYGIENĚ 21.VOLNOČASOVÉ AKTIVITY 22.KOMPLIKACE DPV 23.ZNÁMKY INFEKCE 24.ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ
EDUKAČNÍ PROSTŘEDKY	A – ústně C – ukázka B – písemně D – nácvik	Hodnocení : 1 - pochopil, prokazuje dovednosti 3 - zvládá částečně, nutno zopakovat určité činnosti (slovní specifikace) 5 - nezvládá, nepochopil
EDUKOVANÝ	P – PACIENT RP – RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK J – JINÝ	
POZNÁMKY	PODPIS SESTRY : PODPIS EDUKOVANÉHO :

Příloha 3: žádost o dotazníkovou akci

Etická komise

Všeobecná fakultní nemocnice

U Nemocnice 499/2

Praha 2

128 08

Věc: žádost o povolení distribuce dotazníků v rámci bakalářské práce, klientům v programu domácí parenterální výživy a získání dat z nestandardizovaného dotazníkového šetření.

Žádám členy Etické komise o povolení distribuce dotazníků a následné získání dat z nestandardizovaného dotazníkového šetření, v rámci mé bakalářské práce na téma „Kvalita edukace klientů v programu domácí parenterální výživy“.

Jsem studentkou 2.LF UK v Praze, obor Všeobecné ošetřovatelství.

Cílem je získání zpětné vazby od klientů, kteří již byli edukováni v programu domácí parenterální výživy, a následné statistické zpracování dat. Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření bude moci být vytvořen edukační protokol obsahující všechny fáze edukačního procesu. Toto nám umožní zkvalitnit edukaci klientů v programu domácí parenterální výživy a následné vedení edukace dle edukačního plánu na základě zjištěných osobních potřeb klienta.

Výsledky dotazníkového šetření budou pouze součástí mé bakalářské práce. Klienti, kteří dotazník vyplní jej budou odevzdávat v uzavřené obálce, o tomto budou předem řádně poučeni, tak aby data nemohla být použita mimo mou bakalářskou práci a výlučně do mých rukou eventuelně do rukou pověřené a poučené osoby. Součástí dotazníků nejsou žádná data, odhalující identifikaci klientů. Účast klientů je samozřejmě dobrovolná.

Velmi děkuji za kladné vyhovění mé žádosti.

V Praze dne 16.5.2022

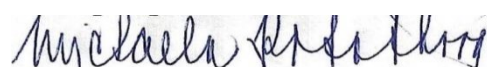
Michaela Kotátková

Všeobecná sestra

IV. Interní klinika Nutriční stacionář, 224962385

U Nemocnice 2

Praha 2, 120 00



Příloha 4: Souhlas etické komise



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní
 Michaela Kořátková
 Nutriční stacionář – IV. Interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze
 U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

16.6.2022
 č.j.: 91/22 S-IV

Vážená paní Kořátková,
 Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 16.6.2022 Vámi předložený individuální výzkum č.j. 91/22 S-IV – bakalářskou práci.

Název studie/Title of CT: Kvalita edukace klientů v programu domácí parenterální výživy.

Žadatel/Applicant: Michaela Kořátková, IV. Interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ *Time schedule for submission of the written Annual Report:*
 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/Other:
 Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /*Reimbursement of costs related to assessment of the EC:*
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 19.5.2022

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 16.6.2022 (15:30 – 17:40 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

<i>Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího</i> <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	<i>Místní EK</i> <i>Local EC</i>	<i>Adresa místní EK</i> <i>Address</i>
Michaela Kořátková, Nutriční stacionář - IV. Interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

<i>Název dokumentu, verze, datum</i> <i>Document title, version, date</i>	<i>Schváleno / Approved</i>		<i>Na vědomí / Taken into account</i>	
	<i>ANO</i> <i>Yes</i>	<i>NE</i> <i>No</i>	<i>ANO</i> <i>Yes</i>	<i>NE</i> <i>No</i>
Průvodní dopis, 16.5.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Víceúčelový formulář EK VFN, 17.5.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci, 17.5.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumného projektu s podpisem přednosty kliniky, 16.5.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Doručeno			
Životopis hlavní zkoušející: Michaela Kořátková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / *EC issues*

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion**
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné stanovisko** k provedení individuálního výzkumu v Nutričním stacionáři na IV. Interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
 PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.
 PharmDr.
 Zbyněk
 Sklenář, Ph.D.
 Datum: 2022.06.22
 15:10:41 +02'00'



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrlová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Zuzana Kandová	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Patrik Kuffa	M/M	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 16.6.2022

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

Příloha 5: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Koťátková, pracuji na IV. Interní klinice – Nutričním stacionáři a zároveň studuji na 2. lékařské fakultě UK obor Všeobecné ošetřovatelství. V rámci své bakalářské práce se chci zaměřit na edukaci v domácí parenterální výživě, kterou jste již sami absolvovali. Proto bych Vás chtěla požádat o pomoc ohledně zkvalitňování této problematiky.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který Vám zabere maximálně 15 minut.

Dotazník je rozdělen pro přehlednost do třech částí.

Jeho vyhodnocení je čistě anonymní. Výsledky dotazníku budou použity pro zpracování mé bakalářské práce nebo prezentace naší práce v odborných kruzích.

Prosím buďte maximálně upřímní a pokud budete chtít, můžete se na konci dotazníku sami vyjádřit. Budete mi tím velmi nápomocní. V případě jakýchkoliv dotazů, mě neváhejte kontaktovat.

Vyplněný dotazník, můžete ponechat v obálce na nutričním stacionáři, nutriční ambulanci či poslat na email, který je uvedený pod dotazníkem.

Velmi Vám děkuji

Michaela Koťátková

Část A (obecná část):**1) Pohlaví**

- Žena
- Muž

2) Uveďte prosím rámcově Váš věk.

- 20–30
- 30–40
- 40–50
- 50–60
- 60–70
- 70 a více

3) Jaké je Vaše vzdělání?

- Základní
- Stále studuji (jaký typ školy?)
- Vyučena/a
- Střední všeobecné
- Střední odborné
- Vysokoškolské

4) S kým sdílíte domácnost?

- Manžel/manželka
- Partner/partnerka
- Rodiče
- Děti
- Sám/sama
- Jiné.....

5) Uveďte prosím kraj, ve kterém bydlíte.

- Praha
- Jiný kraj (prosím uveďte):

6) Z důvodu, jakého onemocnění byla indikována domácí parenterální výživa?

- Onkologické onemocnění
- Syndrom krátkého střeva
- Crohnova choroba
- Ulcerózní kolitida
- Jiné.....

7) Jaký invazivní vstup Vám byl zaveden?

- Broviac katetr
- PICC katetr
- Port
- CICC
- Jiné.....

8) Jaký typ výživy Vám byl naordinován?

- All-in one (individuální vaky)
- Firemní vaky
- Hydratace
- Ostatní.....

Část B: Vaše hodnocení edukace v konkrétních oblastech:



Objednávání materiálu.

- 1) Jsou informace ohledně objednávání materiálu srozumitelné?
 - Ano
 - Ne
- 2) Je způsob objednávání elektronickou poštou pro Vás komplikovaný?
 - Ano
 - Ne
- 3) Preferovali byste i jinou formu způsobu objednávání?
 - Ano (uveďte, jakou formou)
 - Ne
- 4) Ke které z těchto oblastí jste se musel/a opakovaně vracet?
 - Způsob objednávání (elektronickou poštou).
 - Počet a seznam pomůcek.
 - Žádné
 - Jiné.....
- 5) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?
 - Ano
 - Ne



Objednávání léčivých přípravků.

- 1) Jsou informace ohledně objednávání léčivých přípravků srozumitelné?
 - Ano
 - Ne
- 2) Je způsob objednávání elektronickou poštou pro Vás komplikovaný?
 - Ano
 - Ne
- 3) Preferovali byste i jinou formu způsobu objednávání?
 - Ano (uveďte, jakou formou)
 - Ne
- 4) Ke které z těchto oblastí jste se musel/a opakovaně vracet?
 - Způsob objednávání (elektronickou poštou).
 - Seznam léků
 - Žádné
 - Jiné.....

5) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?

- Ano
- Ne

 **Obsluha pumpy.****1) Byl/a pro Vás instruktáž ohledně obsluhy pumpy srozumitelná?**

- Ano
- Ne

2) Bylo nutné si tuto činnost opakovaně zkoušet?

- Ano
- Ne

3) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?

- Ano
- Ne

4) Jakou z dalších forem edukačních materiálů byste zvolil/a?

- Písemnou formu s fotografiemi.
- Video
- Není potřeba

 **Uložení vaku a pumpy do batohu.****1) Bylo pro Vás uložení vaku a pumpy do batohu srozumitelně vysvětlené?**

- Ano
- Ne

2) Bylo nutné si tuto činnost opakovaně zkoušet?

- Ano
- Ne

3) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?

- Ano
- Ne

4) Jakou z dalších forem edukačních materiálů byste zvolil/a?

- Písemnou formu s fotografiemi
- Video
- Není potřeba



Používání batohu v domácím prostředí.

1) Bylo pro Vás používání batohu v domácím prostředí srozumitelně vysvětlené?

- Ano
- Ne

2) Bylo nutné se na tuto oblast opakovaně soustředit?

- Ano
- Ne

3) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?

- Ano
- Ne

4) Jakou z dalších forem edukačních materiálů byste zvolil/a?

- Písemnou formu s fotografiemi
- Video
- Není potřeba



Likvidace odpadu a ostrých předmětů.

1) Byla Vám likvidace odpadu a ostrých předmětů v domácím prostředí srozumitelně vysvětlena?

- Ano
- Ne

2) Bylo nutné se tuto oblast opakovaně soustředit?

- Ano
- Ne

3) Hodnotíte edukační materiály jako dostatečné?

- Ano
- Ne

4) Jakou z dalších forem edukačních materiálů byste zvolil/a?

- Písemnou formu s fotografiemi
- Video
- Není potřeba

5) Jakým způsobem se zbavujete odpadu?

- Komunální odpad.
- Svoz na nutriční stacionář
- Jiné.....

6) Uvítal/a byste jinou možnost likvidace odpadu?

- Ano
- Ne

7) Jaký způsob likvidace odpadu by Vám nejvíce vyhovoval?

- Možnost nádob na tento odpad v areálu nemocnice.
- Jiné.....

**Sportovní a volnočasové aktivity.****1) Bylo Vám vysvětleno, jaké sportovní a volnočasové aktivity můžete i s dlouhodobým invazivním vstupem nadále provozovat?**

- Ano
- Ne

2) Uvítal/a byste tyto informace?

- Ano
- Ne, vyhledám si je sám/a.
- Nepotřebuji je.

3) Jakým způsobem byste tyto informace preferoval/a obdržet?

- Letáky, brožury
- Písemný seznam
- Odkaz na internetové stránky
- Jiné.....

**Hygienická péče (sprcha, koupel).****1) Bylo Vám vysvětleno, jak lze provádět osobní hygienu (koupel, sprcha)?**

- Ano
- Ne

2) Uvítal/a byste tyto informace?

- Ano.
- Ne, vyhledám si je sám/a.

3) Dostal/a jste informace jakým způsobem lze chránit vstup během sprchování či koupele?

- Ano
- Ne

Část C – Celkové hodnocení edukace:

- 1) Byl/a jste ošetřujícím lékařem srozumitelně informován/a o nutnosti zavedení invazivního vstupu?**
 - Ano
 - Ne

- 2) Byl/a jste ošetřujícím lékařem srozumitelně informován/a o domácí parenterální výživě?**
 - Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne

- 3) Uvítal/a jste možnost péče sester z agentur domácí péče?**
 - Ano
 - Ne
 - Jiné.....

- 4) Měl/a jste předtím informace o možnosti péče sester z agentur domácí péče?**
 - Ano
 - Ne
 - Jiné.....

- 5) Představila se Vám sestra před edukací?**
 - Ano
 - Ne

- 6) Je pro Vás důležité znát jméno sestry?**
 - Ano
 - Ne

- 7) Byl Vám srozumitelné sestrou vysvětlen postup edukace?**
 - Ano
 - Ne

- 8) Kde jste byl/a edukován/a?**
 - Nutriční stacionář
 - Pokoj oddělení
 - Jiné.....

- 9) Uvítal/a byste více soukromí?**
 - Ano
 - Ne

10) Využíváte závoz sanitním vozem?

- Ano
- Ne, používám vlastní auto.
- Jiné.....

11) Uvítal/a byste možnost přítomnosti lékaře či sestry na telefonu v případě komplikací během noci, víkendů či svátků atd?

- Ano
- Ne
- Jiné.....

12) Uvítal/a byste možnost společného setkávání s ostatními pacienty?

- Ano
- Ne
- Jiná možnost.....

13) Co byste ještě uvítal/a či změnil/a v rámci edukace? (prosím uveďte vlastními slovy).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Velmi Vám děkuji za čas, který jste věnovali vyplněním tohoto dotazníku, velmi nám tím pomůžete zkvalitnit edukaci.

Michaela Koťátková

IV. Interní klinika – Nutriční stacionář

224 96 2385

michaela.r@seznam.cz