

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO CHIRURGICKÉM
ZÁKROKU PRO STRESOVOU INKONTINENCI MOČE**

Bakalářská práce

JITKA ENDLICHEROVÁ

Praha 2010

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO CHIRURGICKÉM
ZÁKROKU PRO STRESOVOU INKONTINENCI MOČE

Bakalářská práce

JITKA ENDLICHEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31.3.2010

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. René Hanušové, vedoucí mé bakalářské práce za ochotu, laskavost a cenné rady při konzultacích.

Velké díky patří také MUDr. Jiřímu Hanušovi CSc. za odborné rady. Děkuji také mé rodině, přátelům a kolegyním, kteří mě velmi podporovali a povzbuzovali. Také si velmi cením jejich názorů a nápadů. Každá myšlenka mě obohatila. Všem velmi děkuji.

ABSTRAKT

ENDLICHEROVÁ, Jitka. *Ošetrovatelská péče o ženu po chirurgickém zákroku pro stresovou inkontinenci moči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová. Praha. 2010.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu po chirurgickém zákroku pro stresovou inkontinenci moči. Teoretická část práce se zabývá problematikou močové inkontinence. Jsou zde vysvětleny základní pojmy, definice, klasifikace, příčiny, diagnostika a léčba inkontinence.

V praktické části práce jsme se zabývaly bezprostřední ošetrovatelskou péčí u ženy po operaci sec. Burch. Pro vypracování ošetrovatelského procesu jsme využily koncepční model M. Gordon. Podrobně jsme vypracovaly 3 aktuální ošetrovatelské diagnózy a jednu potencionální diagnózu. Využití ošetrovatelského procesu nám pomohlo diagnostikovat deficit v potřebách pacientky a usnadnilo nám plánování a realizaci ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Chirurgická léčba. Ošetrovatelský proces. Stresová inkontinence moči.

ABSTRACT

ENDLICHEROVÁ, Jitka. *Nursing care of a Woman after Surgery of Stress Incontinence of Urinary*. Prague, 2010. Bachelor's work. University of medical, o. p. s. Prague. Bachelor of obstetrical assistance. Tutor: PhDr. René Hanušová.

The basic subject-matter of the bachelor's work is nursing care of a woman after Surgery of stress incontinence of urinary. The theoretical part of this work deals with urinary incontinence. There are explained basic concepts, definitions, classifications, causes, diagnostics and treatment of incontinence.

In the practical part of this work dealt with immediate nursing care of woman after the operation sec. Burch. For the elaboration of the nursing process, we use a conceptual model M. Gordon. In detail, we elaborated 3 actual nursing diagnosis and 1 potential diagnosis. Using the nursing process help us diagnose the deficit in patient needs and facilitate us planning and realization of nursing care.

Key words: Surgical treatment. Nursing process. Stress incontinence of urinary.

OBSAH

Seznam zkratk

Úvod.....	11
-----------	----

Teoretická část

1 Inkontinence moči.....	12
1.1 Klasifikace	12
1.2 Incidence	14
1.3 Příčiny	15
1.4 Diagnostika.....	15
1.5 Mechanismus kontinence moči.....	19
2 Stresová inkontinence moči.....	21
2.1 Patofyziologie stresové inkontinence	21
2.2 Klasifikace stresové inkontinence.....	22
2.3 Příčiny stresové inkontinence	22
2.4 Diagnostika SIM	23
2.5 Terapie stresové inkontinence moči	24
2.5.1 Konzervativní terapie	24
2.5.2 Chirurgická terapie.....	27

Praktická část

3 Ošetrovatelství	30
3.1 Teoretické modely	30
3.2 Model M. Gordon – model „Funkčního typu zdraví“	32
3.3 Ošetrovatelský proces	34
3.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	35
3.3.2 Význam ošetrovatelského procesu.....	36
4 Kazuistika	38
4.1 Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon	40
4.2 Průběh hospitalizace	44
4.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz	51
5 Závěr a doporučení pro praxi	61

Seznam použité literatury	62
---------------------------------	----

Seznam příloh

Seznam zkratk

Apod.....	a podobně
Atd.....	a tak dále
ATK.....	antikoncepce
Atp.....	a tak podobně
BDK.....	bandáž dolních končetin
BMI.....	body mass index (index tělesné hmotnosti)
EKG	elektrokardiogram
Event.....	eventuálně
FF	fyziologické funkce
FRSM	Furosemid
HMR	Humulin R
HST	hormonální substituční terapie
JIP.....	jednotka intenzivní péče
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
MHz.....	mega hertz
NANDA.....	ošetřovatelská diagnostická klasifikace
Např.....	například
OP.....	ošetřovatelský proces
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
SIM.....	stresová inkontinence moči
TVT, TVT-O.....	tahuprostá volná vaginální páska
Tzv.....	tak zvaně
UIM.....	urgentní inkontinence moči
UPT.....	umělé přerušení těhotenství
WHO.....	Světová zdravotnická organizace

ZŽFzákladní životní funkce

Úvod

Inkontinence moči je definována jako samovolný únik moči. Seriózní zájem o problematiku inkontinence moči u žen se datuje do roku 1870.

Inkontinence moči není onemocnění, které by ženu ohrožovalo na životě, ale velmi významně ovlivňuje jeho kvalitu. Není-li inkontinence léčena, žena se ocitá v sociální izolaci s plíživým dopadem na celkový somatopsychický stav. Počet žen, které vyžadují léčbu potíží spojených s neudržením moči, se v současné době výrazně zvyšuje úměrně s tím, jak narůstá jejich společenské uplatnění. Ještě nedávno vyhledávaly lékařskou pomoc většinou ženy s vážnými formami inkontinence. Dnes i mírný stupeň inkontinence pocítují jako závažný problém, který má výrazně negativní dopad na jejich společenské i profesní uplatnění a kvalitu jejich života. Závisí to ovšem mimo jiné na sociální, intelektuální a hygienické úrovni pacientky. Ne každá žena považuje stejné množství unikající moči za obtěžující nebo za příznak nemoci.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma inkontinence moči, protože jsem se s touto problematikou setkala v rámci praxe na gynekologickém oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze. Během praxe jsem měla také možnost seznámit se s vyšetřovacími metodami i bezprostřední ošetrovatelskou péčí po chirurgickém zákroku pro inkontinenci. Uvědomila jsem si, že porodní asistentky i všeobecné sestry pracující v gynekologických ambulancích mohou ženám poskytnout základní informace o této poruše a rady týkající se životního stylu i možností odborného vyšetření.

Teoretická část

1 Inkontinence moči

Definice inkontinence moči podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci zní: inkontinence je stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné (8).

První polovina definice velmi dobře vystihuje podstatu věci – močová inkontinence totiž není onemocněním ve vlastním slova smyslu, ale příznakem, který má různé příčiny. Onemocněním se stává tehdy, pokud způsobuje svému nositeli psychické, společenské, hygienické, zdravotní či jiné obtíže. Inkontinence se vyskytuje u žen i mužů, u dětí, dospělých i ve stáří (3, 6).

Močová inkontinence vzniká jako následek poruchy souhry vypuzovacího a uzávěrového mechanismu dolních močových cest. Některá sledování prokazují, že téměř 50% žen má někdy obtíže s udržení moči. Z těchto žen přijde k lékaři pouze 10-20%, protože se za své potíže stydí a skrývají je, nebo ani nevědí, že by se s těmito potížemi mohly obrátit na lékaře. A to je velká škoda, jelikož močová inkontinence se dá nejen vyléčit, nebo alespoň podstatně zmírnit, ale dá se jí dokonce předcházet (6, 12, 24).

1.1 Klasifikace

V současné době se podle příčiny rozlišují u žen dvě základní formy inkontinence moči. První je způsobena anatomicky podmíněnou nedostatečností uzávěrového systému močového měchýře – a to je tzv. stresová inkontinence moči (SIM). Druhá, která souvisí s abnormální činností hladké svaloviny močového měchýře – detruzoru, tj. svalů, který způsobuje kontrakci měchýře s následným vypuzením moče uretrou, se nazývá urgentní inkontinencí (UIM).

Mezinárodní společnost pro kontinenci uvádí následující formy inkontinence:

1) Extrauretrální:

jde o trvalý odtok moče jinými než přirozenými cestami. Může být důsledkem vrozené vývojové vady, nebo vady získané. K vrozeným vývojovým vadám patří hypospadiie a extrofie. Mezi získané vady patří zejména píštěle po úrazu, operaci, nebo po ozařování.

2) Uretrální:

moč při této formě inkontinence uniká přirozenou cestou – močovou trubicí. Tuto inkontinenci dělíme na urgentní, reflexní, paradoxní a stresovou.

a) urgentní močová inkontinence:

jde o náhlý nekontrolovatelný únik velkého množství moče spojený se silným nucením na močení. Tímto typem trpí 30% inkontinentních žen. Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci je definována jako „nechtěný, mimovolní únik moči uretrou spojený se silnou, imperativní a nepotlačitelnou potřebou se vymočit“. Při této formě je uzávěrový systém močového měchýře, na rozdíl od SIM, neporušený.

Příčinou UIM je pokles nebo selhání tlumícího vlivu mozkových center na reflexní mikční centrum v míše. Časté, úporné, nezadržitelné a nepotlačitelné nucení k mikci spojené někdy s unikem moči je výrazem abnormální funkce detruzoru močového měchýře. Porucha působí dojmem, že pacientka „nestačí doběhnout se vymočit“ a pomočí se.

Léčba je konzervativní. Dominantní je farmakoterapie. Účelem je omezení kontraktility detruzoru močového měchýře.

b) reflexní inkontinence:

se objevuje u pacientů s patologickým neurologickým nálezem, kdy je následkem neurogeně podmíněné hyperaktivity detruzoru.

c) paradoxní (přepadová, přetlaková) inkontinence:

v důsledku závažného zúžení respektive téměř naprostého zablokování vývodných močových cest z jakýchkoli důvodů (kámen, jizva, nádor) se v močovém měchýři hromadí moč. Jde tedy o retenci a po překročení kapacity močového měchýře moč z uretry po kapkách odtéká.

d) stresová inkontinence:

projevuje se jako mimovolní únik malého množství moči spojený s fyzickými aktivitami, jako je běhání, skákání, zvedání předmětů, kýchání nebo kašláním apod. K úniku moči dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru. Příčinou je patologická pohyblivost uretry, která vznikne v důsledku poškození podpůrných a závěsných aparátů uretry (3, 8, 9, 25).

1.2 Incidence

Incidence inkontinence se zvyšuje. Každá druhá žena, včetně mladých žen, má během života potíže s udržením moči. S vyšším věkem je výskyt inkontinence moči v rozmezí 12-57% celé populace. Počet žen ve věku nad 65 let, které potřebují léčení, je šestkrát větší než u žen středního věku. Ovšem neznamená to, že se tento problém týká pouze starší populace.

Polovinu všech forem inkontinence představuje stresová inkontinence moči. Ve 20% se vyskytuje stresová inkontinence moči v kombinaci s urgentní inkontinencí moči. Zbývajících 30% tvoří urgentní inkontinence moči.

Výskyt u žen v Evropě, Americe nebo Japonsku je obdobný. V zemích jako je Thajsko nebo Kambodža je výskyt nižší. Lze si to vysvětlit tím, že ženy v těchto zemích více cvičí svaly pánevního dna vstáváním ze sedu se zkříženými dolními končetinami a není zde tak vysoký počet žen, které trpí obezitou (6, 8, 16)

1.3 Příčiny

Příčin vzniku inkontinence moči je mnoho a většinou jde o souhrn několika z nich. Mezi ně můžeme zahrnout nadměrnou fyzickou zátěž, chronický kašel (u astmatiků nebo kuřáků), porody velkých plodů o hmotnosti větší než 4000g, obezitu, gynekologické operace, infekce močových cest, neurologická onemocnění, důsledek celkového onemocnění jako je např. diabetes mellitus ap. Příčina inkontinence je tedy multifaktoriální.

Příčiny inkontinence můžeme také rozdělit na abnormality močového měchýře a abnormality uzávěrového aparátu. Mezi abnormality močového měchýře řadíme zvýšenou aktivitu detruzoru (mimovolní kontrakce). K abnormalitám uzávěrového aparátu patří hypermobilita močové trubice (abnormální přenos tlaků a změny anatomických poměrů) s následnou nedostatečností svěrače (3, 10, 24).

1.4 Diagnostika

Diagnostika je zjišťovací, vyšetřovací postup s cílem nemoc nebo potíže správně zařadit a pojmenovat. Stanovení správné diagnózy má zásadní význam pro zvolení nejvhodnějšího léčebného postupu.

Vyšetření specialistou – urogynekologem je k určení správné diagnózy a zavedení optimální léčby nezbytné.

Vedle urodynamického vyšetření je diagnostika založena i na cílené anamnéze, která má klíčovou roli a poskytuje významnou orientační informaci o typu mikční poruchy.

Mezi základní vyšetření patří rovněž klinické gynekologické vyšetření, vyšetření moči chemicky, močového sedimentu a mikrobiologické vyšetření (3, 6, 8, 24).

Anamnéza

Anamnéza je nedílnou součástí vyšetřovacího procesu. Prvním krokem je vždy pohovor s pacientkou zaměřený na rozbor jejích obtíží. Sama o sobě, ale bez následného využití pomocných vyšetřovacích metod, nemůže určit konečnou diagnózu. Může ale poskytnout cenné informace, které pomohou ke zjištění etiologie chorobného procesu. Správně odebraná anamnéza obsahuje poznatky ohledně způsobu a závažnosti úniku moči, informace o proběhlé infekci močového ústrojí, o gynekologických zánětech (zejména děložního hrdla), o počtu a průběhu porodů a potratů, o prodělaných operacích, informace o případné vrozené vývojové vadě močových cest, o neurologických obtížích či jiných celkových onemocněních (diabetes mellitus), o pracovním zařazení (2, 3, 6, 8).

Fyzikální vyšetření

Do fyzikálního vyšetření patří vyšetření břišní stěny, rektální vyšetření, vyšetření zevního genitálu, vaginální vyšetření, orientační neurologické vyšetření.

Vaginální vyšetření umožňuje popis pozorovatelných a palpovatelných anatomických abnormalit a určení funkce pánevního dna (2, 3, 8, 12).

Klinické testy

Pro zjištění etiologie obtíží inkontinentní pacientky lze využít několik jednoduchých klinických testů.

Principem Pad-weighting testu je vážení vložek za určité časové období. Nárůst jejich hmotnosti informuje o stupni závažnosti inkontinence. Během testu pacientka vypije stanovené množství tekutiny a poté musí vykonat typické fyzické aktivity, které provokují únik moči. Pad-weighting test máme 1hodinový, 2hodinový, 12hodinový, 24hodinový a 48hodinový. Na konci testů se váží vložky na vahách a zaznamená se vymočený objem. Test je hodnocen jako pozitivní při úniku > 2g moči do vložky.

Q-tip test umožňuje orientační posouzení uretry a mobility uretrovezikální junkce. Do uretry se zavede sterilní lubrikovaná vatová štětička. Pacientka zatlačí na výzvu. Rotační pohyb uretrovezikální junkce kolem symfýzy posunuje štětičku kraniálním směrem. Úhel posunu je měřen v klidu a při zatlačení, poté je změřen jejich rozdíl. Test se hodnotí jako pozitivní při pohybu štětičky o více než 30 stupňů.

Marschallův-Bonneyho test se snaží stanovit pravděpodobnost vyléčení stresové inkontinence moči pomocí vaginální operace. V originálním Bonneyho návrhu se močový měchýř naplní 200 ml sterilní tekutiny. Po naplnění močového měchýře je pacientka vyzvána k intenzivnímu kašli, přičemž je zaznamenán únik moči. Vyšetřující lékař poté zavede ukazovák a prostředníček do pochvy tak, aby elevoval přední stěnu poševní. Pacientka je poté opět vyzvána k intenzivnímu kašli. Jestliže tlak prstů zabrání úniku moči, je podle Bonneyho indikována operativní léčba (2, 3, 8, 12).

Urodynamické vyšetření

Urodynamika je definována jako nauka o transportu moči a jeho poruchách. Představuje soubor metod, které sledují funkci močových cest na jednoduchých fyzikálních principech jako je měření tlaku, objemu, délky, průtokových hodnot. Velkou výhodou je relativně malá invazivita a významný přínos v diagnostice poruch funkce močových cest. Mezi základní urodynamické metody řadíme uroflowmetrii, cystometrii a měření uretrálního tlakového profilu.

Uroflowmetrie je měření hodnot močového proudu. Měří se jeho rychlost a rozložení v čase celého aktu močení. Tedy okamžité a celkové množství vymočené tekutiny. Hodnoty rychlosti močového proudu jsou výsledkem působení vypuzovacích sil a uretrálního odporu. Základní měřené hodnoty jsou doba mikce v sekundách, objem mikce v mililitrech, dále maximální a střední hodnota močového proudu v mililitrech za sekundu a postmikční reziduum. Postmikční reziduum v měchýři změříme pomocí zobrazovací metody (ultrazvuk, rentgen) nebo katetrizací močového měchýře.

Při cystometrii se měří objem a tlak v močovém měchýři během plnění tekutinou nebo plynem různou rychlostí. Cystometrie se provádí většinou vleže, ale může se provádět i vsedě. Celé vyšetření začíná vycévkováním pacientky, která se před vyšetřením vymočila, aby se zjistilo, zda se měchýř dokáže vyprázdnit zcela a nezůstává v něm tzv. reziduum. Odstranění velkého objemu reziduální moči však může změnit funkci detruzoru. Po vycévkování se zavedou měřicí sondy do močové trubice a do konečníku a začne pomalé plnění močového měchýře sterilní tekutinou. Pacientka má za úkol pravidelně krátce zakašlat, čímž se zjistí, zda-li se tím močový měchýř nechá vyprovokovat ke stahu. Pacientka musí vždy ohlásit první pocit nucení na močení, silný pocit nucení na močení a naprosté maximum, při kterém má pocit, že už to nevydrží. Diagnóza pomocí cystometrie je zásadní pro volbu adekvátní terapie.

Uretrální tlakový profil poskytuje informaci o intrauretrálním tlaku podél délky uretry. Hodnotí se přitom maximální intrauretrální tlak, tlak v měchýři a jejich rozdíl. Dnes se využívá měření tzv. stresového profilu uretry, kdy se tlaky snímají za dynamických podmínek, za stresových manévrů (kašel apod.) a vyhodnocují se tlakové změny v měchýři a v uretře. Uretrální tlakové profily hodnotí uzávěrový mechanismus uretry za stacionárních i dynamických podmínek, čímž se objektivizuje přítomnost stresové inkontinence moči a stupeň její závažnosti (2, 3, 6, 8, 14, 19).

Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření pozice a mobility hrdla močového měchýře je jednou z diagnostických metod k posouzení typu inkontinence moči a může také pomoci při hodnocení efektu léčby.

Podle typu umístění sondy při ultrazvukovém vyšetření rozlišujeme abdominální, perineální, introitální a rektální přístup. Každý z nich má své přednosti i omezení.

Při ultrazvukovém vyšetření můžeme vizualizovat močový měchýř, uretru, stydkou kost, pochvu, konečník a dělohu. Mohou být zachyceny rozdíly mezi jednotlivými obrazy v závislosti na užití sondě, její frekvenci a úhlu projekce.

Nejčastěji jsou využívány perineální a introitální přístupy. Tyto přístupy umožňují panoramatický pohled do malé pánve. Na rozdíl od perineálního není při introitálním přístupu znázornění stydké kosti tak dobré.

Vzhledem k tomu, že orgány malé pánve nejsou dislokovány, je rychlé a neinvazivní znázornění a posouzení stavu a polohy uretrovezikální junkce přesné a umožňuje hodnocení více parametrů. Mezi tyto parametry patří úhly, vzdálenosti a další parametry. Úhly, které sledujeme jsou: úhel alfa (inklinace – úhel, který svírá osa uretry s kolmicí spouštěnou u uretrovezikální junkce), beta (zadní uretrovezikální úhel) a gama (úhel, který svírá středová osa symfýzy s přímkou spojující dolní okraj spony a uretrovezikální junkce). Vzdálenosti, které měříme jsou: vzdálenost p (úsečka, která tvoří spojnicí mezi dolním okrajem symfýzy a uretrovezikální junkce) a h (vzdálenost mezi hrdlem močového měchýře a horizontální linií, která vychází z dolního okraje symfýzy). K dalším parametrům patří stanovení osy x (prochází středem symfýzy a spojuje horní a horní okraj) a osy y (kolmá na osu x a vychází z dolního okraje symfýzy).

Abdominální přístup je používán ke stanovení rezidua moči a k vyšetření horních močových cest. Principem perineálního přístupu je umístění konvexní abdominální sondy mezi stydké pysky a její jemné přiložení na introitus a zevní ústí uretry. Ultrazvukový svazek (úhel) tedy neprochází stydkými pysky a perinea se sonda dotýká jen okrajem. Využívá se sonda o frekvenci 5 MHz.

Při introitálním přístupu se využívá sonda o frekvenci 5 - 7,5 MHz. Její hlavici umísťujeme do poševního introitu – za distální uretru. Vzhledem k vyšší frekvenci poskytuje sonda lepší zobrazení detailu uretry, uretrovezikální junkce a dolního pólu stydké spony. Je vhodná k měření tloušťky stěny močového měchýře.

Při ultrazvukovém vyšetření jsou nejčastěji používané polohy vleže na zádech na gynekologickém vyšetřovacím křesle. Málo je používaná poloha vsedě.

Pro měření mobility uretrovezikální junkce je objem močového měchýře v rozsahu 50 – 500ml málo významný. Klidové postavení je při větší náplni změněno. Ideální náplň močového měchýře je 300ml pro nejlepší zobrazitelnost při ještě snesitelné zátěži pro většinu pacientek (2, 3, 8, 12, 19).

1.5 Mechanismus kontinence moči

Pro pochopení inkontinence je třeba znát mechanismus kontinence moči. Ta je výsledkem komplexního děje, který vede k uzávěru vesikouretrální jednotky. Je důsledkem koordinace a vyváženosti funkcí neporušené svaloviny a vaziva uzávěrového aparátu hrdla močového měchýře a oblasti pánevního dna v závislosti na normálních tlakových poměrech v celé jednotce. Samozřejmě nezbytným a důležitým faktorem je schopnost volní kontroly mikčního aktu. Ta se vyvíjí postupně během života v závislosti na zrání mikčního reflexu, jehož centrum je v lumbosakrální míše, a který se postupně dostává pod tlumící vliv mozkové kůry. Volní kontrola znamená, že můžeme kdykoliv zahájit mikci a kdykoliv jí přerušit. Za normálních okolností se detruzor měchýře kontrahuje jen v závislosti na naší vůli a není provokován ke stahům žádným náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Z tohoto hlediska je tedy inkontinence důsledkem porušené rovnováhy a integrity vezikouretrální jednotky.

Obecný názor na udržení moči a normální mikci jako na funkci jednoduchou a přirozenou není správný. Jedná se o velmi komplikovaný a dosud jen částečně objasněný děj. Shromažďování a vyprazdňování moči jsou dvě zdánlivě protichůdné, ale koordinované funkce řízené centrální nervovou soustavou.

Kontinence je zajištěna tehdy, je-li intrauretrální tlak vyšší než tlak v močovém měchýři. Na velikosti uretrálního odporu se podílí několik faktorů. Mezi ně zařazujeme tonus hladkého svalů i příčně pruhované svaloviny uretry a okolí, stav vaskulatury v submukóze uretry a přenos tlaku z dutiny břišní na uretru. Podíl jednotlivých faktorů na zajištění kontinence je různý.

Na počátku vědomé mikce se stahují svaly břišní a bránice, stoupá nitrobřišní tlak a ochabuje svalovina pánevního dna spolu se zevním svěračem uretry. Také ochabuje hladký sval vnitřního svěrače uretry. Spodina močového měchýře klesá, horní část močové trubice se zkracuje a otvírá společně s hrdlem měchýře. Stažením detruzoru měchýře se zvýší tlak v močovém měchýři a se zvýšeným intraabdominálním tlakem se překoná snížený uzávěrový tlak močové trubice (6, 8, 19, 24).

2 Stresová inkontinence moči

Stresová inkontinence moči je nejčastějším typem inkontinence u žen. I přes velmi častý výskyt a hluboké dopady na kvalitu života mnoho žen trpících stresovou inkontinencí z nejrůznějších důvodů nevyhledává lékařskou pomoc. Místo toho se snaží řešit obtíže pomocí absorpčních vložek nebo změnou životosprávy.

Stresová inkontinence moči je nechtěný únik moči způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, smích, ale i chůze, zvednutí břemene apod.). Tento tlak se přenáší na močový měchýř a zvýšený intravezikální tlak překoná odpor uretry. Nárůst intravezikálního tlaku není spojen s kontrakcí detruzoru.

Stresová inkontinence moči je podmíněna anatomickou poruchou s následnou nedostatečností uzávěrového systému uretry. Anatomická porucha znamená poruchu stavby, polohy a vzájemných vztahů mezi orgány močového a pohlavního ústrojí v malé pánvi (3, 6, 8, 19, 25).

2.1 Patofyziologie stresové inkontinence

V normálních podmínkách moč odtéká, převýší-li se intravezikální tlak, maximální tlak intrauretrální.

V současnosti jsou známy 2 hlavní patofyziologické mechanismy podmiňující přítomnost stresové inkontinence moči. Stresová inkontinence moči je způsobena anatomickými defekty. Mezi tyto defekty zařazujeme hypermobilitu hrdla močového měchýře a nedostatečnost vnitřního svěrače („intrinsic sfincter deficiency“).

Hypermobilita uretry je způsobena oslabením zevní podpory uretry endopelvicovou fascií a svaly pánevního dna. Hrdlo měchýře je inkompetentní a během zátěže dochází k jeho sestupu. Tento descensus brání kompresi uretry během zátěže a vede k inkompletnímu přenosu intraabdominálního tlaku na uretru. Tlak v měchýři tak převýší tlak v uretře a dochází k úniku moči.

Nedostatečnost vnitřního svěrače je někdy výsledkem poškození chirurgickým výkonem. Mechanismus uretry pak nedokáže udržet dostatečný vnitřní tonus zvláště při fyzické zátěži (2, 3, 8, 17).

2.2 Klasifikace stresové inkontinence

Z hlediska hodnocení závažnosti se v klinické praxi ujala klasifikace stresové inkontinence moči podle Ingelmann-Sundberga. Podle této klasifikace se stresová inkontinence moči rozděluje dle závažnosti do tří stupňů.

První stupeň je charakterizovaný unikáním moči po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí a při zvedání těžkých předmětů. K unikání moči dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Moč odtéká jen intermitentně.

Při II. stupni moč uniká v situacích s podstatně mírnějším vzestupem intraabdominálního tlaku, než je tomu při prvním stupni. K úniku moči dochází při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické námaze.

Během III. stupně dochází k úniku moči již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká prakticky permanentně při pomalé chůzi nebo v klidu ve vzpřímené poloze (3, 17, 19, 25).

2.3 Příčiny stresové inkontinence

Příčinou SIM je porušená anatomie, topika a ochablost struktur svalově-vazivového podpůrného a závěsného aparátu vezikouretrální jednotky. Důsledkem je změněná funkční integrita celé jednotky, která se potom nevyrovná s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku, který působí jako stresor. Zvýšený tlak nitrobřišních orgánů působí jako „píst“ na močový měchýř a tím zvýší tlak v měchýři, který překoná uzávěrový tlak v uretře a tou unikne malé množství moči. Po ukončení zvýšeného intraabdominálního tlaku se porucha upraví a moč dále neuniká.

Na vzniku stresové inkontinence moči se podílí celá řada rizikových faktorů. Mezi ně se řadí věk, porody, obezita, profesionální zatížení břišních svalů a pánevního dna těžkou prací, konstituční méněcennost vaziva, poruchy prokrvení a neuroendokrinní změny v postmenopauze.

Příčinu vzniku stresové inkontinence moči není možné hledat pouze v jediném faktoru. Stresová inkontinence moči je multifaktoriální.

Zvýšená mobilita uretrovezikálního spojení je způsobená chabostí pánevního dna nebo fixačních vazů. Uretra poklesá dozadu a dolů, zkracuje se a vnitřní ústí se dostává do místa maximálního intravezikálního tlaku, pod úroveň pánevního dna.

Porod může oslabit nebo poškodit struktury pánevního dna a inervaci uretrálního sfinkterového mechanismu.

Rizikovým faktorem pro vznik stresové inkontinence je první vaginální porod, prodloužená II. doba porodní, porod per forcipem, episiotomie, ruptura perinea III. stupně, hmotnost plodu nad 4000g a věk nad 30 let při prvním porodu. První císařský řez snižuje pravděpodobnost stresové inkontinence, ale opakované císařské řezy vedou naopak k vzestupu incidence urgentní močové inkontinence. Urodynamické vyšetření by se mělo provádět všem ženám, které mají perzistující signifikantní inkontinenci více než šest měsíců po porodu.

Obezita způsobuje zvýšení intraabdominálního a intravezikálního tlaku a namáhání tkání v pánvi, způsobuje napínání a oslabování svalů a pojivových tkání pánevního dna. Obézní ženy mají 4,2x vyšší pravděpodobnost rozvoje stresové inkontinence moči. U obézních žen, které trpí stresovou inkontinencí moči je v 80% index tělesné hmotnosti, tzv. BMI 26 (3, 8, 12, 25).

2.4 Diagnostika SIM

Stresovou inkontinencí moči můžeme diagnostikovat pomocí anamnézy, mikčního deníku, fyzikálního vyšetření a dalších doplňkových vyšetření (gynekologické). Mezi fyzikální vyšetření zařazujeme: bakteriologické vyšetření moči, močový sediment, ultrasonografii močových cest včetně močového rezidua, ultrasonografii introitu, urodynamiku.

Průkaz stresové inkontinence moči se provádí především klinickými testy a urodynamickými metodami.

Funkční vyšetření pak doplní morfologická vyšetření topografických poměrů močového měchýře a uretry nejlépe metodou sonografie.

Únik moči musí být objektivizován. K tomu slouží i urodynamické vyšetření, které je nezbytné a které kompletizuje diagnostický postup.

Ultrazvukové vyšetření se provádí povrchovou sondou přes hráz nebo podbřišek a vaginální sondou. Toto vyšetření je neinvazivní a mohou se zobrazit vztahy mezi jednotlivými orgány malé pánve a zjistit jejich stav, ale i změřit veškeré potřebné úhly a vzdálenosti jak v klidu, tak při stresových manévrech. K lepšímu znázornění polohy hrdla močového měchýře se zavede měkká pryžová cévka s koncovým balonkem, který se po zavedení do močového měchýře nafoukne a místo, kde ústí močová trubice z měchýře dobře označí. Dále se k tomuto vyšetření močový měchýř naplní standardním množstvím tekutiny, aby se rozvinul a dobře zobrazil. Úhly které se měří jsou úhel alfa, beta a gama. Úhel alfa nebo-li inklinace je úhel, který svírá osa uretry s kolmicí spuštěnou u uretrovezikální junkce. Zadní uretrovezikální úhel je úhel beta. Úhel gama je úhel, který svírá středová osa symfýzy s přímkou spojující dolní okraj spony a uretrovezikální junkce (3, 4, 6, 8, 19).

2.5 Terapie stresové inkontinence moči

Na základě současných znalostí je příčina v nedostatečnosti uzávěrového aparátu, na kterém se podílí změny trofiky tkání a hlavně patologické uložení a nadměrná mobilita uretrovezikálního spojení. Terapie stresové inkontinence moči musí vycházet z dokonalé diagnostiky.

Pro lehčí formy stačí konzervativní postupy – např. gymnastika svalů pánevního dna, vaginální pesary atd. Farmakoterapie je neúčinná. Dominující jsou chirurgické metody. V současnosti jsou užívány 2 hlavní operační postupy a to:

- a) Miniinvazivní metoda TVT (event. TVT-O)
- b) Kolposuspenze dle Burche (25).

2.5.1 Konzervativní terapie

K léčbě stresové inkontinence moči máme v současnosti k dispozici spektrum možností léčebných režimů, rehabilitačních metod, farmakoterapii a užívání nejrůznějších pomůcek. Do léčebných režimů můžeme zařadit i redukci tělesné hmotnosti. Mezi rehabilitační metody patří gymnastika svalstva dna pánevního a elektrostimulace (3, 14, 25).

Gymnastika svalstva dna pánevního

Definice podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci zní: gymnastika (trénink) pánevního dna je opakovaná selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního dna. To vyžaduje povědomí o užití správného svalu a vyloučení nechtěné kontrakce připojených svalových skupin (8).

Příčinou ochablosti svalů pánevního dna, která je důležitým faktorem při vzniku stresové inkontinence, mohou být porodní poranění, chronická obstipace či těžká fyzická práce. Soustavy cviků, které posilují svaly dna pánevního, slouží ke zvýšení jeho kontrakčních schopností a bazálního tonu.

Cílen gymnastiky je posílit svaly dna pánevního. Podstatou cviků je, že si pacientka musí uvědomit, který sval je třeba cvičit. Je možné také použít i speciální pomůcky, pro mimovolní posilování svalů pánevního dna, které se zasouvají do pochvy a svojí přítomností dráždí svalové pánevní dno ke stahu automaticky.

Mezi úspěšnou metodu gymnastiky zařazujeme Kegelovo cvičení. To má 4 části: vizualizace, relaxace, izolace a vlastní posilování. Vizualizace slouží k ozřejmění anatomických poměrů. Během relaxace probíhá snaha o soustředění se do oblasti pánevního dna. Během izolace je důležité, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžd'ových svalů. Vlastní posilování je snaha o udržení stahu od jedné do sedmi sekund, počet opakování se postupně zvyšuje na 300 stahů za den (3, 6, 12).

Elektrostimulace

Definice podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci zní: elektrostimulace je použití elektrického proudu ke stimulaci pánevních orgánů nebo inervace. Cílem elektrostimulace může být buď přímá indukce odpovědi na léčbu, nebo pokus o modulaci dysfunkce dolní části močového ústrojí, střeva, nebo sexuálních funkcí. (8)

Při stresové inkontinence moči je indikováno použití frekvence 50 Hz, která stimuluje svalstvo dna pánevního. Efekt stimulace je hlavně způsoben kontrakcí příčně pruhovaného svalstva dna pánevního. K přednostem elektrostimulace patří neinvazivnost, možnost ambulantního provedení, minimální kontraindikace a možnost kombinování s ostatními metodami, jako jsou hormonální a farmakologická terapie i opakování elektrostimulace. V současné době se elektrostimulace využívá ve dvou hlavních indikacích. První indikace je zlepšení trofiky pánevních svalů, což vytváří předpoklady pro jejich kvalitní funkci. Druhá indikace k elektrostimulaci je zefektivnění průběhu reedukace svalů dna pánevního.

Stimulace probíhá většinou cestou aktivace nervů zásobujících sval. Podmínkou účinnosti elektrostimulace je zachování kompletní, nebo alespoň částečné integrity nervového zásobení příslušné svalové skupiny (3, 8, 12).

Farmakoterapie

Použití léků při ovlivňování činnosti dolních močových cest vychází ze znalosti nervového zásobení močového traktu. Autonomní (vůlí neovlivnitelný) nervový systém lze rozdělit na tzv. sympatikus a parasympatikus. Přes tzv. alfa-receptory se posiluje uzávěr močové trubice a hrdla močového měchýře. V této činnosti ho lze podpořit tzv. alfa-sympatomimetiky.

Možnosti farmakologické léčby stresové inkontinence moči jsou dosti omezené.

Určité výsledky má u žen v postmenopauze lokální hormonální léčba. Lokální (per vaginam) podávání estriolu zlepšuje trofiku a prokrvení dolních močových cest a u části žen způsobuje ústup příznaků stresové inkontinence moči (2, 3, 6, 12).

2.5.2 Chirurgická terapie

Chirurgická terapie stresové inkontinence má za úkol obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních močových cest a zejména navrátit uretru do oblasti působení intraabdominálního tlaku.

Největší naději na úspěch má vždy primární operace, úspěšnost každé následné je nižší. Pro výsledek, který lze hodnotit nejdříve za jeden, lépe však za dva roky, je rozhodující:

- a) zkušenost a dovednost chirurga,
- b) správná diagnóza typu a závažnosti inkontinence důležitá pro volbu metody,
- c) současné řešení dalších nežádoucích nálezů v oblasti malé pánve,
- d) zdravotní stav pacientky – výsledky zhoršují chronický kašel, chronický zánět průdušek, astma, kouření a obezita.

Operační léčbu stresové inkontinence u žen lze rozdělit do několika skupin. Do první skupiny zařazujeme závěsné suprapubické operace. Do druhé skupiny patří vaginální operace, jako jsou jehlové závěsy. Třetí skupinu tvoří takzvané „sling“ operace (smyčka z prolenu, dakronu, lyodury). Do čtvrté skupiny řadíme transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu (2, 3, 6, 7, 8).

Závěsné suprapubické operace

Mezi závěsné suprapubické operace patří v současnosti především Burchova retropubická kolpoplexe. (3, 6, 23).

Aplikace teflonu, silikonu, kolagenu

Do oblasti uretrovezikální junkce a jejího okolí se transuretrálně nebo parauretrálně aplikuje kolagen, nebo jiný materiál (silikon). Tyto materiály jsou injikovány za endoskopické kontroly do submukózní vrstvy horní třetiny uretry ve 2 až 3 dávkách po obvodu uretry, přičemž operatér sleduje uretroskopicky vytváření valů uzavírajících vnitřní ústí (3, 8, 23).

Slingové operace

Princip operace spočívá v závěsu ureterovezikálního spojení do smyčky a jeho elevace. Dnes jsou tyto operace nahrazeny metodou TVT (Tension-free vaginal tape). TVT je tahuprostá volná vaginální páska, která se vyrábí z prolenu krytého pro průnik tkání plastem. Smyčka je z umělého dobře snášeného materiálu a zavádí se v místním znecitlivění. TVT smyčka se nakládá pod distální část uretry. Při zvýšení intraabdominálního tlaku smyčka stoupá a močovou trubici ohýbá což je mechanismus zajišťující kontinenci.

Po uvedení pacientky do gynekologické polohy, dezinfekci pochvy a mons veneris se aplikuje lokální anestetikum. Následuje střední kolpotomie na rozhraní distální a střední třetiny pochvy s nehlubokou preparací uretrovaginálního septa do stran. Foleyův katétr je po zavedení do močového měchýře opatřen kovovým vodičem, jehož distální konec je na cévku zafixován. Potom na jedné i druhé straně pronikne vodič (jehla) nejprve urogenitálním diafragmatem a potom kopírující symfýzu Retziovým prostorem, fascií, podkožím a konečně kůží podbřišku, kde je možné předem připravit krátké řezy. Nyní naplníme močový měchýř po vyjmutí cévky 250ml fyziologického roztoku a cystoskopicky ověříme jeho neporušenost. Poté se protáhne prolennová síťka asi 1 cm široká v plastickém chrániči suprapubicky a jehly se odstříhnou. Po závěrečné cystoskopické kontrole močového měchýře se vyzve pacientka ke kašli a upraví se poloha pásky pod distální částí uretry tak, aby ani při silném kašli tekutina z měchýře neunikla. Následuje vytažení plastického chrániče pásky, po kterém již úprava polohy pásky není prakticky možná vzhledem k mimořádně adhezivně jejího členitého profilu. Celá operace trvá 20-40 minut. Po zavedení pásky může pacientka odejít domů již za několik hodin po provedeném výkonu a může se vrátit k poměrně normálním činnostem již následující den.

Častou peroperační komplikací je perforace močového měchýře jehlou. Kromě znovuzavedení a krátkodobé pooperační drenáže tato situace nevyžaduje zvláštní opatření. Mezi perioperační a časné komplikace zařazujeme krvácení, retropubický hematom a poranění střevní kličky. Tyto komplikace jsou velmi vzácné, ale závažné. Mezi pozdní komplikace patří infekční komplikace, mikční poruchy, recidivující stresová inkontinence moči a výskyt urgentní inkontinence.

Jako u jiných závěsných operací, tak i u TVT jsou různé kontraindikace. Tato operace by se neměla provádět u těhotných žen a ani u žen, které plánují další těhotenství.

Rozdíl mezi TVT a TVT-O je ten, že páska prochází skrze foramen obturatum a vyhýbá se bezpečně močové trubici a močovému měchýři. Z drobného vaginálního řezu se zavaděčem vede páska směrem zevnitř ven přes obturátorovou membránu ve foramen obturatum v bezpečné vzdálenosti cca 2 cm od obturátorového nervově cévního svazku. Páska se zcela vyhýbá Retziovu prostoru. Metoda je proti TVT jednodušší a bezpečnější. Operaci lze provést v lokální anestezii s možností okamžité kontroly výsledného efektu (3, 6, 8, 19).

Praktická část

3 Ošetřovatelství

V ošetřovatelství došlo k mnoha významným změnám, které musí ošetřovatelská praxe respektovat. Rozvoj oboru transparentně vymezuje působnost oboru a také kompetence všeobecných sester, porodních asistentek i dalších oborů nelékařských zdravotnických pracovníků. Vedle tradiční spolupráce s lékařem v oblasti diagnostiky a terapie má ošetřovatelství specifickou funkci, v níž porodní asistentka a všeobecná sestra samostatně působí. Činnosti jsou zaměřeny na upevnění zdraví člověka ve smyslu definice zdraví WHO, na zvyšování soběstačnosti a vytváření pocitu fyzické a psychické pohody osob, o něž všeobecná sestra pečuje (5, 11, 13, 18).

3.1 Teoretické modely

Teoretické, nebo také koncepční modely ošetřovatelství vyjadřují vztah mezi několika základními znaky ošetřovatelství. Na základě obecných teorií vysvětlují úlohu všeobecné sestry a porodní asistentky ve vztahu ke zdraví, nemoci, prostředí, jedinci a komunitě, hovoříme o paradigmatu ošetřovatelství. Zjednodušeně řečeno, ošetřovatelské modely charakterizují vztah mezi čtyřmi základními komponenty ošetřovatelství, které tvoří zdraví, prostředí, nemocný a ošetřovatelská péče.

Zdraví je chápáno jako stav dynamické rovnováhy vyznačující se adaptabilitou, která pomáhá člověku dosáhnout vyšší kvality života. Je ovlivňováno jak organismem člověka, tak jeho chováním v daném sociokulturním prostředí. Každý člověk by měl cítit odpovědnost za své zdraví, aktivně se o něj starat a udržovat ho v harmonii s citovou a duševní stránkou života. Nemoc je zpravidla chápána jako změna biologických struktur s poruchami orgánů, nebo organismu jako celku. Každý nemocný člověk má zájem na co nejrychlejší uzdravení. Z těchto atributů vychází sestra při své ošetřovatelské péči. Teoretické modely ošetřovatelství hledají rámec, z něhož sestra může vycházet při hledání nejvhodnější péče, dávají její činnosti racionální podklad. Cílem ošetřovatelského modelu je pomoci sestřám zkvalitnit jejich práci.

Teorie a modely ošetrovatelství vznikaly postupně od dob Florence Nightingal a odpovídaly hodnotám a systémům zdravotnické péče v dobách svého vzniku. Většina modelů vznikla ve Spojených státech amerických při vědecko-výzkumné práci sester na univerzitách. První definovaný model vytvořila V. Henderson v polovině 20. století. Dnes existuje mnoho teoretických modelů, které jsou využívány v ošetrovatelské praxi.

Teoretické modely ošetrovatelství byly vytvořeny několika způsoby. Některé modely rozpracovávají již známé koncepce. Například Orem rozpracovala model Henderson. Při induktivním způsobu autor vychází ze specifické situace v ošetrovatelské praxi, která se stává podnětem k určitým zobecněním. Při použití deduktivního způsobu jsou poznatky jiných vědních disciplín transformovány do ošetrovatelství.

Existuje několik kategorií ošetrovatelských modelů:

- a) **Vývojové modely** zdůrazňují proces růstu. Předpokládají potřebu změn, které iniciují vnitřní stavy nebo určité podmínky vnějšího prostředí.
- b) **Modely systémů**, jejichž hlavním znakem je systém a jeho prostředí. Za systém se pokládá osoba a prostředím je rodina. Pokud se za systém pokládá společenství, jeho částmi jsou rodiny a prostředím je stát.
- c) **Interakční modely** se zabývají vztahy mezi lidmi, zdůrazňují sociální úlohy a především zjišťují problémy v mezilidských vztazích a určují postupy na zlepšení socializace.
- d) **Modely potřeb** a výsledků jsou zaměřená na posuzování osoby z pozice hierarchie potřeb a kladou důraz na uspokojování potřeb, výsledky ošetrovatelské péče a její hodnocení v rámci ošetrovatelského procesu.
- e) **Modely energetického pole** zohledňují v rámci osoby a prostředí koncepci energie.

V praktické části bakalářské práce jsem využila modelu M. Gordon, který řadíme do kategorie modelů potřeb a výsledků. Tento model je v současné době pro svoji univerzálnost nejpoužívanější (1, 5, 11, 26).

3.2 Model M. Gordon – model „Funkčního typu zdraví“

Model Gordon vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Zdravotní stav člověka může být podle Gordon funkční nebo dysfunkční. Model funkčního zdraví je založen na interakci člověka a prostředí a vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální jednotu.

Funkční zdraví je ovlivňováno následujícími faktory:

- a) faktory biologické a vývojové
- b) faktory kulturní
- c) faktory sociální a spirituální.

Dysfunkční zdravotní stav vyjadřuje sestra v ošetrovatelských diagnózách, které se mohou týkat nejen zdravotního stavu, ale i dalších problémů vyplývajících z poruch bio-psycho-sociální interakce jedince s jeho okolím. Při identifikaci ošetrovatelských problémů sestra využívá klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA, ale podle doc. Staňkové není chybou, vyjadřuje-li sestra dysfunkční poruchy zdraví vlastní, ostatním srozumitelnou, ošetrovatelskou terminologií.

Model funkčních typů zdraví Gordon

Vnímání zdraví

Tento typ popisuje vnímání zdraví a pohody klientem a také způsob, jakým se o svůj zdravotní stav stará. Obsahuje informace o vnímání zdraví, jak toto vnímání odpovídá běžné aktivitě a plánům do budoucnosti. Zabývá se celkovou úrovní péče o zdraví, dodržování preventivních zdravotních činností a lékařských a ošetrovatelských nařízeních.

Výživa a metabolismus

Typ popisuje přijímání stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě jedince. Je zaměřen na individuální stravovací návyky a také na používání výživových a vitamínových doplňků. Zahrnuje informace o stavu kůže, kvalitě vlasů, nehtů, sliznic, zubů a schopnosti hojení ran, ale také tělesná teplota, hmotnost a výška jedince.

Vylučování

Tento typ obsahuje informace o individuálně vnímané pravidelnosti vyprazdňování, popisuje vylučovací funkci střev a močového měchýře, zjišťuje používání laxativ a sbírá informace o jiných změnách a těžkostech v souvislosti s vyprazdňováním.

Aktivita, cvičení

Tento funkční typ popisuje aktivitu, cvičení, odpočinek a volnočasové aktivity. Obsahuje informace o běžných denních činnostech a míře soběstačnosti v souvislosti s těmito činnostmi.

Spánek, odpočinek

Typ popisuje odpočinek, spánek a relaxaci v intervalu 24 hodin. Shrnuje údaje týkající se vnímání kvality a množství spánku, zahrnuje informace o prostředcích podporujících spánek.

Smyslové vnímání

Tento funkční typ zdraví se týká hodnocení sluchu, zraku, chuti, čichu a hmatu včetně používání kompenzačních pomůcek. Patří sem také hodnocení bolesti a poznávacích funkcí, jako např. paměť, myšlení, rozhodování, způsob slovního vyjadřování atd.

Sebepojetí

V tomto typu zdraví sestra hodnotí, jak člověk vidí sám sebe, jaký má k sobě vztah a to v oblasti tělesné, emocionální, poznávací i intelektové. Všimá si celkového vzhledu, pocitu vlastní hodnoty, emocionálních reakcí, neverbálních projevů např. mimiky, držení těla, pohybů, hlasu, způsobu řeči.

Životní role, mezilidské vztahy

Tento typ hodnotí, jak člověk funguje ve svých životních rolích a mezilidských vztazích. Sleduje, zda plní z nich vyplývající povinnosti a závazky v současné životní situaci. Všimá si vztahů v rodině, zaměstnání i ve společnosti.

Sexualita, reprodukční zdraví

Do této části modelu patří reprodukční období ženy s problémy s tím související (porody, potraty, menstruační cyklus, menopauza atp.). Sestra hodnotí spokojenost v sexualitě a všímá si poruch těchto funkcí.

Stres, reakce na zátěžové situace

V této části modelu sestra hodnotí celkovou toleranci člověka k zátěžím a jejich zvládnutí. Sleduje individuální rezervy, způsoby zvládnutí stresu, všímá si, jak člověk vnímá vlastní schopnost řídit a zvládat mimořádnou zátěž.

Životní hodnoty, víra

Tato část modelu se zabývá hodnotovou orientací jedince včetně spirituálního života a hodnot, které ovlivňují nebo řídí jeho rozhodování. Patří sem vše, co člověk v životě pokládá za důležité, včetně kvalit života, prožívání konfliktů, očekávání a hodnot, které se vztahují ke zdraví (1, 18, 21).

3.3 Ošetřovatelský proces

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je vyhledávání, zmírňování a předcházení problémům v oblasti lidských potřeb. K posouzení, zda stav potřeb člověka je funkční, nebo zda je nějakým způsobem dysfunkční, je možné využít poznatků výzkumných a vývojových aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostiku). Tato asociace vyvinula diagnostický systém, ze kterého mohou čerpat všechny ošetřovatelské specializace (neonatologie, pediatrie, geriatric atp.).

Ošetřovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství, je to systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces má čtyři fáze, které na sebe navazují. Slovo proces znamená sled vzájemně propojených činností, případně kroků, které se provádí v rámci ošetřovatelské péče. Spolu s pacientem a jeho rodinou sestra stanoví plán individualizované ošetřovatelské péče. Tyto ošetřovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodla pro nejvhodnější způsob péče a zároveň mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Ošetřovatelský proces se tedy odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. Pojem ošetřovatelský proces poprvé použila Hall v roce 1955 (5, 13, 21, 22).

3.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu

V evropské literatuře se setkáváme s následujícím označením jednotlivých fází ošetřovatelského procesu (OP):

- a) zhodnocení nemocného – zjišťování informací
- b) diagnostika – stanovení ošetřovatelské diagnózy
- c) plánování ošetřovatelské péče
- d) realizace – provedení navržených opatření
- e) vyhodnocení – zhodnocení efektu poskytnuté péče

První fáze OP spočívá ve zjišťování informací o nemocném. Zhodnocení nemocného na základě shromáždění a vyřídění informací umožňuje sestře se rozhodnout proč, kdy, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného. Hodnocení tedy umožňuje získat o nemocném dostatek informací potřebných pro nejvhodnější individualizovanou ošetřovatelskou péči a zjistit, jakého efektu bylo touto péčí dosaženo.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy tvoří druhou fázi OP. Termín diagnóza je odvozen z řeckého „diagnoskein“ = rozeznávat, odlišovat, označovat. Ošetrovatelská diagnóza popisuje reakci pacienta na nemoc, zjišťuje, do jaké míry zasahuje nemoc do normálního způsobu života pacienta. Je orientována na člověka jako jedince, na deficit schopnosti sebezpečí, na poruchu jeho soběstačnosti, mění se podle změn pacientových reakcí a schopností. Ošetrovatelské diagnózy je třeba na konci diagnostického procesu seřadit podle priorit, tedy podle naléhavosti. Ošetrovatelské diagnózy dělíme na aktuální, které vyjadřují skutečné, současné problémy a dále potencionální tvořené problémy, které se sice ještě nevyskytují, ale pravděpodobnost jejich vzniku je vysoká.

Výsledkem třetí fáze OP je stanovení plánu ošetrovatelské péče. V ošetrovatelském plánu na základě ošetrovatelských diagnóz stanovíme cíle péče, způsoby, jakými budeme problémy pacienta řešit a pořadí, v jakém budeme postupovat. Plán ošetrovatelské péče podává celkový obraz o individuální péči.

Realizace je čtvrtou částí OP. Propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden dynamický celek. Při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe je tato fáze sestrám nejbližší, protože je spojena s konkrétní péčí o pacienta. Sestry se v ní cítí jistější a bezpečnější, než v předchozích fázích, kdy se od sester očekává větší samostatnost, odbornost a tvořivost.

Poslední fází OP je hodnocení efektu péče poskytnuté podle individuálního plánu. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu. O tom, zda je poskytovaná péče skutečně účinná, se dozvíme, porovnáme-li její výsledek s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu. Hodnocení efektu péče provádí sestra i pacient (5, 11, 26).

3.3.2 Význam ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované ošetrovatelské péče, vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při poskytování ošetrovatelské péče.

Sestry znají pacienta mnohem lépe a ošetrovatelský proces jim umožňuje chápat pacienta jako bio-psycho-sociální jednotku.

Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své práce v individualizované péči, neplní jen pasivně pracovní povinnosti a ordinace lékaře.

Všechny složky ošetrovatelské péče jsou adresné, takže každý člen ošetrovatelského týmu nese konkrétní odpovědnost za tu část péče, kterou u daného pacienta zajišťuje. Plánovaná a individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu i chronicky nemocným a také nemocným v terminálním stádiu nemoci.

U pacientů, s nimiž je obtížná spolupráce, pomáhá ošetrovatelský proces lépe pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat.

Koncepce ošetrovatelského procesu vytváří příležitost pro studenty ošetrovatelství, aby se naučili komplexně pohlížet na pacienta, jeho rodinu, komunitu a na práci s nimi (5, 11, 26).

4 Kazuistika

Předkládám kazuistiku ošetrovatelské péče o pacientku, která byla přijata k chirurgickému řešení stresové inkontinence moči. Ošetrovatelská péče byla aplikována na oddělení pooperační gynekologie a gynekologicko-porodnické jednotce intenzivní péče v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí.

Identifikační údaje:

Jméno: Ř.V.

Datum narození: 1950

Adresa bydliště: Veselí nad Lužnicí

Pojišťovna: 205

Kontaktní osoba: manžel

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: v domácnosti

Datum přijetí: 23.2. 2010

Důvod přijetí: přichází na doporučení obvodního gynekologa k chirurgickému řešení stresové inkontinence

Vitální funkce při přijetí:

TK: 130/80, P: 70', D: 13', TT: 36,5°C

Výška: 164cm, váha: 86kg, BMI: 31,98 (obezita I. stupně)

KS: A Rh pozitivní

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná

Pohyblivost: bez omezení

Anamnéza:

RA: bezvýznamná

OA: běžné dětské choroby

hypertenze asi 3 roky

hypercholesterolemie

varixy na LDK

Operace: tříselná kýla v 10 letech, operace kolene na PDK – úraz před 15 lety

Transfuze: neudává

GA: menarche v 15 letech, pravidelný cyklus, menopauza ve 46 letech

Porody: 1971, 1973, 1974 - spontánní

UPT, spont. ab.: neudává

ATK: neužívala

HST: neužívala

Operace: LAVH v roce 2000

Samovyšetření prsů neprovádí, na mamografii byla v červnu 2009, bez patologického nálezu

AA: neudává

FA: Locren 100mg tbl. 1x denně (antihypertenzivum)

Glyvenol 400 cps. 1-0-1 (venofarmakum)

Prestarium NEO 4mg tbl. 1x denně (antihypertenzivum)

Tulip 10mg tbl. 1x denně (hypolipidemikum)

Godasal 100 tbl. 1x denně (antikoagulancium)

Abusus:

Alkohol: příležitostně

Kouření: 5 cigaret denně

Káva: 3-4 šálky denně

Drogy: neudává

Sociální anamnéza:

Bydlí s manželem a dcerou v rodinném domě, je v domácnosti. Pracuje na zahradě, její zálibou je pěstování květin, má velikou skalku a skleník, kde pěstuje zeleninu.

4.1 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon**Vnímání zdraví:**

Paní Ř.V. vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý. Inkontinenci nepovažuje za onemocnění, ale jen jako nepříjemný stav, který ji omezuje v určitých aktivitách. V posledním roce nebyla nemocná, měla jen „naražené“ předloktí po pádu u bazénu. O zdravotní stav nijak zvlášť nepečuje. Ve stravě preferuje zeleninu, kterou si sama vypěstuje. V létě ráda plave, jiné sportovní aktivity neprovozuje. Říká že péče o rodinu, dům a zahradu jí sport vynahradí. Únikem moči trpí již šest let, ale neměla odvahu se svěřit lékaři. Používala kompenzační pomůcky, ale obtěžovalo ji to. Na radu známé, která absolvovala operaci kvůli stejnému problému, navštívila lékaře.

Výživa a metabolismus:

Během posledních deseti let přibrala 15kg, váha se měnila velmi pozvolna, takže si to ani příliš neuvědomovala. Zdravotní problémy vzhledem k nadváze nemá, ale chtěla by trošku zhubnout. Chut' k jídlu je velmi dobrá, nedrží žádnou dietu a také nepreferuje žádná jídla. Stravu přijímá pravidelně třikrát denně. Pitný režim se snaží dodržovat, ale příliš se jí to nedaří. Denně vypije asi 1l tekutin, ale neví to zcela přesně. Nejvíce pije ovocné čaje a obyčejnou vodu. Kožní turgor je dobrý, kůže bez defektů, dostatečně hydratovaná, sliznice jsou růžové.

Vylučování:

Již delší dobu má problémy s únikem moči. Tento problém se objevuje nejčastěji v souvislosti s kašlem, popoběhnutím i s prací na zahradě. Zpočátku šlo jen o nepatrné úniky moči, ale časem se zvýšila frekvence i množství uniklé moči. Neměla odvalu se s tímto komukoliv svěřit, styděla za tuto poruchu. Vyprazdňování stolice je pravidelné, jedenkrát za dva dny, bez problémů.

Aktivita, cvičení:

Subjektivně se paní Ř.V. cítí dobře, má pocit dostatečné síly a energie. Nikdy necvičila. Snažila se na doporučení lékaře posilovat svalové dno pánevní, absolvovala také cvičení na rehabilitačním oddělení pod odborným vedením, ale velmi brzy tuto aktivitu ukončila. Důvodem byl únik moči a s tím spojené nepříjemné pocity, přestože cvičila ve skupině žen se stejným problémem. Žádné sportovní aktivity neprovozuje, pouze v létě ráda plave.

Úroveň soběstačnosti:

Plně soběstačná

Spánek, odpočinek:

V současné době má potíže se spánkem, několikrát během noci se budí, aby šla na toaletu. Ráno se cítí unavená, nevyspalá. Doufá, že po operaci se tato situace změní, a bude spát klidně celou noc.

Vnímání:

Sluch: dobrý, potíže nemá

Řeč: plynulá, mluví zřetelně a srozumitelně, poruchy řeči nemá

Zrak: asi deset let nosí multifokální brýle, často jí slzí oči

Paměť: neporušená

Pozornost: stálá

Vědomí: jasné

Orientace: plně orientovaná v prostoru, čase i osobě

Bolest: v současné době bolest nemá, v mládí časté migrény

Sebepojetí, sebeúcta:

Paní Ř.V. se považuje spíše za optimistu i když vzhledem k současnému zdravotnímu problému převládaly pesimistické nálady. Přesto si plně důvěřuje a věří, že po operaci bude zase všechno v pořádku a ona se bude moci plně a bez omezení věnovat svým zálibám.

Role, mezilidské vztahy:

Paní Ř.V. bydlí s manželem a mladší dcerou v rodinném domě se zahradou. Je v domácnosti, do zaměstnání nikdy nechodila, byla doma s dětmi. Děti jsou dospělé, syn a starší dcera žijí v zahraničí. Rodinné vztahy hodnotí jako velmi dobré. Mladší dcera je v současné době těhotná a tak se těší na příchod vnoučete. Snadno navazuje kontakty, komunikace s lidmi jí nedělá žádné problémy. Má dlouholetou přítelkyni, se kterou se často navštěvují.

Sexualita, reprodukční schopnost:

Rodila 3krát vaginální cestou. O dalších otázkách, které se týkají sexuality, nechce hovořit.

Stres, zátěžové situace:

Stres a napětí prožívá zřídka. Má kolem sebe rodinu a přátele, kteří vždy pomohou. Špatně se vyrovnávala s odchodem dětí do zahraničí, ale nyní je spokojená a těší se na každou jejich návštěvu. Hospitalizaci zatím snáší dobře, dnes dopoledne byla přijata na oddělení pooperační gynekologie. Obává se operace, vadí jí nepřítomnost rodiny a velká vzdálenost od domova neumožňuje časté návštěvy .

Víra, životní hodnoty:

Víru považuje za důležitou, je katolického vyznání.

4.2 Průběh hospitalizace

23.2. 2010 9.20 hodin – příjem na oddělení pooperační gynekologie

Fyziologické funkce: TK: 140/80, P: 70', TT: 36,5°C, D: 13

Váha/výška: 164/86, BMI 31,98 (obezita I. stupně)

KS: A Rh pozitivní

Ordinace lékaře: Fraxiparine 0,4ml s.c. ve 20 hodin

BDK – ráno před výkonem

Premedikace – Dipidolor 1 amp. i.m., ráno

K hospitalizaci přichází na doporučení obvodního gynekologa pro obtíže s únikem moči. Při příjmu paní Ř.V. na oddělení pooperační gynekologie jsem změřila fyziologické funkce a zavedla pacientku na pokoj. Seznámila jsem jí s oddělením, vysvětlila jaký bude další postup a požádala jsem ji o spolupráci při vyplňování ošetrovatelské dokumentace.

24.2. 2010 13.15 hodin – příjem na JIP, 0. pooperační den

Dnes po kolpoplexis s.Burch pro stresovou inkontinenci moči. Výkon proběhl v celkové anestezii, operační rána kryta sterilním čtvercem. V Retziově prostoru zaveden Redonův drén, který je vyveden vlevo od operační rány. Do močového měchýře je transuretrálně zaveden Foleyův permanentní katétr. V LHK zavedena periferní žilní kanyla. Na operačním sále aplikována infuze - Ringerův roztok, zbývá asi 100 ml. Pacientka je při vědomí, komunikuje. Uložila jsem ji do připraveného vyhřátého lůžka.

Ordinace lékaře:

Analgezie - Dipidolor 3 amp. + 50ml F1/1 i.v. infuze rychlostí 2-3ml za hodinu

Diclofenac supp. p.rectum á 12 hodin

Antibiotika – Cefazolin 1g i.v. á 8 hodin – 20.00 – 4.00 hod a poté ukončit

Infuzní terapie – 2x500 ml 10%G + HMR (dle výsledku glykemie) i.v.

+ 10ml KCL 7,45% i.v.

+ 10ml MgSO₄ 10% i.v.

+ 10ml CaCl₂ 10% (do 1.) i.v.

1x1000 ml R1/1 + Celaskon 2 amp. i.v.

Fraxiparine 0,4ml s.c. ve 20.00 hodin

Torecan 1.amp. i.v. dle potřeby

Ostatní ordinace:

TK 6x á 30 min a poté 4x á 1 hodina, dále á 4 hodiny

Glykemie ve 14.00 hodin

Příjem/Výdej á 6 hodin

Kontrolní odběry ráno – KO, Biochemie

Za 2 hodiny po výkonu může pít

Do rána klid na lůžku – vstává ráno

Ošetrovatelská péče při příjmu pacientky na JIP:

- Připevnit manžetu tonometru na PHK
- Upevnit čidlo ke snímání saturace O₂ na LHK – prostřední prst
- Připevnit svody EKG na hrudní elektrody
- Zapnout monitor ke sledování základních životních funkcí (EKG, D/min., SpO₂, TK)
- Kontrola místa zavedení periferního žilního katétru, průchodnost
- Kontrola uložení, funkce a obsahu drénu
- Kontrola operační rány, krytí
- Kontrola event. vaginální tamponády
- Podat Diclofenac supp. p.r.
- Kontrola BDK
- Odběr krve na vyšetření glykemie

V průběhu dne jsem plnila ordinace lékaře, kontrolovala fyziologické funkce a celkový stav pacientky.

-14.00 hodin

odběr biologického materiálu na hladinu cukru v krvi (6,4 mmol/l)

aplikace 1. infuze G10% s 8j HMR (60ml/h)

TK – 130/85, P 70', D 16'

Příjem/Výdej – 900ml/80ml, na operačním sále

aplikace R1/1 1000ml s Celaskon 2amp i.v. (100ml/h)

-16.00

TK – 157/74, P 50', D 18'

Zvrací - Torecan 1 amp. i.v.

-17.00 hodin

TK – 148/72, P 62', D 16', TT 36,8°C

Udává mírnou nauzeu, po doušcích přijímá tekutiny per os.

Ošetrovatelská péče:

Před předáním pacientky noční směně jsem provedla základní hygienu na lůžku. Pacientku jsem poprosila o spolupráci, použila jsem podložní mísu a pomocí pěny jsem odstranila krev z genitálu a z vnitřní strany stehen, poté jsem genitál opláchla. V rámci hygienické péče jsem vyměnila jednorázové podložky a olejem promasírovala predilekční místa vzniku dekubitů (ramena, lopatky, lokty, oblast křížové kosti a paty).

-18.00 hodin

TK 140/76, P 64', D 16'

Příjem/Výdej 1000ml/100ml

Furosemid 10mg i.v.

-19.00 hodin

Pacientka předána sestře, která přišla noční službu. Fyziologické funkce v normě, nezvrací. Infuzní terapie pokračuje: 200ml G10% (60ml/h), 600ml R1/1 (100ml/h), permanentní žilní katétr průchodný, místo zavedení bez známek infekce.

Moč ve sběrném sáčku je slámově žlutá, bez příměsí. Od přeložení z operačního sálu je příjem tekutin 1000ml a výdej 100ml. Pacientka zvracela odhadem 50 ml žaludečních šťáv.

Pacientka je oběhově stabilní, drén s přiměřeným odpadem (50ml), bez bolesti v operační ráně. Udává bolesti zad z důvodů dlouhodobého ležení.

25.2. 2010 7.00 hodin – 1. pooperační den

Epikríza: 1. pooperační den, stav po operaci s. Burch, nekomplikovaný pooperační průběh.

V noci pacientka hůře spala, často se budila, nyní se cítí unavená a nevyspalá, nezvracela a nauzeu neudává. Ráno byly dle ordinace lékaře provedeny odběry krve k vyšetření krevního obrazu a biochemie. V 6.00 hodin byl aplikován Diclofenac supp. per rectum.

Při předání služby:

TK 130/57, P 68', D 16'

Příjem/Výdej 400ml/350 ml, celkem za 17 hodin 2300ml/1050ml, moč bez příměsí

Ordinace lékaře:

Analgezie – Diclofenac supp. p.r. : 13.00, 22.00 hodin

Infuzní terapie: 500 ml 10%G + 8j. HMR + 15ml KCL 7,45% i.v.

1000 ml R 1/1 + Syntostigmin 1 amp. i.v.

Fraxiparine 0,4 ml s.c. ve 20.00 hodin

Chronická medikace: Locren 100 mg tbl. 1-0-1 p.o.

Glyvenol 400 cps. 1-0-1 p.o.

Prestarium Neo 4 mg tbl. 1-0-0 p.o.

Tulip 10 mg tbl. 0-0-1 p.o.

Diazepam 10 mg. tbl. p.o. na noc dle potřeby

Ostatní ordinace:

Fyziologické funkce 3xdenně

Příjem/Výdej tekutin

interní kontrola s laboratorními výsledky

Dieta: tekutá

převaz operační rány, drén ex

Foleyův permanentní močový katétr ponechat 48 hodin in situ

Ošetrovatelská péče:

-8.00 hodin

aplikace infuze 500 ml G10% + 8j. HMR + 15 ml KCL 7,45% rychlost 50ml/h, 1000ml R1/1 + Syntostigmin 1amp rychlost 100ml/h. Permanentní žilní katétr je dobře průchozí, místo zavedení je klidné bez známek zánětu, nebolestivé

-8.30 hodin

rehabilitace – vertikalizace, chůze k umyvadlu a provedení ranní hygieny

-10.00 hodin

odstraněn Redonův drén z Retziova prostoru, místo sterilně kryto tamponém a náplastí Cosmopor. Asistence u převazu operační rány, která je klidná, nevykazuje zánětlivé změny, operační rána kryta Cosmoporem, břicho měkké, nebolestivé.

-12.00 hodin

TK 145/90, P 72', podání obědu – bujón. Pacientka se cítí unavená, pospává.

-13.00 hodin

pacientka si stěžuje na mírné bolesti zad, informován lékař, aplikován Diclofenac supp. per rektum a doporučeny úlevové polohy, infuze pokračují: 250ml G10% (50ml/h) a 500ml R1/1 (100ml/h), permanentní žilní katétr průchodný, místo vpichu klidné, bez známek zánětu. Dnes je permanentní žilní katétr zaveden druhý den.

-15.00 hodin

interní kontrola, fyziologické funkce v normě, pokračovat v terapii, překlad na oddělení je zítra možný, dnes ponechat na JIP.

-17.00 hodin

TK 150/85, P 68', TT 36,5°C, Foleyův permanentní močový katétr odvádí moč bez příměsí, pacientka se subjektivně cítí dobře, pospává. K večeři pacientka dostala bujón.

-18.00 hodin

celková bilance tekutin P/V 2900ml/2300ml, provedena hygienická péče – pacientka byla za doprovodu sestry ve sprše. Infuzní terapie ukončena, permanentní žilní katétr průchodný, použita heparinová zátka, místo zavedení bez známek infekce.

-19.00 hodin

Pacientka předána noční službě, fyziologické funkce v normě, nezvrací. Permanentní žilní katétr průchodný, místo zavedení bez známek infekce, infuzní terapie ukončena. Permanentní močový katétr odvádí moč bez příměsí. Rána je klidná, pacientka se cítí subjektivně dobře.

4.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00132 Akutní bolest

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu, porušené hybnosti, projevující se verbalizací problému, mimikou obličeje.

2. 00134 Nauzea, zvracení

Nauzea, zvracení z důvodu celkové anestezie, projevující se únavou, suchostí sliznic.

3. 00044 Porušená tkáňová integrita

Porucha integrity tkáně z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.

4. 00095 Porušený spánek

Porucha spánku z důvodu operačního výkonu, kontinuální infuzní terapie a sledování fyziologických funkcí, projevující se únavou, lhostejností.

5. 00093 Únava

Únava z důvodu operačního výkonu, zvracení, projevující se pospáváním během dne, nezájmem o okolí i vlastní osobu.

6. 00085 Zhoršená pohyblivost

Porucha tělesné hybnosti z důvodu operačního výkonu, projevující se neschopností měnit polohu na lůžku.

7. 00110 Deficit sebepěče

Deficit v sebepěči z důvodu operačního výkonu, zavedení permanentního žilního katétru, projevující se neschopností provést osobní hygienu na lůžku.

8. 00126 Deficitní znalost

Nedostatek informací v souvislosti s léčebným režimem, projevující se verbálně.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. 00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin

Riziko zvýšeného objemu tekutin z důvodu retence tekutin v organismu.

2. 00004 Riziko infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního žilního katétru, permanentního močového katétru, Redonova drénu, porušení tkáňové integrity.

3. 00023 Retence moči

Riziko vzniku retence moči z důvodu dlouhodobého zavedení permanentního močového katétru.

Ošetrovatelská diagnóza 1 – 00132 Akutní bolest

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu, porušené hybnosti projevující se verbalizací problému, mimikou obličeje.

Cíl:

- odstranit bolest v souvislosti s operační ránou
- odstranit nebo zmírnit bolest v souvislosti s omezeným pohybem

Priorita:

- vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka neudává bolest v operační ráně
- pacientka udává zmírnění, vymizení bolestí pohybového aparátu

Intervence:

- zjistí lokalizaci a charakter bolesti
- zhodnotí intenzitu bolesti (stupnice 0-10)
- zjistí změny intenzity a charakteru bolesti během dne
- akceptuj bolest tak, jak ji vnímá pacientka
- zhodnotí vliv bolesti na celkový stav pacientky
- podávej léky v daných časových intervalech, nečekej na odeznění účinku předcházející dávky
- sleduj účinek léčby, případně vedlejší účinky léků
- pomoz změnit pacientce polohu, zajisti pohodlí
- každou změnu hlas lékaři

Realizace:

- po převozu z operačního sálu pacientka udává bolest v operační ráně, intenzitu hodnotí na stupni 6 (stupnice 0-10)
- podle ordinace lékaře jsem podala analgetika v infuzi (50ml F1/1 + Dipidolor 3 amp. i.v.)
- po aplikaci infuze pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 3
- z důvodu dlouhého ležení v poloze na zádech si pacientka stěžuje na bolesti v oblasti bederní páteře a mezi lopatkami, intenzitu hodnotí na stupni 4
- na zmírnění bolesti jsem aplikovala Diclofenac supp. per rectum
- pacientka udává zmírnění bolesti, intenzitu hodnotí na stupni 2
- doporučila jsem úlevovou polohu s pokrčenými dolními končetinami, pacientka je spokojená, bolest vnímá jako mírnou
- analgetika jsem podávala dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech

Vyhodnocení:

Pacientka udává mírnou bolest v operační ráně, zejména při pohybu. Bolesti zad jsou mírné, dobře je ovlivňuje i změna polohy, kterou se pacientka naučila využívat.

Cíl byl splněn částečně, ošetrovatelská diagnóza nadále přetrvává, v ošetrovatelských aktivitách je třeba pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 2 – 00134 Nauzea, zvracení

Nauzea, zvracení z důvodu celkové anestezie, projevující se únavou, suchostí sliznic.

Cíl:

- odstranit zvracení
- zmírnit nauzeu

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- dostatečná hydratace
- přiměřená vlhkost sliznic, dobrý kožní turgor
- nepociťuje nevolnost, nezvrací

Intervence:

- zjisti příčinu vyvolávající nevolnost, zvracení
- podávej antiemetika podle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek
- zaznamenávej četost, charakter a obsah zvratků
- zajisti pacientce po zvracení výplach úst čistou vodou
- podle ordinace podávej tekutiny intravenózně (infuzní terapie)
- sleduj fyziologické funkce

Realizace:

- během převozu z operačního sálu pacientka dvakrát zvracela v důsledku dozívající celkové anestezie
- při příjmu na JIP jsem otřela vlhkou žínkou potřísněný obličej a hrudník, vyměnila jsem povlečení za suché a čisté
- dutinu ústní jsem vytřela vlhkým tamponem
- podle ordinace lékaře jsem aplikovala antiemetika
- k lůžku jsem připravila emitní misku a skleničku s vodou k výplachu dutiny ústní
- zaznamenala jsem častost, charakter a obsah zvratků
- podávala jsem tekutiny po malých doušcích, které pacientka tolerovala
- aplikovala jsem infuze dle ordinace lékaře
- sledovala jsem stav sliznic, turgor kůže, fyziologické funkce

Vyhodnocení:

Pacientka nezvrací, nauzea ještě přetrvává, hydratace je dostatečná.

Cíl byl splněn částečně, ošetrovatelská diagnóza přetrvává, v ošetrovatelských aktivitách je třeba pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 3 – 00044 Porušená tkáňová integrita

Porucha integrity tkáně z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.

Cíl:

- zabránit komplikacím v souvislosti s operační ránou
- zabránit komplikacím v souvislosti s permanentním žilním katétrem

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- operační rána je klidná, bez známek zánětu
- operační rána se hojí per primam
- místo zavedení permanentního žilního katétru nejeví známky zánětu, permanentní žilní katétr je průchodný

Intervence:

- sleduj operační ránu
- převaz operační rány prováděj přísně asepticky
- dodržuj ošetrovatelské standardy při aplikaci infuzní terapie
- sleduj místo zavedení permanentního žilního katétru a všímej si známek zánětu
- vysvětli pacientce postup v péči o operační ránu
- zjištěné odchylky hlas lékaři

Realizace:

- během dne jsem pravidelně kontrolovala operační ránu, krytí je suché, neprosakuje
- po převozu pacientky z operačního sálu jsem zkontrolovala permanentní žilní katétr, který je zaveden od 24.2. v 9.00 hodin, místo zavedení je klidné, bez známek zánětu, je aplikována infuze
- při výměně infúzních roztoků jsem postupovala přísně asepticky, permanentní žilní katétr je plně funkční

Vyhodnocení:

Operační rána je klidná, krytí neprosakuje, není patrný otok ani zarudnutí, pacientka udává mírnou bolest. Drén odvádí 50 ml sekretu.

Permanentní žilní katétr je funkční, infuzní terapie pokračuje, místo zavedení je bez známek zánětu, pacientka neudává bolest v souvislosti s permanentním žilním katétre.

Cíl byl splněn částečně, ošetrovatelská diagnóza nadále přetrvává, v ošetrovatelských aktivitách je třeba pokračovat.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza 1 – 00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin.

Riziko zvýšeného objemu tekutin v organismu z důvodu retence tekutin.

Cíl:

- stabilizace objemu tělesných tekutin

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- objem tělesných tekutin je stabilizován
- bilance tekutin je vyrovnaná
- pacient je bez otoků

Intervence:

- zjistí rizikové faktory, které přispívají k retenci tekutin
- sleduj známky dušnosti, sleduj fyziologické funkce
- pátrej po známkách edému dolních a horních končetin
- sleduj bilanci tekutin, zaznamenávej přesně příjem i výdej tekutin
- sleduj množství vylučované moči
- podávej léky podle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek
- sleduj stav kůže a sliznic, riziko vzniku dekubitů, opruzenin
- podporuj časnou mobilizaci pacientky

Realizace:

- během hospitalizace na JIP jsem sledovala celkový stav pacientky, fyziologické funkce, známky dušnosti
- přesně jsem měřila a zaznamenávala příjem a výdej tekutin
- podle ordinace lékaře jsem aplikovala diuretika a sledovala jsem jejich účinek
- při provádění tělesné hygieny jsem si všímala, zda nejsou patrné otoky dolních a horních končetin
- sledovala jsem stav kůže – turgor kůže
- podle ordinace lékaře jsem podávala infuze, přesně jsem dodržovala rychlost jejich aplikace.

5 Závěr a doporučení pro praxi

Inkontinence moči zasahuje do všech oblastí života ženy. Dotýká se stránky psychické, sociální, sexuální a fyzické. Inkontinence je pro ženy stresující a invalidizující stav, který neúprosně mění kvalitu jejich života.

Bakalářská práce se zabývá ve své teoretické části problematikou stresové inkontinence moči. Cílem bylo poskytnout základní informace o inkontinenci a její klasifikaci. V práci jsou popsány rizikové faktory inkontinence moči, které mají vliv na vznik inkontinence. Dále je popsána diagnostika a léčba inkontinence moči. Zaměřila jsem se na chirurgickou léčbu stresové inkontinence.

Praktickou část práce tvoří kazuistika, ve které jsem se zabývala ošetrovatelským procesem u ženy s chirurgickým řešením stresové inkontinence. Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsem využila koncepční model M. Gordon - model „Funkčního typu zdraví“, který je v současné době pro svoji univerzálnost nejpoužívanější. Ošetrovatelskou péči jsem realizovala na jednotce intenzivní péče v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze.

Práce stručně shrnuje dosavadní poznatky o inkontinenci moči, možnostech chirurgické léčby a poskytuje obrázek o ošetrovatelské péči, možných ošetrovatelských diagnózách a intervencích. Z těchto důvodů může být text pokládán za zdroj informací pro studentky oboru porodní asistentka, ale i všeobecná sestra. Dostatek informací zde naleznou i porodní asistentky a sestry z praxe, které se s touto problematikou setkávají.

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus, 2003. ISBN 80-86225-33-X
2. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0
3. ČERMÁK, Aleš; PACÍK, Dalibor. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1
4. DULOVÁ, M.; EIMUTOVÁ, E. Stresová inkontinence – diagnostika. *Sestra*, 2005, č. 4, s. 42. ISSN 1210-0404
5. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatel'stvo - teoria*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0
6. GALAJDOVÁ, Lenka. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-950-0
7. HALAŠKA, M.; OTČENÁŠEK, M.; HAVEL, R. a spol. *Závěs dolní třetiny uretry – minimálně invazivní léčba stresové inkontinence moči*. *Gynekologie*, 2000, č. 65, s. 4-9.
8. HALAŠKA, M. et al. *Urogynekologie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2
9. HANUŠ, Tomáš. *Poruchy mikce*. Brno: IDVZP, 1991. ISBN 80-7013-107-1
10. HORČIČKA, L. Inkontinence moči u žen. *Florence*, 2009, roč. V, č. 11, s. 33. ISSN 1801-464X
11. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2
12. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X
13. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
14. KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0837-6
15. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3

16. MARTAN, A. *Inkontinence moči u žen*. [online]. Praha : UK 1.LF [2009] [cit. 29.12.2009]. Dostupné na <http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-402-urogynekologie-inkontinence-moci-u-zen/>
17. MARTAN, A. *Urogynekologie*, s. 223-241, in: ROB, L.; MARTAN, A. a spol. *Gynekologie*, 2.vyd., Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7
18. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0
19. *Moderní gynekologie a porodnictví: urogynekologie*. Praha: LEVRET, 1999. ISSN 1211-1058
20. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: NAVA TISK, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0
21. ŠAMÁNKOVÁ, M.; HUŠKOVÁ, M.; MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9
22. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X
23. ZERHAU, Pavel. *Operační léčba dysfunkcí dolních močových cest*. Brno: IDVZP, 2000. ISBN 80-7013-308-2
24. ZIKMUND, Jiří. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8
25. ZIKMUND, Jiří; HANUŠ, Tomáš. *Inkontinence moči u žen*. Brno: IDVZP, 1993. ISBN 80-7013-142-X
26. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo - teoria a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-131-X

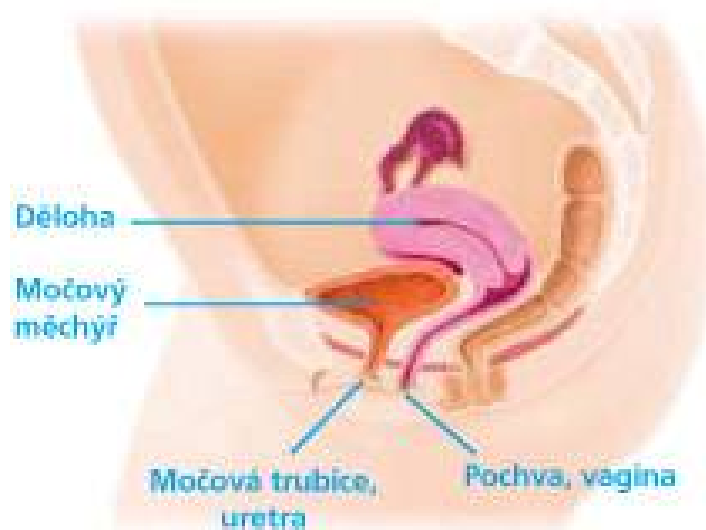
Seznam příloh

Příloha A: Anatomie pánve	I
Příloha B: Svaly pánevního dna	II
Příloha C: Cystoskopie, TVT páska a její umístění	III
Příloha D: Umístění TVT-O pásky	VII

Příloha A: Anatomie pánve

Obrázek 1

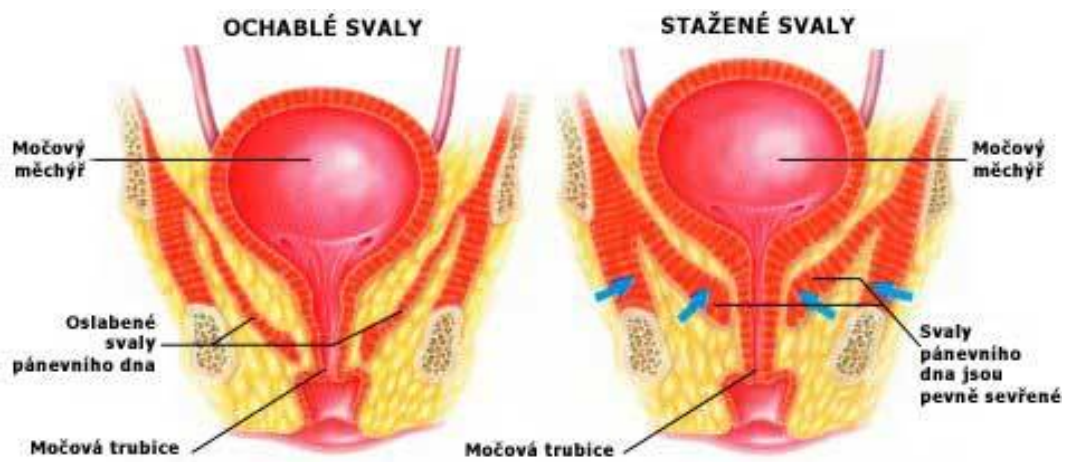
Anatomie pánve



Zdroj: www.inkontinence.cz/anatomie-panve.jpg

Příloha B: Svaly pánevního dna

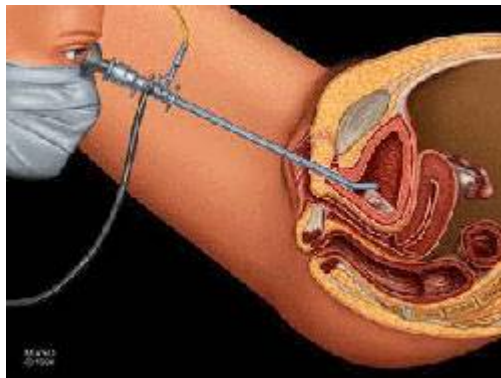
Obrázek 2



Zdroj: www.aarskrickova.cz/bladderKO-text4.jpg

Příloha C:

Obrázek 3 - Cystoskopie



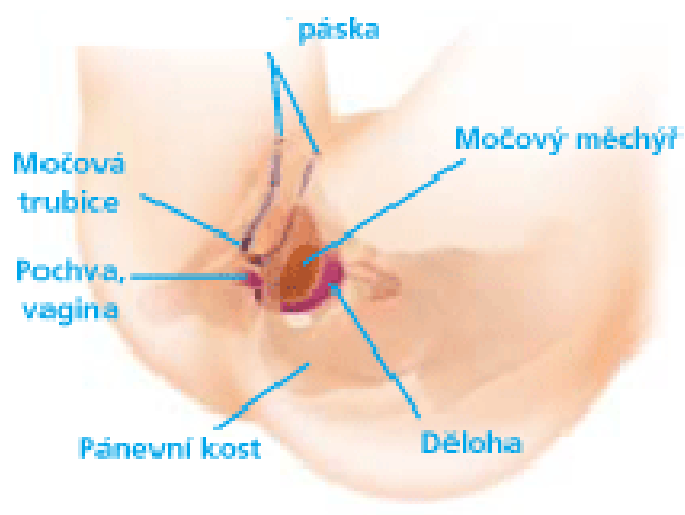
Zdroj: www.gc.../URO-diagnose-clip-image009.jpg

Obrázek 4 – TVT páska



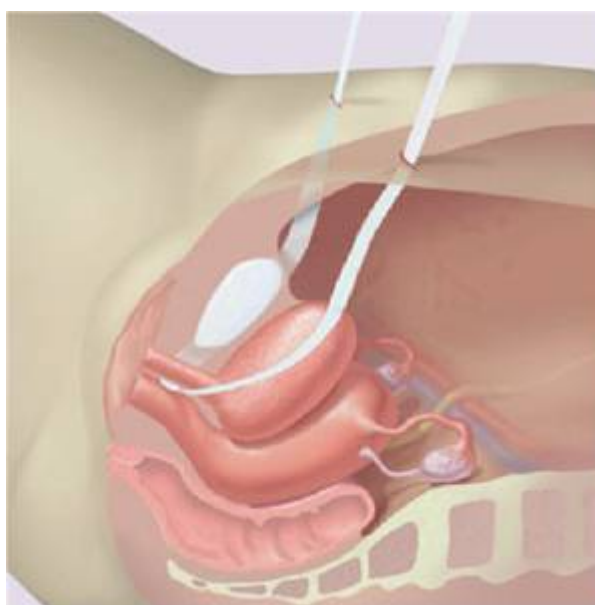
Zdroj: www.inkontinence.com/images/tvt-s.jpg

Obrázek 5 – Umístění TVT pásky I.



Zdroj: www.inkontinence.com/images/tvt-s.jpg

Obrázek 6 – Umístění TVT pásky II.



Zdroj: www.hormone.ch/images/tvt-anat.jpg

Obrázek 7 – Umístění TVT pásky III.



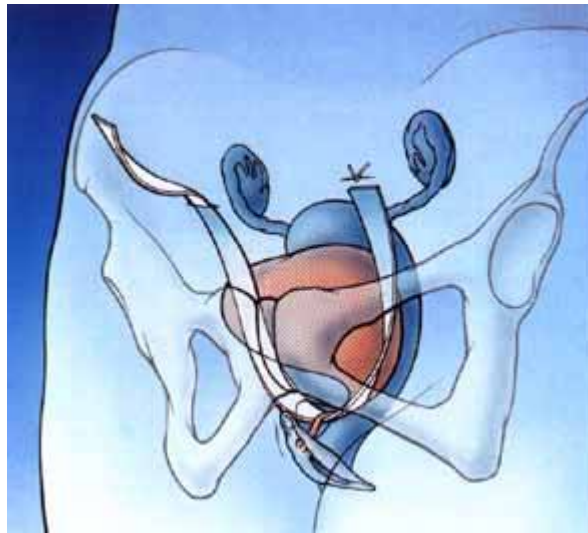
Zdroj: www.tamana-uro.com/special/img/tvt.jpg

Obrázek 8 – Umístění TVT pásky IV.



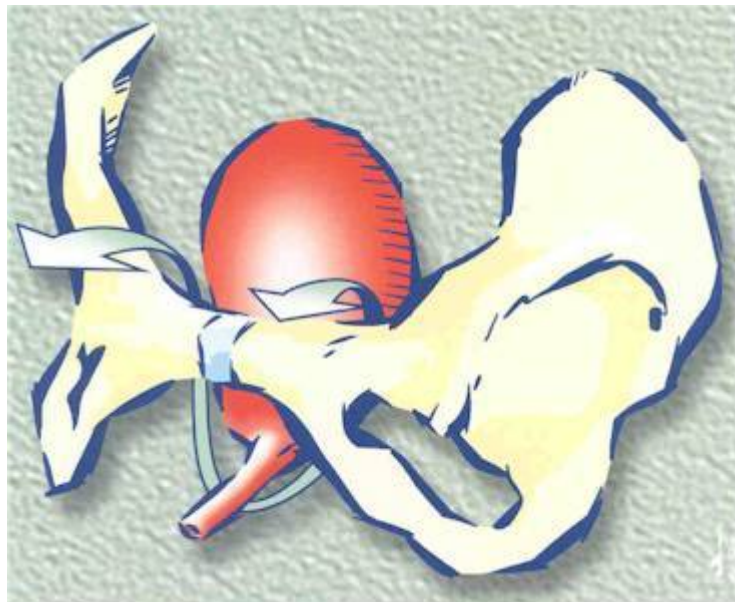
Zdroj: www.sro.ch/a/fk/bilder/tvt.jpg

Obrázek 9 – Umístění TVT pásy V.



Zdroj: www.emueller-praxis.ch/Bilder/tvt.jpg

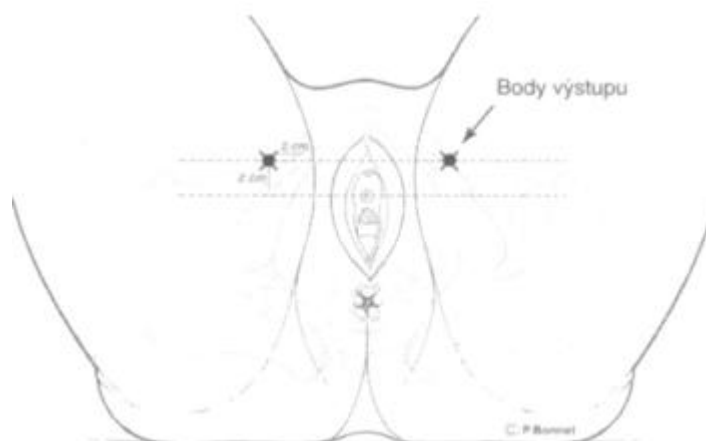
Obrázek 10 – Umístění TVT pásy VI.



Zdroj: www.hormone.ch/images/tvt-anat.jpg

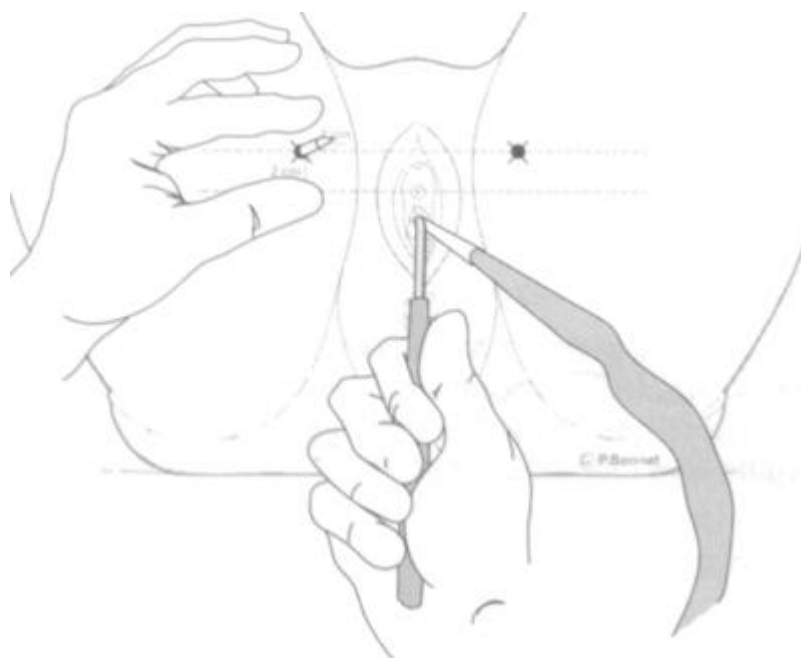
Příloha D: Umístění TVT-O pásky

Obrázek 11a



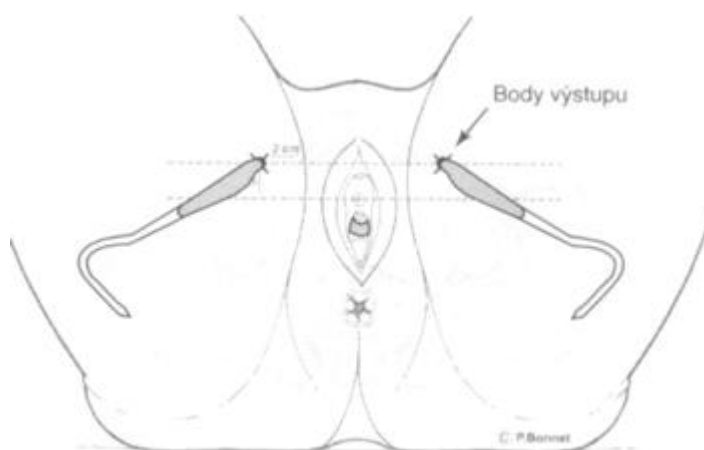
Zdroj: www.onhb.cz/data/img/oddelen/TOT2.JPG

Obrázek 11b



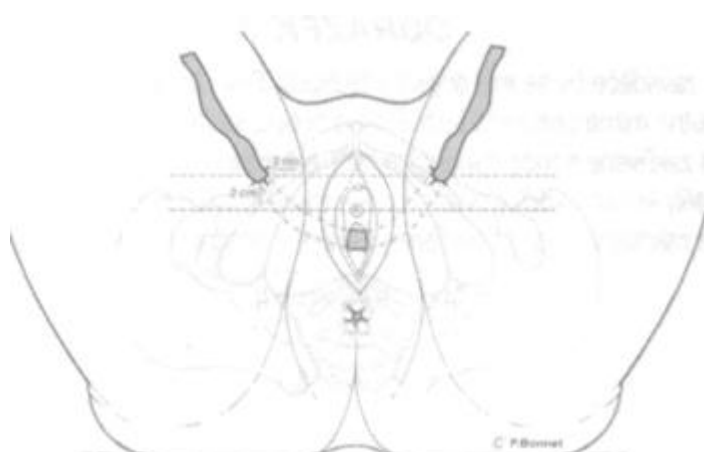
Zdroj: www.onhb.cz/data/img/oddelen/TOT2.JPG

Obrázek 11c



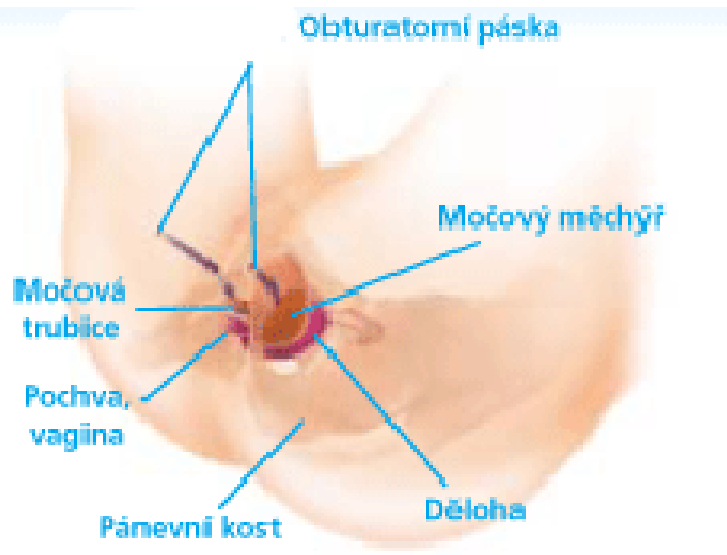
Zdroj: www.onhb.cz/data/img/oddelen/TOT2.JPG

Obrázek 11d



Zdroj: www.onhb.cz/data/img/oddelen/TOT2.JPG

Obrázek 12



Zdroj: www.inkontinence.com/images/tvt-s.jpg