

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MOČOVOU  
INKONTINENCÍ**

**Bakalářská práce**

**ZUZANA SČASNÁ DiS.**

**Stupeň vzdělání: bakalář**

**Název studijního oboru: Všeobecná sestra**

**Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová**

**PRAHA 2015**

# **SCHVÁLENÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(naskenovaný dokument)**

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2015

podpis .....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Miroslavě Kubicové za odborné rady, vedení a užitečné připomínky při zpracování bakalářské práce.

V Praze dne 31. 3. 2015

## ABSTRAKT

SČASNÁ, Zuzana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s močovou inkontinencí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha. 2015. 78s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s močovou inkontinencí a léčba tohoto závažného onemocnění. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části je zpracována základní charakteristika onemocnění, typy inkontinence, příčiny, příznaky, vyšetřovací metody, léčba konzervativní, medikamentózní a chirurgická a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u pacientky s močovou inkontinencí, která několik roků bydlí v Domově pro seniory a dané onemocnění jí trápí a znepríjemňuje kvalitu života v domově.

Klíčova slova: Močová inkontinence. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra. Společenský život.

## **ABSTRACT**

Sčasná, Susan. Nursing process in a patient with urinary incontinence. College of Nursing, o.p.s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicová. Prague. 2015. 78p.

The theme of this thesis is the nursing process in a patient with urinary incontinence and treatment of this serious disease. The work is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part deals with the basic characteristics of the disease, incontinence types, causes, symptoms, diagnosis, conservative treatment, surgical and medical and nursing care specifics.

In the practical part is developed nursing process for patients with urinary incontinence, which several years lived in a home for the elderly and the disease she suffers a disturbing quality of life in the home.

Key words: Urinary incontinence. Nursing process. Patient. General nurse. Social life.

## PŘEDMLUVA

Inkontinence moče patří bezesporu mezi nepříjemné zdravotní obtíže. Je to stav, kdy člověk není schopen sám vědomě regulovat odchod moči z těla. Oproti určitému zažitému schématu není inkontinence problém výhradně starší generace. Faktem však zůstává, že častěji se týká žen než mužů.

Téma mé práce je inkontinence moče u dospělého člověka. Toto onemocnění má jeden společný rys: člověka velmi výrazným způsobem omezuje, či dokonce vyřazuje z dosavadního společenského života. A nejen to, inkontinence moče je závažný zdravotní problém, který může způsobit mnoho dalších onemocnění. Tato situace nastává při nedostatečné léčbě nebo při zanedbání léčby, kdy se dotyčný stydí a nevyhledá lékařskou pomoc. I v dnešní vyspělé době, je tento problém velice intimní a laická veřejnost nemá dostatek informací, co se týče onemocnění. Nezná důležitou prevenci, léčbu onemocnění, ani následky problému.

Výběr tématu bakalářské práce byl samozřejmě ovlivněn mým povoláním a pracovištěm ve kterém momentálně pracuji. Dva roky jsem zaměstnaná v domově pro seniory Korýtko, kde jsem vykonávala praxi na střední škole. Lidé jsou zde přijati z různých zdravotních a sociálních důvodů. Většinou u nich dochází k nesoběstačnosti na základě zhoršení určitých onemocnění. Senior se už nedokáže sám o sebe postarat a nemá nikoho, kdo by mu poskytl veškerou péči. Zdravotní péče je v domově velmi důležitá, mnoho seniorů zde trpí charakteristickými onemocnění, které postihují člověka ve stáří. Mezi ně patří kardiovaskulární onemocnění, onemocnění pohybového aparátu a nervového ústrojí a mnoho dalších. Mnohem méně se mluví o problému močového ústrojí, který trápí většinu populace v domově. Zejména pro ženy je tento problém velmi nepříjemný a stydí se za něho i ve starších letech. Pacientku, o které píši v praktické části mé práce, tento problém velmi omezoval ve společenském životě v domově, proto se ho rozhodla po několika letech řešit.

Materiály ke zpracování teoretické části bakalářské práce jsem získala z různých knížek, vypůjčených z Moravskoslezské vědecké knihovny, zdravotních časopisů, informačních brožur, internetu, z dokumentace používané v domově pro seniory Korýtko a programu Cygnus.

Nejdůležitější informace pro ošetrovatelský proces jsem získala od pacientky, rodiny a personálu, který se dlouhodobě o paní stará. Na základě této cesty bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavě Kubicové za cenné a odborné rady při psaní bakalářské práce. A za velmi dobrou spolupráci.



## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 INCIDENCE A PREVALENCE .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Ovlivnitelné faktory.....	13
1.2.2 Neovlivnitelné faktory.....	14
<b>1.3 ETIOLOGIE .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 KLASIFIKACE INKONTINENCE.....</b>	<b>16</b>
1.4.1 Stresová inkontinence.....	17
1.4.2 Urgentní inkontinence .....	19
1.4.3 Reflexní inkontinence.....	20
1.4.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence.....	20
<b>1.5 PŘÍZNAKY .....</b>	<b>20</b>
1.5.1 Poruchy plnění.....	20
1.5.2 Poruchy vyprazdňování .....	21
1.5.3 Postmikční příznaky .....	22
<b>1.6 DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>23</b>
1.6.1 Anamnéza .....	23
1.6.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy .....	24
1.6.3 Zobrazovací metody .....	25
<b>1.7 LÉČBA.....</b>	<b>26</b>
1.7.1 Konzervativní léčba.....	26
1.7.2 Medikamentózní léčba.....	29
1.7.3 Chirurgická léčba.....	30
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ .....</b>	<b>32</b>
<b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ</b>	<b>34</b>
<b>4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>72</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>77</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP - alkalická fosfatáza

ALT – alanintransamináza

AST - aspartráttransamináza

ATB - antibiotika

BMI – body mass index

bpn. – bez patologického nálezu

CNS - centrální nervový systém

cps. - capsula – tobolka (kapsle)

CRP - C reaktivní protein (zánětlivý proces)

DM - diabetes mellitus, cukrovka

EKG - elektrokardiografie

FF – fyziologické funkce

INR - mezinárodní normalizovaný poměr (International Normalization Ratio)

IS Cygnus – informační systém Cygnus

LUTS – příznaky dolního močového traktu (lower urinary tract symptoms)

OAB – hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder)

MOP - mikrobiální obraz poševní

ORL - ušní nosní krční oddělení

per os – perorální podání

PNC – penicilin

PŽK – periferní žilní katetr

QOL - quality of life

Rh – krevně skupinový systém

RHB - rehabilitace

RTG - rentgenové vyšetření

SI – stresová inkontinence

SpO2 - saturace krve kyslíkem

tbl. – tabletově

TK – krevní tlak

TOT - transobturatorní páska (trans obturator tape )

TVT – volná poševní smyčka (tension free vaginal tape )

UZ - ultrazvuková diagnostika

24 Char – francouzská stupnice Charriera, která udává obvod instrumentu v mm (23,6)

## ÚVOD

Onemocnění močového systému mnoho lidí bere na lehkou váhu a podceňuje přítomnost daného problému. Inkontinence moči nepatří mezi onemocnění, na které by člověk umíral, ale dokáže způsobit příliš mnoho nepříznivých změn ve společenském životě dospělého, od kterých se postupně vyvíjí různě závažné problémy.

Močová soustava je velmi složitá a je ovládána nervovým systémem. Inkontinence může vzniknout z různých příčin, z důvodů vrozených vad, po úrazech, po mozkové mrtvici, při neurologických chorobách a také běžně v těhotenství, po porodu, po gynekologických problémech a také stářím. Rizikových faktorů a příčin onemocnění je nespočet. Proto je velmi důležitá prevence, jako u jakéhokoli onemocnění.

Situace v České republice postihuje zhruba 670 000 obyvatel, většinu počtu tvoří ženy. Se zvyšujícím věkem dochází i k růstu inkontinence u mužů. A mnoho lidí svůj problém neřeší s odborníky, proto je počet nemocných mnohem vyšší a pořád narůstá.

Cílem mé bakalářské práce v teoretické části je zpracovat intimní oblast inkontinence moče z různých dostupných zdrojů, které mám k dispozici a vypracovat stručný a přehledný souhrn o daném onemocnění, jež se týká charakteristiky, příčin, příznaků a léčby inkontinence moči.

V praktické části jsem chtěla poukázat na časté zdravotní problémy seniorů a jejich možná řešení. Zpracovala jsem ošetřovatelský proces pacientky, která dlouhodobě trpěla inkontinencí a tento problém začala řešit až při pobytu v domově pro seniory. Tam byla kvůli tomuto problému nucena omezit svůj společenský život. Na tomto případě z mé praxe bych chtěla ukázat, že nikdy není pozdě řešit zdravotní problém. Důležité je, se k řešení odhodlat.

# 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Tento stav se označuje jako nedobrovolný únik moči, představující medicínský - psychologický a sociálně – hygienický problém.

Močová inkontinence patří k nejčastějším zdravotním problémům, kterým trpí sto miliony lidí na celém světě. Většinou trpí tímto onemocnění ženy staršího věku, ale ani výskyt u mužů není výjimkou. Mnoho lidí tento problém neřeší z důvodů intimity a ponechává vše osudu. Inkontinenci by měl člověk řešit co nejdříve jako jiné onemocnění, aby byla léčba co nejúčinnější a nejrychlejší. Velmi důležitá je prevence, na kterou většina lidí zapomíná.

Ze studií uskutečněných ve Švédsku vyplývá, že asi 12 procent žen po čtyřicátém roku života potřebuje léčbu zaměřenou na močovou inkontinenci. Většina osob přicházející do sanatorií a domovů pro seniory, mají diagnostikovanou inkontinenci různých stupňů. Žena, která má diagnostikovanou inkontinenci, netrápí jenom vlhkost příslušných partií. Ale řeší také to, že už nemá kontrolu nad svým tělem. Je zde i velmi silný psychický nápor, na který by se měl brát zřetel. Mnohé ženy, přátelé i rodinný příslušníci považují inkontinenci za známku stárnutí, anebo za projev chátrání těla, který vede k omezení samostatnosti. Avšak neexistuje žádný důvod, proč by ženy kvůli inkontinenci měly omezit dosavadní oblíbené aktivity. Určitě je zde omezení, kdy se budou muset přizpůsobit dané situaci a rozhodnout se pro léčbu. V dnešní době je k dispozici spousta materiálů, informací a hodně variant prevence a léčby (1).

## 1.1 INCIDENCE A PREVALENCE

Indikátory epidemiologického vývoje nemoci zahrnuje incidence a prevalence. Lze soudit, že výskyt močové inkontinence postupně narůstá úměrně tomu, jak se stupňuje počet seniorů. Množství výskytu močové inkontinence není možné zcela určit, protože hodně jedinců si daný problém vůbec neuvědomuje a neřeší jeho následky. U prevalence statistiky uvádí, že inkontinence stoupá s věkem, jak v naší republice, tak i v zahraničí (2).

U osob zhruba ve věku 80 let se inkontinence předpokládá u žen 46 % a 34 % mužů. Některé studie představují až 65 % výskyt ve stáří.

V rozmezí 65 let až 80 let se inkontinence moči vyskytuje u obou mezi 15 – 35 % případů v závislosti na zkoumané populaci. Pro Českou republiku to činí přibližně 170 000 až 200 000 inkontinentních osob ve věku nad 65 let.

V mladší populaci středního věku je rozdíl u poměru žen a mužů. Zde je výskyt dvakrát až čtyřikrát častější žen než u mužů. Epidemiologické studie tvrdí, že například výskyt stresové inkontinence se ve věku mezi 30 a 60 lety pohybuje na úrovni 30 %.

Inkontinence se vyskytuje i u dvacetiletých vrcholových sportovkyň během sportovního výkonu, a to až ve 28 %. V populaci dospělých žen je výskyt daného onemocnění velmi vysoký. S tím samozřejmě kontrastuje alarmující nízký zájem o léčbu. Lékařskou pomoc vyhledává pouze 1,5–6 % trpících žen na močovou inkontinenci. Ženy s urgentní inkontinencí, pro které je vhodná efektivní farmakoterapie, hledají pomoc častěji, než ženy stresově inkontinentní.

## **1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY**

U některých nemocných s inkontinencí lze ovlivnit faktory, zhoršující schopnost udržet kontinenci. Tímto řešením se může kontinence nemocného zlepšit. Zpravidla jde o osoby s krátkou anamnézou inkontinence, bez závažnější kognitivní poruchy. Bohužel máme zde i faktory které nelze ovlivnit (2, 5).

Mezi faktory zhoršující inkontinenci zahrnujeme:

### **1.2.1 Ovlivnitelné faktory**

Patří zde nadváha až obezita, která ovlivňuje funkce močového ústrojí. V opačném případě, kdy člověk chce hubnout, může mu dělat problémy nadměrná fyzická aktivita, u sportu například gymnastika, kulturistika, basketbal a veškeré bojové sporty. Taky nejsou vhodné zaměstnání, kdy je kladen důraz na těžkou fyzickou námahu. Dalším problémem může být nedostatečná hydratace, kdy vzniká obstipace (zácpa), nebo naopak nadměrná hydratace.

#### **Nadměrná diuréza**

Při vyšší konzumaci tekutin přes 2 až 3 litry dochází k většímu vyloučení moče. A může zde dojít i k inkontinenci. Množství přijatých tekutin by mělo být rovnoměrně rozděleno během dne. Osoby trpící inkontinencí by měli omezit příjem kofeinu a alkoholu.

## **Zácpa/impaktovaná stolice v rektu**

Přítomnost tuhých kousků stolice v rektu, popřípadě ve vyšších oddílech střeva, může dráždit močový měchýř a zhoršovat a vyvolávat inkontinenci moči obvykle urgentního typu. Každá osoba s nově diagnostikovanou inkontinencí moči by měla být podrobena vyšetření stolice digitálně per rektum. V případě zácpy je třeba odborně odstranit tuhou stolicí, eventuálně provést opakovaná klyzmata k vyprázdnění i vyšších etáží kolon. Důležitá je prevence zácpy, jako je dostatečná hydratace, pravidelný pohyb a úprava stravy. Při dlouhodobých potížích lze nasadit změkčovadla stolice například lactulosu nebo jiné přípravky předepsané lékařem. Tato opatření mohou navodit kontinenci.

### **1.2.2 Neovlivnitelné faktory**

Mezi ně můžeme zahrnout genetická predispozice, věk, pohlaví a polymorbiditu. Také nelze ovlivnit různé onemocnění a záněty močových cest, vlivy léků a pohyblivost.

### **Infekce močových cest**

Charakteristickými příznaky infekce močových cest jsou časté močení, tzv. polakysurie v malém množství moče, dále řezání, či pálení při močení (dysurie) a urgentní inkontinence. Vyskytuje se také bolestivost v podbřišku a v pokročilejším stádiu onemocnění bolestivost v bederní krajině. Může být přítomna krev v moči (hematurie), hnis v moči (pyurie) a zvýšená teplota až horečka. Uroinfekce může být i naprosto bez příznaků, často u starších pacientů. Diagnostickým vyšetřením je chemické vyšetření moči, kde se nachází patologický nález v močovém sedimentu a nález patologického původce při kultivaci moči. Zánět močových cest léčíme antibiotiky, antipyretiky a chemoterapeutiky dle citlivosti.

### **Atrofie sliznice uretry a vaginy**

Vyskytuje se u žen po menopauze a může působit iritační močové potíže (dysurii, urgentní mikci) i inkontinenci. Léčba se zde řeší vaginálními tabletami nebo krémy s estrogény, které sníží tyto potíže (3).

### **Léky**

Pravidelné užívání některých léků může způsobit přechodnou inkontinenci. Mezi ně hlavně patří diuretika, léky na odvodňování, které se podávají při otocích. Zvyšují celkový objem moči a mohou zapříčinit urgentní nebo funkční inkontinenci. Dále zde zahrnujeme

anticholinergika (například spasmolytika, tricyklická antidepresiva), které snižují smrštitelnost močového měchýře a mohou vést až k močové retenci a inkontinenci z přeplněného měchýře (3).

### **Omezená pohyblivost**

Nemělo by se zapomínat na omezenou pohyblivost osob, která může zabránit, aby se dotyčný včas dostal na toaletu. Pohyblivost může být omezena z různých důvodů. Neovlivnitelný důvod je tělesným handicap, který může být zapříčiněn například poruchou zraku. Pocit strachu z pádu u starších lidí může také vyvolat inkontinenci, kdy se bojí dojít na WC. U těchto osob je třeba upravit prostředí, například umístěním pokojového WC v blízkosti lůžka, nabídnout vhodné kompenzační pomůcky pro zlepšení chůze, a osoby poučit o vhodném, jednoduchém oblečení. U lidí vyžadujících pomoc druhé osoby v domácím nebo ústavním prostředí bychom měli zajistit toaletu, dostupnou vždy, když o ni požádají a pravidelně ji nabízet. I v případě, že dotyčný užívá kalhotky pro inkontinentní, se snažíme o návčik jeho kontinence a posilujeme ji.

### **Psychiatrická onemocnění**

Psychiatrická onemocnění mohou také velmi ovlivnit inkontinenci moče. U delirantních stavů je zhoršena pozornost, člověk je zmatený, dezorientovaný, což může přispívat k nepozornosti a úniku moče.

Dále při depresích, v průběhu zhoršení zdravotního stavu, kdy není zahájena léčba, se lidé dostávají do stavu bezvědomí, kdy se může vyskytnout tranzitorní inkontinence moči.

Problém se týká také většinou starších lidí, kdy dochází k různým formám demence. U závažnějších forem demence se inkontinence vyskytuje u 30–50 % populace. Výskyt epizod inkontinence jde snížit až o polovinu, využitím plánovaného pravidelného připomínání močení (4).

## **1.3 ETIOLOGIE**

Příčina vzniku onemocnění vzniká jako důsledek poruchy, v souladu s vypuzovacím mechanismem dolních močových cest. Přináší neschopnost uskutečnit hygienickou potřebu v místě i čase, které si člověk určí sám. Velmi silně působí na psychosociální oblast života postiženého jednotlivce. Nejčastější příčinou je porucha funkce svěračů. V průběhu života výkonnost svěračů postupně klesá. V každém věku a u každého pohlaví má inkontinence



jinou příčinu. Z etiopatogeneze nemoci je možné příčiny rozdělit na morfologické, funkční nebo jiného charakteru.

Mezi morfologické příčiny zahrnujeme involuční změny. Ve věku nad 65 let dochází k fyziologickému snižování kapacity močového měchýře, kdy postupně klesá napětí stěny močového měchýře, čímž se znesnadňuje jeho vyprazdňování. Dále mezi morfologické příčiny zahrnujeme onemocnění prostaty, symptomy dolních močových cest, LUTS postižení syndromem hyperaktivního měchýře OAB cystolithiasau, obstrukci uretry a nádorová onemocnění močového ústrojí.

Funkční příčiny jsou neurogení, hormonální, traumatické a jiná onemocnění. Neurogení příčiny se vztahují k poruchám nervové soustavy, ve stáří dochází k různým změnám metabolismu buněk mozku. Dochází k mikro infarktům, mikro hemoragií nebo k senilní encefalopatii. U hormonálních příčin je nejdůležitější endokrinní systém, kde dochází k poklesu hladiny estrogenů. Mezi jiné onemocnění, které může zapříčinit inkontinenci u seniorů, je především diabetes mellitus a jejich vyšší náchylnost k infekcím. Dalšími nemocemi, které významně ovlivňujícími rozvoj inkontinence močové, jsou např. Parkinsonova choroba, hyperkalcémie, cévní mozkové příhody, deliria, demence a psychózy.

Příčiny jiného charakteru se projevují hlavně v poruchách mobility, aktuální farmakoterapii, a poruchou statiky pánevního dna.

## **1.4 KLASIFIKACE INKONTINENCE**

Jestliže má vylučovací soustava fungovat správně, musí ve vzájemné souhře pracovat mnoho nervů a svalů. Pokud některý prvek celé soustavy nepracuje tak, jak má, může nastat inkontinence moče.

Rozlišujeme dva běžné typy inkontinence: stresová inkontinence a urgentní. Stresová nastává v situaci, kdy v důsledku určité činnosti nebo události vzroste tlak v břišní dutině natolik, že mu močový nedokáže vzdorovat.

Urgentní inkontinence se projevuje nepřekonatelnou potřebou močit a neschopností zastavit unikání moči. Některé ženy se potýkají se smíšenou inkontinencí a pocítují příznaky obou typů inkontinence, kdy vždy jeden příznak převládá.

Méně častým typem inkontinence je inkontinence z přeplnění. Kdy dochází k nedokonalému vymočení a při postupné náplni močového měchýře dochází k samovolnému úniku. Je i také několik dalších typů inkontinence, které se vyskytují vzácně a jsou důsledkem různých abnormalit vylučovací soustavy. Například někdy dochází k fyziologickým výjimečnostem, kdy se narodí dítě ženského pohlaví s vrozeným defektem neuzavřené močové trubice neboli epispadií. Někdy stačí i malá vychlípenina v močové trubici a můžou vzniknout problémy s udržení moče. Nebo dochází k tzv. píštělím mezi močovým měchýřem a vagínou, které můžou způsobovat stejné potíže (15).

#### **1.4.1 Stresová inkontinence**

Stresová inkontinence patří mezi nejběžnější formu, objevuje se při tělesné námaze. V tomhle případě není porušena funkce močového měchýře a ten provádí funkci normálně do doby, kdy v dutině břišní vzroste tlak. Intenzivní tlak počíná při běžných činnostech jako je kýčání, kašláni, smích, skákání, běhaní a pohlavní styk. Všechny tyto činnosti můžou narušit těsnost močové trubice a schopnost podržet moč v měchýři. Stresová inkontinence nastává v situaci, kdy v důsledku zvýšeného tlaku v dutině břišní vzrůstá tlak v močovém měchýři a současně klesá schopnost močové trubice zabránit úniku moči. Odolnost močové trubice klesá při stresu a příčinou její snížené pevnosti je také oslabena pružnost vagíny (výhřez) a ochablost vnitřních struktur močové trubice například uretrální insuficience.

Důležitou součástí lékařského vyšetření je zjištění, do jaké míry je únik moči způsobeny ochablostí močové trubice nebo vagíny. Rostoucí tlak v břišní dutině působí na močový měchýř a na moč, která se v něm nachází. Účinkuje také na další svaly a orgány uložené v pánvi. Pokud jsou ochablé tkáně podporující močovou trubici i stěny trubice, tlak působící na močový měchýř prostě stěny močové trubice roztáhne. Ale častokrát se stává, že močová trubice není uzavřená, protože nemá dostatečnou podporu okolních svalů pánevního dna a pojivové tkáně. V důsledku toho je močová trubice pohyblivější než by měla být, a snadněji se otvírá. Okamžitý vzestup tlaku v břišní dutině postačí k vychýlení močové trubice a močového měchýře z jejich obvyklé polohy a do krajnosti vyčerpává běžnou schopnost močové trubice zůstat v uzavřeném stavu. Druhý svěrač močové trubice- se někdy dokáže natolik smrštít, že vynahradí nehybnost močové trubice a její nevhodné otvírání. Pokud se svěrač nedokáže sevřít dostatečně pevně, dochází k inkontinenci. Obvykle nelze rozeznat, že močová trubice přišla o svou oporu a stala se pohyblivější. V závažných případech lze těsně při vstupním otvoru vagíny nahmatat malou výduť. Výduť je patrnější ve

chvilích, kdy žena stáhne svaly při námaze nebo zakašle, protože zvýšený tlak v břišní dutině tlačí výduť blíže ke vstupnímu otvoru vagíny. Pohyblivost močové trubice může lékař zjistit pomocí vyšetření s vatovým tamponem.

Stresová inkontinence může nastat i během porodu nebo krátce po něm. Vyskytnout se může i krátce po menopauze. Nejprve se objevuje pouze při namáhavých aktivitách, později i v každodenních činnostech. Jakmile se postupně inkontinence zhorší, nastává samovolný únik moči dokonce tehdy, když žena s plným močovým měchýřem vstává, nebo kdy se ohne, zvedne dítě nebo se jen obrací v posteli. Mnoho let se se tvrdilo, že stresovou inkontinenci primárně vyvolává porod.

Novější studie naznačují, že to není tak jednoznačné. Zřetelnou roli může způsobit těhotenství samotné, kdy nastávají hormonální změny. Děloha ženy se začne zvětšovat a hormony působí na všechny tělesné tkáně. K vzniku inkontinence vedou i další faktory, především, které zvyšují tlak v dutině břišní. Patří zde časté kašláni způsobené chronickou bronchitidou, astmatem nebo jinými plicními onemocněními. Významný faktor, který ovlivňuje inkontinenci je také kouření. Pánevní dno, které poskytuje oporu močové soustavě, může být oslabeno také zácpou a nutností napínat svaly při pohybu střev. Během menopauzy klesá hladina estrogenu a jeho nedostatek ovlivňuje pružnost pojivových tkání. Stejně účinky mohou mít i zranění, chirurgický zákrok a radioterapie.

Se stárnutím souvisí také pokles objemu síly a síly svalů a pojivové tkáně. Při rozvoji stresové inkontinence hrají významnou úlohu rovněž mnohá těhotenství, v jejichž průběhu působila gravitace na vnitřní orgány a další tělesné struktury. U některých žen se projevuje také dědičný sklon ke slabosti nebo ochablosti pojivové tkáně. Ke vzniku stresové inkontinence přispívají i faktory vnějšího prostředí, zejména práce u, které se vyžaduje zvedání těžkého břemene. Každý z uvedených příznaků může přispět malým dílem ale jejich společné působení zásadně a nepříznivě ovlivňují schopnost udržet moč.

### **1.4.2 Urgentní inkontinence**

Urgentní inkontinence moči je inkontinence, která vzniká v rámci syndromu hyperaktivního močového měchýře OAB . Pojem OAB zavedli do klinické praxe Abrams s Weinem v r. 1997 ve snaze upozornit na to, že do té doby všeobecně užívaný pojem urgentní inkontinence nepostihuje plně šíři problému. Tento syndrom lze označit jako soubor symptomů ukazující na možnou dysfunkci dolních močových cest.

Charakteristickým symptomem je závažná urgence, zpravidla doprovázena častým močením (frekvencemi), nykturií. Na rozdíl od fyziologického nucení na močení, kdy intenzita narůstá plynule, je intenzita urgencye skoková, zpravidla doprovázená nykturiemi. Frekvenci definujeme jako močení častější než 8x v průběhu 24 hodin. Za nykturii je považována každá epizoda močení, která přeruší spánek (6).

V poslední době je prosazován termín mokrá hyperaktivní měchýř (wett OAB) pro případy, kdy je součástí symptomů OAB urgentní inkontinence. Termín suchý hyperaktivní měchýř (dry OAB) užíváme, pokud urgentní inkontinence v komplexu symptomů OAB chybí. Dle přibližných odhadů trpí tímto symptomovým komplexem asi 10-12 % dospělé evropské populace. Hyperaktivní močový měchýř není sice spjat s vysokou morbiditou nebo mortalitou, ale má zásadní vliv na kvalitu života postižených pacientů. Inervace dolních močových cest je komplexní a víceúrovňová. Neurogenní léze v rozsahu od CNS po periferní nervy, které inervují močový měchýř a svěrač, se projeví dysfunkcí mikčního cyklu. Inkontinence moči, jako jeden ze symptomů neurogenních dysfunkcí, zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života pacientů (7).

Urgentní inkontinence můžeme rozdělit na primární, sekundární nebo z neznámé příčiny.

#### **Primární inkontinence**

Je způsobená patologickou aktivizací detruzoru močového měchýře, buď na úrovni nervového spouštění mikčního reflexu (neurogenní teorie), nebo na úrovni samotných svalových buněk (myogenní teorie).

## Sekundární inkontinence

Vzniká většinou postinfekčně, vlivem nádorového bujení, postiradiačně, pooperačně, vlivem cizího tělesa.

### 1.4.3 Reflexní inkontinence

Jedná se o nechtěný únik moči u uretry, zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Při nemoci nebo poškození centrálního nervového systému pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, který pak probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce nastává bez předchozího pocitu nucení na močení, někdy ženy mohou varovat vegetativní příznaky např. pocení (19).

### 1.4.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence

Jde o nechtěný únik moči z přeplněného močového měchýře, kdy intravezikální tlak převyší maximální intrauretrální tlak. Únik moči nastává při extrémním pasivním přepětím stěny močového měchýře bez detruzorové aktivity.

## 1.5 PŘÍZNAKY

Poruchy jsou děleny do 3 skupin:

- poruchy plnění
- poruchy vyprazdňování
- postmikční poruchy

### 1.5.1 Poruchy plnění

Poruchy plnění jsou pociťovány během plnicí fáze močového měchýře a zahrnují denní a noční frekvenci močení.

- **Zvýšení denní frekvence močení:** dochází k častějšímu močení, než je běžným zvykem. Tento pojem je identický s pollakisurií.
- **Nykturie :** zahrnuje noční probuzení spojené s močením.
- **Urgence:** dochází zde k náhlému a nepřekonatelnému nucení na močení, které je obtížné odložit.
- **Močová inkontinence:** veškerý nechtěný únik moči.

- **Stresová inkontinence moči:** je mimovolná ztráta moči během tělesné námahy, při kašli či kýchání.
- **Urgentní inkontinence moči:** je mimovolná ztráta moči spojená či předcházená urgencí. Urgence může souviset se dvěma typy poruch funkce. Hyperaktivní funkce detruzoru a nebo hypersenzitivita.
- **Smíšená močová inkontinence:** je kombinace urgentní a stresové inkontinence. Dochází k úniku moči při fyzické námaze a je doprovázena urgencí.
- **Neustálý únik moči:** používá se pro stálý únik moči.
- **Enuréza:** označuje každou mimovolnou ztrátu moči. Jestliže se používá k popsání inkontinence moči během spánku, vždy by se měla používat s přídavným jménem „noční“.
- **Jiné typy močové inkontinence:** můžou přijít například během sexuálního styku.
- **Vjemy z močového měchýře:** rozdělujeme do 5 kategorií. Patří zde vjemy normální, zvýšené, chybějící, snížené a nespecifické (3).

### 1.5.2 Poruchy vyprazdňování

Zahrnují poruchy průběhu močení.

- **Zpomalený proud:** projevuje se sníženou rychlostí močení. Je zde výrazné zpomalení vyprazdňování oproti dřívějšímu stavu či v porovnání s ostatními.
- **Přerušovaný proud moči:** je charakterizován pacienty jako přerušování proudu během močení většinou opakovaně jedné mikce.
- **Porucha iniciace:** pacienti popisují problémy s počátkem močení, vedoucí k oddálení zahájení již očekávané mikce.
- **Namáhavé močení:** vystihuje nutnost většího užití svalů k zahájení močení nebo ke zvětšení proudu moči.
- **Koncové domočování :** dochází zde k prodlouženému závěrečnému domočení malého množství moči vedoucí až k dokapávání (16).

### 1.5.3 Postmikční příznaky

Vyskytují se ihned po močení.

- **Pocit nekompletního vyprázdnění:** jde o termín, který již sám popisuje pocity vnímané postiženým po vymočení.
- **Postmikční únik:** únik moči vniká velmi krátce po vymočení, typicky při vstávání z toalety. U mužů při odchodu z toalety.

#### **Příznaky sdružené se sexuálním stykem**

Rozlišujeme, kdy nastává únik moči: během styku, během průniku a při orgasmu.

#### **Příznaky sdružené s prolapsem pánevního dna**

Vznikají nepříjemné pocity uváděné nutností digitální repozici prolabovaných uragánů k umožnění normálního močení a defekace. Eventuálně se vyskytují bolesti v zádech pocity „boule“.

#### **Bolest genitálu a dolních močových cest**

Mezi abnormální pocity, které mohou být pociťovány, patří bolest, nepohodlí a tlak. Při charakterizování bolesti by se měli uvádět základní údaje, jako jsou typ, frekvence, doba trvání, zhoršující a zlepšující faktory a její orgánovou lokalizaci.

- **Bolest močového měchýře:** je vnímána suprapubicky nebo retropubicky. Většinou se zhoršuje s náplní močového měchýře a může přetrvávat po močení.
- **Uretrální bolest:** je pociťována a popsána pacienty přímo v močové trubici.
- **Vulvární bolest:** je lokalizována v okolí zevních rodidel.
- **Poševní bolest:** je pociťována vnitřně na introitem.
- **Perineální bolest:** bolest mezi zadní komisurou a konečníkem.
- **Pánevní bolest:** nejde zcela charakterizovat. Je to neurčitá bolest s menší souvislostí s močením. Není lokalizována do konkrétního orgánu.

#### **Gento – urinární bolestivý syndrom**

Je to souhrn symptomů, které nemůžou určit definitivní diagnózu. Hlavním příznakem je bolest a problémy s dolním močovým traktem, střevy a také problémy sexuální a gynekologické povahy (4).

## **Urgence**

S nebo bez urgentní inkontinence, často s častým močením během dne i v noci. Může být též popisována jako urgentní syndrom, urgentně – frekventní syndrom nebo jako syndrom nadměrně aktivního močového měchýře.

## **1.6 DIAGNOSTIKA**

Diagnostika spočívá především v objektivním průkazu inkontinence, další testy jsou zaměřeny na definici a odhalení příčiny inkontinence, typu a stupně inkontinence. Po určení typu inkontinence se zvolí správná léčba, která je pro každého nemocného rozdílná. K účelné diagnostice patří pečlivá anamnéza pacienta, fyzikální a neurologické vyšetření, klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody (8).

### **1.6.1 Anamnéza**

Velmi důležitá je rodinná anamnéza. Rodinná zátěž se může projevit v mnoha směrech. Vyskytují se anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti míchy. Dále pomocí rozhovoru s pacientem a lékařských zpráv získáváme osobní a gynekologickou – porodnickou anamnézu. Nedílnou součástí je i sociální anamnéza. Na závěr je podstatná urologická anamnéza, která nás informuje o bolestech či tlaku nad sponou, pollakisurii, nykturii, hematurii a dalších příznacích inkontinence.

Při sběru informací se používá metoda dotazníku, které mohou obtíže částečně objektivizovat. Známý je Gaudenzův dotazník, který slouží k posouzení, zdali se jedná o urgentní inkontinenci nebo inkontinenci stresovou. Nedílnou součástí je mikční deník, ve kterém pacienti zaznamenávají množství a frekvenci přijatých tekutin i výdeje moče, s případnou inkontinencí. Dále pak pro hodnocení kvality života užíváme dotazník – QOL . Zdravotní personál při vstupním pohovoru navazuje důležitý kontakt s dotyčným a posoudí i možnost budoucí psychosomatické léčby (7).



## 1.6.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Fyzikální vyšetření zahrnuje kontrolu zevního genitálu, svalového tonu malé pánve, zjištění pooperačních a postradiačních změn v malé pánvi.

**Gynekologické vyšetření** začíná vyšetřením zrakem, kdy prohlíží lékař poševní vchod, stav hráze, všímá si jizev po předchozích rupturách, sleduje zevní ústí uretry a sestup stěn poševních. Prohlídka se provádí v klidu i při zatlačení na potřebné části těla. Dysurické obtíže mohou být způsobeny jizvou či stenózou uretry. Průsvit močové trubice lze zjistit pomocí kalibračních sond. Hodnotí se velikost sondy, která při vytahování prochází bez odporu. Za normální průsvit uretry se považuje 24 Char. Důležité vyšetření je anální a prozkoumání perineálního prostoru. Dále si gynekolog všímá kontrakční schopnosti svalů pánevního dna (20).

**Marshallův test** se realizuje pomocí sterilní tekutiny zhruba 200 ml, kterou se naplní močový měchýř. A sleduje se únik moči při kašli.

**Q – tip test** umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Test se provádí pomocí navlhčené vatové tyčinky nebo pevné cévky, která se zavede do močové trubice. Pacientka zatlačí a podle polokruhu na tyčince se určuje patologie močových cest.

**Pad – weight test** se provádí na základě vážení vložek nebo plen, které určují ztrátu moči před standartními aktivitami a po nich. Trvání testu je zhruba jednu hodinu.

**Laboratorní vyšetření** obsahuje hodnocení a léčbu mikrobiálního obrazu poševního MOP, dále pak močového sedimentu a kultivace moči jako podmínku použití dalších metod spojených většinou s katetrizací měchýře.

**Endoskopické vyšetření** je velmi důležité v diagnostice z důvodů možného bezpříznakového průběhu onemocnění. Může být nalezen nádor močového měchýře, změny na hrdle po endoskopických zákrocích, následky iatrogenního poškození hrdla měchýře či nález divertiklů. Endoskopické vyšetření je indikováno zejména u hematurie, symptomů urgencye, inkontinence i u uretrálních divertiklů a u urogenitálních píštělí.

„Leak point pressure“ je tlak, při kterém uniká moč z uretry.

Základní neurologické vyšetření rozpoznává kožní cití v okolí perinea a uretry, anální tonus, anální reflex, bulbokaverózní reflex a schopnost volní aktivity stahu análního svěrače, který je velmi těsně neurologicky spjat s močovým měchýřem.

### **1.6.3 Zobrazovací metody**

V současné době se používá nejčastěji ultrazvukové vyšetření, které je jednodušší než uretrocystografie, která se užívala před lety. Momentálně se užívá zřídka, protože byla pro pacientky fyzicky a psychicky náročnější. U komplikovaných případů, kdy je dotyčná po několika urogynekologických operacích, může pomoci vyšetření magnetickou rezonancí.

#### **Sonografie**

Lze rozdělit podle vyšetřující oblasti na: abdominální, perineální a introitální. Abdominální sonografie nám umožňuje zhodnocení charakteru močového měchýře, vyloučení intravezikálních patologických procesů, jako jsou nádory močového měchýře, cystolitiáza či patologické útvary v okolí močového měchýře, cysty, nádory vaječníku a rekta. Sonografie nás také informuje o reziduální moči po mikci. Perineální a introitální sonografie se provádí klasickou sektorovou sondou nebo sondou vaginální. Vyšetření je důležité ke zhodnocení postavení a mobility močové trubice vůči močovému měchýři při hodnocení stresové inkontinence. Sonografie nám přispívá zhodnotit anatomické poměry malé pánve a vztah jednotlivých dolních močových cest (21).

#### **Urodynamické vyšetřovací metody**

Tyto techniky poskytují informace o morfologických, fyziologických a hydrodynamických aspektech transportu a shromažďování moči.

#### **Cystometrie**

Jedná se o invazivní vyšetření s nutností zavedení katetru do močového měchýře případně i do konečníku. Katetr zavedený do močového měchýře zastává jednak plnicí úlohu a současně registruje intravezikální tlak, který nás informuje o chování močového měchýře v závislosti na objemu náplně. Abdominální tlak v konečníku se měří rektální tlakovou sondou. Získáním obou těchto tlaků můžeme následně vypočítat tlak detruzorový, který nás informuje o samotném chování močového měchýře. Toto vyšetření je indikováno ke zhodnocení obstrukce močového měchýře (zvětšenou prostatou, funkční poruchou svěrače) a k operačnímu výkonu k vyloučení nestabilních kontrakcí močového měchýře, zvláště pak

před antiinkontinenční operaci, abychom rozlišili urgentní od stresové inkontinence. Měření tlaku v močovém měchýři v závislosti na objemu se nazývá cystometrie (22).

### **Uretrální tlakový profil**

Užívá se k vyšetření stresového profilu, kdy během zpětného pohybu katetru pacientka opakovaně kašle nebo provádí jiný stresový manévr. Dle tlaku v močovém měchýři lze potvrdit diagnózu inkompetence uretry.

### **Uroflowmetrie**

Tok moči je určen objemem tekutiny vypuzené uretrou za jednotku času, může být kontinuální nebo intermitentní a jeho průběh podává informaci o průběhu mikce. Objem tekutiny v měchýři po ukončení mikce je označeno jako reziduum.

### **Elektromyografie**

Zkoumá elektrické potencionály, vzbuzené depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního za použití povrchových nebo jehlových elektrod. Nejčastěji je tato metoda využívána k ověření synergie či dyssynergie funkce sfinkteru a detruzoru a k hodnocení funkce pánevního dna při zátěžových testech. Dále pomáhá při hodnocení efektu elektrostimulační léčby nebo gymnastiky svalů pánevního dna. Vyšetření je užíváno i proktology u sfinkterových poruch při anální inkontinenci (4).

### **Uretrální elektrická vodivost**

Měření změn vodivosti v průběhu uretry.

## **1.7 LÉČBA**

Výběr léčebné metody by měl začínat s co nejméně invazivním postupem, který má reálnou naději na odstranění problémů. Podmínkou pro úspěšnou léčbu je získání pacientky ke spolupráci a její motivace pro určitý postup.

### **1.7.1 Konzervativní léčba**

Je považována bohužel spíše za druhořadou léčbu, protože převládá dojem u pacientů, že jejich problém je vyřešen rychleji medikamentózní a chirurgickou léčbou. Mnoho nemocných špatně vnímají zásah do jejich životních návyků. Z tohoto důvodů raději volí jiný postup léčby než konzervativní léčbu. Při realizaci léčebných konzervativních metod se může

aktivně podílet sestra a fyzioterapeut. Úsilí lékaře zaměřené na zvládnutí inkontinence doplňuje sestra plánovanou ošetrovatelskou péčí, v rámci které se zaměřuje na potlačení nebo eliminaci přispívajících faktorů prostřednictvím změny životního stylu a tréninkem močového systému (9).

### **Změny životního stylu**

Obsahují změnu vztahů mezi pacientčnými příznaky a jejím okolím při terapii špatných mikčních návyků. Dosáhnout lze změny jedine změnou chování pacientky a změnou prostředí, nebo nejlépe obojího současně.

Změny s prokazatelným vlivem na močovou inkontinenci:

- 1. Redukce nadváhy:** nadměrná tělesná hmotnost je jedním ze silných rizikových faktorů, který lze ovlivnit zdravou životosprávou a vhodným pravidelným cvičením.
- 2. Omezení nadměrné fyzické aktivity:** doporučení je vyvarovat se nadměrné fyzické zátěže (zvedání břemen nad 5 kg pro ženy) po dobu 6 měsíců od antiinkontinenční operace.
- 3. Korekce příjmu potravin:** nevhodný je nadměrný příjem tekutin ve večerních hodinách zhoršuje projevy nykturie u starších pacientů. Při příjmu tekutin v průběhu dne je korelace slabší. Zvýšený příjem tekutin jen mírně zhoršuje projevy stresové inkontinence u starších žen, ale nemá žádnou souvislost s projevy nestabilního detruzoru. Omezený příjem tekutin zvyšuje riziko infekce močového měchýře, koncentrovaná moč dráždí sliznici močového měchýře a způsobuje hyperaktivitu.

## **Metody používané při léčbě urgentní močové inkontinence**

### **Trénink močového měchýře ( bladder training )**

Je to metoda, kterou můžeme uplatnit při léčbě urgency, častého močení i urgentní inkontinence. První podklady metody podali Jeffcoate a Francis v roce 1966, kdy ze 100 žen dosáhli vyléčení u 67 % nemocných.

Pacientka močí v předem stanovených časových intervalech, které se postupně prodlužují. Současně se pacientka snaží potlačit nutkání, eventuálně nacvičuje volní přerušování mikce. Metoda tréninku močového měchýře lze nacvičovat během hospitalizace nebo ambulantně.

### **Zhodnocení úspěšnosti léčby**

### **Objektivně prokazatelné výsledky:**

- Při dodržování správných mikčních návyků se dlouhodobé výsledky neliší od těch, které byly dosaženy po tréninku.
- Nedochozí k žádným signifikantním změnám anatomických poměrů v malé pánvi.
- V porovnání s ostatními konzervativními metodami léčby urgentní inkontinence je dosažitelný vyšší podíl vyléčených, podle literárních zdrojů 74 – 86%.

### **Celkové zhodnocení tréninku močového měchýře:**

Trénink močového měchýře vyžaduje minimální náklady na léčbu, je neinvazivní, vykonávání je jednoduché a šetrné pro pacientku, nejsou popsány žádné komplikace ani nežádoucí účinky. Tuto metodu lze doporučit už i při podezření na urgentní inkontinenci bez urodynamického vyšetření.

### **Biofeedback**

Je metoda, která cestou zrakových, sluchových či taktilních vjemů podává zpětnou informaci o jejich vlastních a normálně nevnímaných funkcích. Tato metoda byla ověřena jen na malé skupině lidí, není v širším měřítku používána v praxi.

### **Psychoterapie**

Má své opodstatnění tam, kde je prokazatelný psychický konflikt, jako základní příčina močové symptomatologie. Může být prováděna i ve skupinkách s využitím zkušeností již vyléčených pacientek.

### **Laser**

Technika spočívá v aplikaci laserových paprsků přes přední stěnu pochvy do oblasti trigona močového měchýře asi v 10 bodech. Léčba probíhá v několika sezeních nejprve denně, poté obden. Úspěšnost je 70 % vyléčených, nebo zlepšených stavů inkontinence.

### **Metody se sporným nebo nejasným významem:**

Patří zde gymnastika svalů pánevního dna, elektrická stimulace, distenze močového měchýře a dilatace uretry a akupunktura.

### **Alternativní způsoby léčby:**

- permanentní katetrizace,
- pomůcky pro zamezení úniku moči a pro sběr moči,
- balneoterapie a fyzikální terapie,
- intermitentní katetrizace.

## **1.7.2 Medikamentózní léčba**

### **Medikamentózní léčba stresové inkontinence**

V současné době neexistuje žádná celosvětově schválená medikace pro léčbu ženy se SI. Cílem farmakoterapie je zvýšit intrauretrální uzavírací síly zvýšením tonu hladkých svalů uretry nebo ovlivněním tonu příčně pruhovaných svalů uretry. Okruh medikamentózní léčby inkontinence je velmi omezený. Zřídka se užívají  $\alpha$  adrenergní agonisté,  $\beta$  adrenergní antagonisté,  $\beta$  adrenergní agonisté, tricyklická antidepresiva a estrogeny, a to v monoterapii nebo v kombinaci. Úspěchy pomocí těchto léků nejsou příliš přesvědčivé a vyskytují se možné nežádoucí reakce. Jediná molekula s pozitivním účinkem léčby je duloxetin. Duloxetin je inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Tento mechanismus zvyšuje míru stimulace serotoninových a noradrenalinových receptorů, a poté i tonus uretrálního sfinkteru. Výsledek serotoninu a noradrenalinu na patřící receptory je však podmíněn současnou přítomností glutamátu v synaptické štěrbině. V průběhu mikce je ale množství glutamátu minimální. Z tohoto důvodu duloxetin neovlivňuje volní evakuaci močového měchýře. Duloxetin se používá především u lehčího stupně inkontinence s relativně malou hypermobilitou uretry. V České republice není duloxetin registrován (7,10).

### **Medikamentózní léčba OAB a urgentní inkontinence moče**

Je nejúčinnější léčba při OAB a urgentní inkontinenci. Soudobé zkušenosti o neurofyziologii vegetativní inervaci močového měchýře a uretry umožňují efektivní výběr léku. Léčebný výsledek se pohybuje zhruba mezi 60 – 80 %. U svědomitého přístupu k medikamentózní léčbě se výsledek může pohybovat kolem 80 %. Základními léky jsou anticholinergika, či anticholinergika se spasmolytickým a parasymptolytickým účinkem.

Působnost těchto preparátů je limitována nedostatečným selektivním zaměřením na močový měchýř, kdy dochází k nepříjemným nežádoucím účinkům, například suchu v ústech, zácpě a mlhavému vidění. Cholinergní muskarinové receptory jsou vytvářeny 5 subtypy receptorů ( M1 – M5 ). Močový měchýř obsahuje jak M1 tak i M3 receptory. Receptor M3 je nejdůležitější při kontrakci močového měchýře při některých patologických stavech. Receptorová selektivita je velmi důležitá pro maximální využití anticholinergního účinku při orgánové selektivitě a k vyloučení nežádoucích účinků léků.

### 1.7.3 Chirurgická léčba

Invazivní možnost léčby probíhá u uretroskopie, kdy je intrauretrálně aplikovaná látka. Aplikuje se subslezničně u pacientů se stresovou inkontinencí. Jedná se o speciální látky, jako je teflon nebo hyaluronát. Komplikací výkonu může být lokální reakce.

Dále se může aplikovat botuloxin pomocí vpichů pod sliznici močového měchýře za endoskopické kontroly cystoskopem. Účinek je sledován průměrně 6 – 12 měsíců, poté slábnou nebo úplně vymizí. Zákrok je nutné mnohokrát opakovat (11).

Mezi operace řadíme slingové operace, které jsou prováděny při insuficienci sfinkteru u žen i u mužů. V překladu sling znamená podvléknutí svalů, povázky svalů nebo pásky pod proximální uretrou. Při operaci se dosáhne zvýšení rezistence v uretře při zvýšení intraabdominálního tlaku, zlepšší se uretrovezikální úhel napomáhající inkontinenci. V současné době převládá používání umělohmotných pásek tzv. metoda TVT. Tato metoda aplikace byla poprvé objasněna Ulmstenem v roce 1995. Díky své efektivitě a jednoduchosti nahradila Burchovu operaci. Při operaci se zaváděly polypropylenové pásky prostřednictvím retropubicky vedených jehlových zavaděčů pod uretru. Páska zabezpečovala uretře podporu při zvýšení intraabdominálního tlaku. Úspěšnost výkonu byla 86 – 89 % a rozměr komplikací do 10 %. Mezi nejčastější komplikace patřily perforace močového měchýře, krvácení, retropubické hematomy a pozdní vyklenutí pásky. Z důvodu i fatálních komplikací se hledala alternativní cesta k zavádění pásek. V roce 2001 zveřejnil Delorme transobturatorní vedení pásky TOT. Účinnost transobutárních pásek je 84 – 98 % a míra komplikací se pohybuje od 1 – 31 %. Mezi komplikace patří pooperační bolest v tříslech většinou krátkodobá 2 až 3 dny, perforace močového měchýře, infekce močových cest a krvácení. Předností transobutárních pásek je kratší dráha přes tkáň, která snižuje riziko poranění orgánu a cév. Rozvoj operačních výkonů je poháněn pořád dopředu, proto se začaly používat tzv. minislidy. Jsou to pásky, které jsou upevněny v obturátorovém svaly bez nezbytnosti vypichovat jehlový

zavaděč ze zvláštních kožních incizí. Občas jsou označovány jako „single incision slings“. V roce 2006 byla poprvé popsána jejich aplikace. Předností minislingů je menší množství alogenního materiálu ponecháváno v těle, snížení pooperační bolesti, snížení traumatizace tkání a celkové snížení invazivity operace (18).

Pokud je u pacienta neřešitelná inkontinence jinými způsoby, může se přistoupit k cystektomii s arteficiální derivací moči ve smyslu urostomie. Někdy je při urgentní inkontinenci dostačující augmentační cystoplastika. K operaci se používá část gastrointestinálního traktu, většinou preterminální klička ilea ke zvětšení objemu močového měchýře. Zvýší se jímací schopnost a sníží se stažlivost a tlak vyvolaný detruzorem. Jedná se o rozsáhlejší výkon s porušením celistvosti zažívacího traktu.

Další variantou cystoplastiky je autoaugmentace. U autoaugmentace je protnuta nebo odstraněna svalovina detruzoru, ponechá se pouze intaktní sliznice. Vznikne nepravý pseudodivertikl měchýře. Efekt je stejný jako u augmentační cytoplastiky (12).

U pacientů s poškozenými a nefunkčními oběma svěrači je možnost implantovat umělý svěrač. Je o vysoce speciální operaci.



## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Při přijetí pacienta do libovolné nemocnice nebo domova pro seniory je velmi důležitá anamnéza, kterou zjišťujeme veškeré problémy pacienta. Při inkontinenci moče se ptáme na rozsáhlejší otázky ohledně mikce. Únik moče je pro některé pacienty intimní problém, proto musíme být ohleduplní při otázkách a mít empatický přístup.

### U anamnézy zjišťujeme:

- rozsah a trvání potíží, jak často trápí pacienta nucení na močení, kdy dochází k inkontinenci a za jakých podmínek., popis pocitu nucení na moč, dojmy po vyprázdnění močového měchýře
- bolestivost při onemocnění
- stupeň soběstačnosti pomocí Barthelova testu a poruchy pohybového aparátu, které omezují možnost použití toalety
- poruchy spánku
- kožní problémy a defekty, které mohou vzniknout na základě inkontinence
- onemocnění, jež mohou ovlivnit únik moči
- jak pacient prožívá své onemocnění a jeho omezení
- jestli rozumí danému onemocnění a má o něm informace
- jestli má pacient pomůcky vhodné k danému stupni a typu inkontinence
- typ inkontinence pomocí standardizovanému dotazníku
- rizikové faktory
- rodinné, přátelské vztahy, které mohou ovlivnit inkontinenci
- jak je pacient schopen spolupracovat
- jestli má zájem spolupracovat a je schopen dodržovat nabízená režimová opatření
- riziko pádu
- riziko dekubitů

## **Plán ošetrovatelské péče**

Důležité je vytvořit prostředí pro zvládnání problému s močením.

U chodících pacientů by měli být viditelně označeny toalety, rozmístěny madla na chodbách a hygienickém zařízení. Prostředí by mělo být čisté.

U ležícího pacienta je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelská péče. Důležité je dodržovat intimitu pacienta při vyprazdňování, zajistit okamžitou dostupnost podložní mísy nebo močové láhve. Při vyprazdňování bychom měli pacienta dát do Fowlerovy polohy, pokud to lze ze zdravotního hlediska a zajistit signalizační zařízení v dosahu ruky.

Sestra musí plnit ordinace lékaře a sledovat účinky léku, které mají vliv na diurézu. V pravidelných intervalech by měla hodnotit a sledovat riziko vzniku dekubitů, kontrolovat močení každé dvě hodiny a vybízet pacienta k močení. Postupně nacvičovat prodlužování intervalů mezi močením pro dosažení 3 – 4 hodinových intervalů mezi močení. Pacient by měl užívat vhodné inkontinenční pomůcky dle jeho typu inkontinence, dle soběstačnosti sestře pomáhat při výměně nebo použití pomůcky.

Dle zdravotního stavu by měl pacient zvýšit příjem tekutin a regulovat tekutiny podle pravidelného rozvrhu. Tekutiny by se neměly podávat 2- 3 hodiny před spaním. Sestra sleduje bilanci tekutin a důležitá je edukace pacienta, co se týče sledování bilance tekutin a vedení Mikčního kalendáře.

Sestra musí zajistit nebo dohlédnout nad hygienickou péčí o pokožku a dávat pozor na vznik defektů. Ložní a osobní prádlo by mělo být pravidelně vyměňováno, musí být čisté a suché. Pacient ani sestra nesmí opomíjet správnou hygienu rukou.

V případě zavedení permanentního močového katetru, musí sestra dodržovat přísné aseptické podmínky, pečovat o katetr a jeho průchodnost. Důležitá je péče o genitálie.

Sestra zajišťuje spolupráci se sociální pracovníci, fyzioterapeutem a popřípadě s psychologem. Přístup k pacientovi by měl být individuální, citlivý a empatický. Podstatná je edukace pacienta a rodiny, týkající se problematiky inkontinence.

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje myšlenkový algoritmus a sérii plánovaných činností, které na sebe navazují. Společně vytvářejí dynamický celek, který ošetrovatelští profesionálové používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity.

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. Každá fáze ošetrovatelského procesu má své nezastupitelné místo a její správné provedení má vliv na ostatní fáze procesu. Patří zde posouzení, ošetrovatelská diagnóza, plánování, realizace a hodnocení.

Cílem využití této metody je prevence, odstranění nebo zmírnění ošetrovatelských problémů.

Posouzení neboli získávání informací o zdravotním stavu pacienta je velmi důležitá fáze ošetrovatelského procesu. Informace získáváme různými metodami například pomocí rozhovoru, dotazníků a vyšetřením pacienta. V této fázi je nutné, aby zdravotní personál dobře posoudil nedostatky nebo abnormality v potřebách pacienta (13).

Další fází je diagnostika, kde se vyhodnotí dle potřeb a problémů pacienta ošetrovatelská diagnóza.

Třetí fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje plánování. Zdravotní personál vypracovává individuální plán péče pro každého pacienta, dle jeho problémů a potřeb. Plánování se zaměřuje na stanovení cílů ošetrovatelské péče. V této fázi se vymezí strategie a intervence za účelem odstranění pacientových problémů. Vše se zaznamenává písemně, a informuje se celý ošetrovatelský tým o daných individuálních cílech pacienta. Důležitá je zde spolupráce pro efektivnost dalších fází ošetrovatelského procesu (17).

Realizace se týká veškerých individuálních cílů pacienta, které byly vytvořeny na základě potřeb a problémů. Do realizace se zapojuje celý ošetrovatelský tým a musí být důkladná.

Hodnocení je závěrečná fáze ošetrovatelského procesu. Hodnotí zde zdravotní personál, na jaké úrovni bylo dosaženo daných cílů u pacienta. Cíle můžeme dosáhnout úplně, částečně nebo cíle nedosáhneme (14).

## PRAKTICKÁ ČÁST

Žena J. M. 77 let, dlouhodobě bydlí v domově pro seniory Korýtko. Pacientka žila jako vdova sama v panelovém bytě. Dlouho se o sebe sama starala, z rodiny má jenom sestru, která bydlí daleko. Ta ji pravidelně navštěvuje v domově, ale bohužel každý den se o sestru nemohla starat. Pacientka postupem času začala mít zdravotní problémy, které se týkaly kardiovaskulárního systému, a prohlubovala se u ní vaskulární demence. Přestala být plně soběstačná a nebyla schopná žít sama v bytě. Proto jí její sestra zařídila pobyt v blízkém okolí, v domově pro seniory Korýtko.

Žena do domova nastoupila 25. března roku 2010, což bude již 5 let. Pacientka je v domově velmi spokojená, chodí pravidelně i k praktickému lékaři, který ordinuje v rámci domova a je pod neustálým dohledem zdravotního personálu. Pacientka se konečně zapojuje do veškerých aktivit domova. Trápil ji únik moči, ke kterému docházelo právě hlavně u fyzické námahy při cvičení. Když žila sama doma, problém s inkontinencí neřešila, protože se neměla před kým stydět. V domácím prostředí používala siné menstruační vložky, které nebyly schopné absorbovat takové množství moči. Proto u ní docházelo k častému pomočování, což způsobilo plno dalších problémů.

Při příjmu do domova pro seniory byla vyšetřena lékařem a problém inkontinence se začal řešit správnými postupy a léčbou. Po určité době se pomočování u pacientky zlepšilo, používala vhodné inkontinenční pomůcky a pravidelně cvičila na posílení pánevního dna.

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> J. M.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 1938	<b>Věk:</b> 77 let
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Ostrava – Zábřeh, mobil: 724 xxx xxx	<b>Číslo pojišťovny:</b> 205, Průmyslová česká zdravotní pojišťovna
<b>Adresa příbuzných a telefon:</b> sestra Františkovy Lázně, mobil: 724 xxx xxx	<b>Zaměstnání:</b> důchodce
<b>Rodné číslo:</b> 000000/000	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Vzdělání:</b> vyučena, prodavačka	<b>Praktický lékař:</b> MUDr. XY
<b>Stav:</b> vdova	<b>Název domova:</b> Domov pro seniory Korýtko
<b>Datum přijetí:</b> 20.4 2010	

**Důvod přijetí udávaný pacientkou:**

Snížena soběstačnost, zapomínání, problémy s vysokým krevním tlakem a inkontinence moče.

**Medicínská diagnóza hlavní:**

N393 – Stresová inkontinence III. Stupně

F019 – Vaskulární demence

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

N399 – Porucha močové soustavy, NS

E66 – Obezita – otylost

H669 – Zánět středního ucha, opakovaně

I252 – Starý infarkt myokardu 2008

I259 – Chronická ischemická choroba srdeční

I709 – Generalizovaná a neurčená ateroskleróza

I744 – Embolie a tromb. tepen konč., NS

J40 – Zánět průdušek chronický

L029 – Kožní absces, furun., karbun., NS

L309 – Dermatitida, NS

L40 – Psoriáza - lupénka

M159 – Polyartróza, NS

M545 – Bolesti dolní části zad

N189 – Chronické selhávání ledvin, NS

R040 – Krvácení z nosu – epistaxe

K602 - Hemeroidy

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘJETÍ

<b>TK:</b> 150/90 torrů - hypertenze	<b>Výška:</b> 176 cm
<b>P:</b> 93 /min - tachykardie	<b>Hmotnost:</b> 96 kg
<b>D:</b> 16/min - normopnoe	<b>BMI:</b> 30,99 – obezita 1. stupně
<b>TT:</b> 36,7 °C	<b>Pohyblivost:</b> s lehkým omezením
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> A Rh pozitivní

### Nynější onemocnění:

Aktivní důchodkyně, má dlouhodobé problémy s únikem moči, v domácím prostředí tyto potíže neřešila, protože se za ně styděla. Potíže byly čím dál větší, moč při jakékoliv fyzické námaze neudržela, proto používala nejsilnější vložky. Při přijetí do domova pro seniory byla na vstupním vyšetření u praktického lékaře. Lékař pacientce diagnostikoval stresovou inkontinenci III. stupně. Pacientku poučil o možnostech zmírnění příznaků, léčbě a o inkontinentních pomůckách. Posléze byla objednaná i k externímu urologovi.

### Informační zdroje:

Chorobopis, pacientka, rodinný příslušníci

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

**Matka:** zemřela stářím, léčila se s hypertenzí

**Otec:** zemřel na infarkt myokardu v 65 letech

**Sourozenci:** sestra: zdravá

**Děti:** 2 syny, jeden trpí DM II. typu a obezitou

### **Osobní anamnéza**

**Překonané a chronické onemocnění:** infarkt myokardu v roce 2008, hypertenze, obezita, ateroskleróza cév, selhávání ledvin, dermatitida, záněty středního ucha, záněty průdušek, bolesti zad a kloubů, stresová inkontinence

**Hospitalizace a operace:** kardiologie 1/2015

**Úrazy:** v dětství zlomeniny

**Transfúze:** ano

**Očkování:** povinné očkování, očkování proti chřipce

### **Léková anamnéza**

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Léková skupina</b>
HELICID	cps.	20 mg	1-0-0	Antacida
DASSELTA	tbl.	5 mg	1-0-0	Antihistaminika
RAMIL	tbl.	10 mg	1-0-0	Hypotenziva
AGEN	tbl.	10 mg	1-0-1	Vazodilantacia
CYNT	tbl.	0,3 mg	0-0-1	Hypotenziva
ATORVASTATIN	tbl.	10 mg	0-0-1	Hypolipidemika
INDAP	tbl.	2,5 mg	1-0-0	Hypotenziva
RIVOTRIL	tbl.	0,5 mg	0-0-1	Antiepileptika, antikonvulziva
CIPRALEX	tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva

QUETIAPIN MYLAN	tbl.	25 mg	0-0-0-1	Antidepressiva
SORBIFER DURULES	cps.	0,5 mg	0-2-0	Antianemika
NOVALGIN	tbl.	100 mg	max.v rozmezí 4 hodiny	Analgetikum
AFONILUM	cps.	250 mg	1-0-0	Bronchodilantants
ERDOMED	cps.	300 mg	1-1-0	Mukolytika
LACTULOSA	sirup		15 ml R	Laxantivum

**Alergologická anamnéza:**

**Léky:** PNC, Duomox

**Potraviny:** vlašské ořechy

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

**Abúzy**

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** 4 – 5 cigaret / denně

**Káva:** 4 – 5 denně

**Léky a jiné drogy:** neguje

**Urologická anamnéza:**

**Překonané urologické onemocnění:** záněty močových cest, selhávání ledvin

**Poslední návštěva urologa:** leden 2015



**Gynekologická anamnéza:**

**Překonané gynekologické vyšetření:** záněty a cysty

**Porody a potraty:** 2 x porody, potrat 0

**Poslední návštěva gynekologa:** listopad 2014 (pacientka chodí na vyšetření 1x ročně)

**Sociální anamnéza:**

**Stav:** vdova

**Bytové podmínky:** pacientka po smrti manžela bydlela 10 let sama v bytě, momentálně bydlí v domově pro seniory Korýtko s jednou paní, s kterou bydlí od začátku pobytu

**Vztah, role, a interakce v rodině:** s rodinou vychází dobře

**Vztah, role, interakce mimo rodiny:** v domově pro seniory vychází s pacienty poměrně dobře, se svou spolubydlící si občas vymění názory, ale akceptují se

**Záliby:** četba romantických knížek, časopisů, pletení, vyšívání a luštění křížovek

**Volnočasové aktivity:** veškeré aktivity domova, cvičení, procvičování paměti, dílny, bingo, kuželky a různé výlety organizované domovem

**Ekonomické podmínky:** pacientce stačí peníze na zaplacení domova, léků i aktivit, ekonomické podmínky má dostačující

**Spirituální anamnéza:**

**Religiózní praktiky:** křesťanská církev

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 15. 1. 2015

### Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment

System	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
<b>Hlava a krk</b>	„Poslední dobou mě hodně bolí hlava v oblasti spánku.“	Hlava pokleповě nebolestiví skelet, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, reakce na svit v normě, skléry bílé, spojivky růžové, stav sliznice: v normě, vlhké, bez viditelných defektů, jazyk povleklý, plazí středem, pulzace karotid na krku souměrná, štítná žláza bez příznaku, lymfatické uzliny lehce hmatatelné.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Trvale mě trápí dušnost, která se projevuje při fyzické námaze, momentálně se mi potíže zhoršily. Když odpočívám a jsem v klidu, dochází k dušnosti. Taky mě trápí vlhký kašel a vykašlávám hleny.“	Pacientka má v klidu bronchitické dýchání s prodloužením expiriem, viditelná ponámahová i klidová dušnost, dýchání se šelesty a pískoty. Produktivní kašel s hnisavým sputem, předepsané léky. V klidu 16 dechů /min a při zátěži 30dechů /min. Saturaci má pacientka 93%.

<p><b>Srdcově cévní systém</b></p>	<p>„Doktorka mi před pár lety diagnostikovala vysoký krevní tlak. Tak mi předepsala léky, které jsem měla užívat každé ráno. Léky jsem užívala, nepravidelně. Mnohokrát jsem zapomněla, že je musím užívat.“</p>	<p>Srdeční akce nepravidelná, puls dobře hmatný, zrychlený 90/ min, TK: 150/90 torrů. Dolní končetiny bez otoků, pulsace přiměřená, hmatná a bez zánětlivých změn.</p>
<p><b>Břicho a GIT</b></p>	<p>„Na velkou nechodím pravidelně, často mě trápí tvrdá stolice a bolestivost při defekaci. Někdy mám i na toaletním papíře čerstvou krev, stolici mám tmavé barvy.“</p>	<p>Břicho nebolestivé, měkké, peristaltika přiměřená, stolice nepravidelná někdy pacientka trpí zácpou, stolici má tmavší až černou barvu, z důvodu podávání železa v tabletové formě, stolici má při zácpě s příměsí čerstvé krve, je poučena a byla vyšetřena na proktologii. Játra, slezina a pankreas nezvětšené na pohmat.</p>
<p><b>Močové - pohlavní</b></p>	<p>„Močové problémy mám už delší dobu, dochází k úniku moči. Tento problém se pořád zhoršuje, nestačí mi už ani vložky, které používám. Moč je zbarvená do tmavě žluté barvy, nezapáchá.“</p>	<p>Moč čirá, tmavě žluté barvy, bez zápachu a příměsí. Palpačně ledviny nebolestivé. Vyšetření gynekologické bez potíží.</p>

<b>Kostrově – svalový systém</b>	„ Problémy s chůzí mám, když mě občas pobolívají kolena, hlavně při změně počasí. Když nemám bolesti, pohybuji se sama bez potíží.“	Hybnost obou horních končetin v normě, končetiny symetrické s mírným třesem vzhledem k věku. Prsty prokrvené a růžové. Páteř bez patologických změn. Otoky dolních končetin neguje, pulzace přiměřená bez varixů. Klouby momentálně nebolestivé, volně pohyblivé. Svalový tonus přiměřený věku, reflexy zachovány.
<b>Nervově – smyslový systém</b>	„ Problémy mám občas s pamětí, kdy si nemůžu vzpomenout, co jsem dělala včera. Na čtení a do dílen musím používat brýle.“	Pacientka je při vědomí orientovaná, místem, časem a osobou. Výrazné potíže nemá se sluchem ani zrakem. Dlouhodobá paměť je v normě, ale někdy má problémy s pamětí krátkodobou, v normě staršího člověka.
<b>Endokrinní systém</b>	„ Potíže nemám.“	Štítnou žlázu má bez příznaků, nezvětšenou a nehmatnou, odběry v pořádku.

<p><b>Imunologický systém</b></p>	<p>„ Alergická jsem na ATB, PNC a oříšky. Už v dětství jsem byla hodně nemocná. Momentálně mám imunologický systém slabý, protože jsem nemocná. “</p>	<p>Pacientka je alergická na Duomox, PNC a oříšky, ekzém neguje, lymfatické uzliny mírně zvětšeny. V dětství běžné dětské onemocnění.</p>
<p><b>Kůže a její adnexa</b></p>	<p>„Chodím co 3 měsíce ke kožní lékařce, která mi pořád předepisuje nové mastičky. Pokožku mám vysušenou a velmi mě svědí, proto se neustále škrábu až do krve.“</p>	<p>Kůže v oblasti trupu je velmi vysušená, zarudlá s neléčícími známkami dermatitidy.</p> <p>Kožní turgor je snížený (mírné známky dehydratace). Nehty, vlasy udržované. Ochlupení je přiměřené věku pacientky. V okolí genitálií četná vlhkost a opruzeniny v oblasti hýždí. Pacientka poučena o hygieně a péči o genitálie a okolí.</p>

## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

<p><b>Stravování</b></p>	<p><i>Doma:</i> „Jedla jsem vše, co mě napadlo a na co jsem měla právě chuť. Nejradši mám nezdravé potraviny, zákusky, smažené brambůrky a jiné. Jsem velmi mlsná. “</p> <p><i>V domově pro seniory:</i></p> <p>„ Byl to pro mě nezvyklé, jíst v pravidelných intervalech. Pan doktor mi předepsal dietu, kterou jsem nechtěla držet. Proto jsem si na vlastní nebezpečí zvolila normální stravu bez diety. Teď si můžu vybírat hlavní jídlo ze tří druhů obědů. Většinou si vyberu nějaké sladké jídlo. Často máme na svačinu ovoce, nebo k snídani zeleninu, ale jelikož ji nemám ráda, tak ji nejím. V domově máme i místní bufet, který často navštěvuji, když mám chuť na nějaké dobré pochutiny. “</p>	<p>Pacientka měla lékařem a nutriční terapeutkou naordinovanou nízkocholesterolovou dietu. Na vlastní žádost i přes doporučení lékařů pacientka chtěla předepsat normální stravu bez omezení. Lékař tedy stanovil pacientce dietu č. 3 (racionální, neboli základní dieta).</p> <p>BMI má 30,99 (obezita I. stupně).</p>
<p><b>Příjem tekutin</b></p>	<p><i>Doma:</i> „ Nemám pocit žízně, nesleduji, kolik tekutin vypiju za den. Většinou piju vodu přímo z kohoutku. Velmi ráda mám silnou kávu,</p>	<p>Turgor pacientky je snížený, což ukazuje na známky dehydratace. Pacientka nemá pocit žízně. Zavedla se jí pitná mikční karta.</p>

	<p>kteřou si dopředu i 4 krát denně. Nemůžu moc pít i z důvodu, že trpím inkontinencí moče. A nechci, aby docházelo k většímu úniku moče. Inkontinenci řeším hygienickými vložkami. Poslední dobou se cítím slabá a malátná. “</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Zdravotní personál mě neustále poučuje a dohlíží na počet skleniček, který denně vypiju. Povinně si musím zaznamenávat denní množství tekutin. Denně musím vypít minimálně 1,5 litrů vody a musím snížit konzumaci kávy. Přes všechna opatření, si někdy dám pár káv navíc. “</p>	<p>Zdravotnický personál dohlíží a nabízí pacientce v průběhu celého dne tekutiny.</p> <p>Pacientka byla poučena ohledně konzumace silné kávy během dne a před spaním. Omezení částečně dodržuje.</p> <p>Alkohol pije jen příležitostně.</p>
<p><b>Vylučování moče</b></p>	<p><i>Doma:</i> „ Mám problémy s inkontinencí moče, tento problém řeším hygienickými vložkami a malým příjmem tekutin. S problémem se nikomu nechci svěřit a odbornou pomoc jsem zatím nevyhledala. Barvu moče nesleduji, měla by být žluté barvy. “</p>	<p>Pacientka má diagnostikovanou stresovou inkontinenci III. stupně. Pacientka byla edukována lékařem i zdravotní sestrou ohledně inkontinence a všech důležitých informací ohledně inkontinenčních pomůcek a cvičení.</p>

	<p><i>V domově pro seniory:</i></p> <p>Problém s inkontinencí se pořád zhoršoval a začal mě omezovat ve společenském životě v domově. Po čase, jsem se svěřila se svým problémem zdravotnímu personálu. Lékař mi diagnostikoval stresovou inkontinenci a objednal mě k urologovi. Především mi předepsal vhodné inkontinenční pomůcky. Byla jsem poučena, jak mám správně používat dané pomůcky. Každý den si musím zapisovat, kolik vypiju tekutin, vymočím moče a kolikrát denně mi uniká moč a kdy. Také mi zdravotní sestry názorně ukázaly cviky na zpevnění pánevního dna. A podaly mi plno informací ohledně inkontinence, které jsem nevěděla.“</p>	<p>Pacientce se zavedla pitná a mikční karta, aby se sledoval příjem tekutin, přibližný výdej moče a denní a noční úniky moče.</p> <p>Barvu moče má tmavě žlutou, bez zápachu a příměsí v moči.</p> <p>Moč je laboratorně bez patologických změn.</p>
--	---	---



<p><b>Vylučování stolice</b></p>	<p><i>Doma:</i> „Trpím občas zácpou, tento problém vždy řeším potravinami, které změkčují stolicí nebo lactulosou, kterou jsem si koupila v lékárně. Stolicí mám tvrdé konzistence, normální barvy a občas s příměsí čerstvé krve. S krví ve stolicí jsem nezašla k doktorovi, protože jsem se bála, že to může být rakovina.“</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Problémy se zácpou jsou menší. Stolicí mám tmavé až černé barvy z důvodu užívání tabletek. Občas mě trápí příměs čerstvé krve ve stolicí, ale to jen při zácpě, kdy musím silně tlačit. Byla jsem na proktologickým vyšetření, kdy mi lékař diagnostikoval hemeroidy. Pučil mě o vhodné stravě a pitném režimu, ať nedochází k zácpě a následnému krvácení.“</p>	<p>Pacientka nemá pravidelnou stolicí, občas jí trápí zácpa. Stolice je tmavá až černá, z důvodu užívání sorbiferu. Je bez zápachu, formovaná někdy s příměsí čerstvé krve při zácpě. Pacientka má diagnostikované hemeroidy. Na kontrolu k proktologovi chodí pravidelně 1 x ročně. Poslední stolice byla 13. 1. 2015.</p>
----------------------------------	--	---

<p><b>Spánek a bdění</b></p>	<p><i>Doma:</i> „Mám problémy se spaním, dělá mi velký problém usnout. Tyto potíže mám dlouhodobě, většinou spím velmi málo, maximálně 5 hodin denně. Velmi často se probouzím i kvůli nechtěnému úniku moče.“</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Problémy s nespavostí mám neustále. Byla jsem mnohokrát poučena o snížení konzumace kávy večer, bohužel jsem na kofeinu závislá a nedokážu si ho odpustit. Mám předepsané i léky na spaní, ale ty zabírají občas, když jsem velmi unavená. V noci se naštěstí už tak často neprobouzím, z důvodu vhodných inkontinenčních pomůcek. Ráda chodím na cvičení v domově, které probíhá 3x týdně. Cvičení mě vždy fyzicky zmůže, že si lehnu a usnu na pár hodin.“</p>	<p>Spánek má pacientka velmi nekvalitní. Večer nemůže usnout a probouzí se velmi brzo ráno z důvodů pocitu přeplněného močového měchýře nebo úniku moče. Občas pacientka spí přes den na pár hodin. Má předepsaná hypnotika.</p>
<p><b>Aktivita odpočinek</b></p>	<p><i>Doma:</i> „Trávím hodně času v bytě, protože se bojím chodit na procházky někam daleko, z důvodu úniku moče. Taky mám strach, abych nikde</p>	<p>Zdravotní stav pacientky v domově pro seniory se velmi vylepšil. Pacientka je aktivní, komunikativní a společenská. Vypadá</p>

	<p>nespadla a něco si neudělala. Většinou odpočívám, pletu, čtu knížky a koukám na televizi. “</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Při přejetí do domova jsem byla velmi ostýchavá a nezúčastňovala jsem se žádných aktivit. Postupem času jsem si zde našla plno kamarádek a zapojila se do programu domova. Ráda chodím na cvičení, bingo, procvičování paměti a do dílen. Po obědě většinou odpočívám nebo relaxuji u knížky.“</p>	<p>velmi spokojeně, většinou relaxuje u čtení a pravidelně navštěvuje místní kavárnu s kamarádkami.</p>
<p><b>Hygiena</b></p>	<p><i>Doma:</i> „Hygienu jsem si vždy obstarávala sama.“</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Snažím se být soběstačná, ať neobtěžují zdravotní personál. Pracovnice sociálních služeb jen dohlížejí, jestli jsem se řádně umyla. Když potřebuji s něčím výjimečně pomoci, jsou velmi ochotné. “</p>	<p>Pacientka je soběstačná v oblasti hygieny, potřebuje jenom občasnou kontrolu zdravotnickým personálem.</p>

<p><b>Samostatnost</b></p>	<p><i>Doma:</i> „V rámci bytu jsem samostatná, bohužel jsem začala mít zdravotní problémy a soběstačnost se zhoršila. Nevycházím z domu, protože se bojím, abych někde neupadla. Základní suroviny mi obstarává rodina.“</p> <p><i>V domově pro seniory:</i> „Můj zdravotní stav se velmi zlepšil. Jsem zde málem samostatná, občas potřebuji dohled, anebo malou pomoc. Chodím i na pravidelné procházky do místní večerky a každou neděli na mši do místního kostela, který je poblíž domova pro seniory.“</p>	<p>Pacientka je soběstačná v rámci domova a blízkého okolí.</p>
----------------------------	--	---

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
<b>Vědomí</b>			Pacientka je při vědomí, lucidní a spolupracující.
<b>Orientace</b>		„Vím, kde se nacházím, a pamatuji si, i kde jsem před tím bydlela.“	Pacientka je orientovaná místem časem a osobou.
<b>Nálada</b>		„Náladu mám v domově podle toho, jak se vyspím, ale většinou se cítím spokojeně. Když mě něco trápí, většinou se svěřím pracovníkům a problém se vyřeší.“	Pacientka v domově vypadá spokojeně, chodí na mnoho aktivit domova, nebo odpočívá.
<b>Paměť</b>	<b>Novopaměť</b>	„Občas zapomínám, ale vzhledem k věku si myslím, že je to v pořádku.“	Beze změn
	<b>Staropaměť</b>	„Pamatuji si na vše, co se stalo i před mnoha lety.“	Beze změn
<b>Myšlení</b>		„Myslím si, že to myšlení mám dobré.“	Zpomalenější vzhledem k věku.
<b>Temperament</b>		„Jsem velmi ráda mezi lidmi a sbírám nejnovější „drby“ z domova.“	Sangvinik

<b>Vnímání zdraví</b>	„Nedodržuji zdravý životní styl. Když jsem nemocná, snažím se léčit sama, pokud léčení nepomůže, jdu za odborníky.“	Nerada chodí k lékaři, ale když ji dlouhodobě něco trápí, dojde k praktickému lékaři.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Svůj zdravotní stav zcela vnímám, mnohokrát jsem byla informována o svém zdravotním stavu, ale bohužel některá důležitá opatření nedodržuji.“	Uvědomuje si závažnost onemocnění a rizikových faktorů, ale nechce změnit svůj životní styl.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Uvědomuji si, že jsem stará a nebudu si kazit poslední roky života zdravou stravou a zdravým životním stylem. V mém věku je to zbytečné.“	Přiměřená
<b>Adaptace na onemocnění</b>		Po edukaci pacientka nedodržuje zdravotní opatření. Léky dle medikace užívá pravidelně.

<p><b>Projevy jistoty a nejistoty (strach, úzkost, obavy a stres)</b></p>	<p>„Občas mám obavy a strach ze smrti, protože nejsem nejmladší.“</p>	<p>Strach a obavy ze smrti.</p>
<p><b>Zkušenosti z hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie )</b></p>	<p>„Hospitalizovaná jsem byla zatím jednou a to na kardiologii. V nemocnici se mi líbilo, ale stýskalo se mi po domově a nemohla jsem si zvyknout na cizí nemocniční prostředí.“</p>	<p>Na oddělení kardiologie proběhla péče pacientky v pořádku, byla spokojena s přístupem zdravotnického personálu.</p>

## POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

	Objektivní údaje	
<b>Komunikace</b>	Verbální	Komunikace adekvátní zdravotnímu stavu, řeč srozumitelná.
	Neverbální	Neverbální komunikace adekvátní zdravotnímu stavu, mimika přiměřená.
<b>Informovanost</b>	O onemocnění	Pacientka je dostatečně informována.
	O diagnostických metodách	Pacientka je dostatečně informována.
	O léčbě a dietě	Pacientka je dostatečně informována.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	Primární (role související s věkem a pohlavím)	77 letá žena
	Sekundární (související s rodinou a společenský – mi funkcemi)	Otec, matka
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Starobní důchodce, pracovala jako prodavačka v samoobsluze.



## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

### Ordinovaná vyšetření:

- **EKG** – frekvence 80/min, křivka v normě
- **Gynekologické konsilium** – děloha mobilní, malá, pohyby hrdlem nebolestivé, břicho měkké, palpačně nebolestivé, adnexa bpn., sliznice 3-4 mm, myometrium homogenní, gynekologické konsilium nejeví známky anemického syndromu
- **ORL konsilium** – uživatelka bez potíží, bez krvácení, nosem dýchá klidně, otoskop volně, septum přímé, sliznice klidné, bledé, vlevo zaschlé hleny krusty
- **Kolonoskopie** – závěr vnitřní hemeroidy II. stupně, norma do céka
- **Fibrogastroskopie** – za vizualizace do jícnu bez krve, volně do žaludku, pyloru a duodena, tělo a antrum v normě, normální nález bez nálezu krvácení
- **UZ vyšetření břicha** – játra normální velikosti, střední echogenity a bez ložiskových změn, žlučník normální velikosti, jemnostěnný, bez lithiasy, bez dilatace ve žlučových cestách, pankreas přehledný také bez ložiskových změn, slezina homogenní, nezvětšená 97 mm, ledviny normální uložení, podélně 84 mm vpravo a 96 mm vlevo, lehce hrbolaté kontury, hraniční šíře parenchymu 12 mm vpravo, vlevo 13 mm, vícečetné korové cysty vpravo do 14 mm, vlevo do 10 mm, bez ložiskových změn, močový měchýř vyprázdněn, malá pánev teda nepřehledná, bez volné tekutiny, závěr: korové cysty ledvin
- **Echokardiografie** – středně významná systolická dysfunkce levé komory, hraniční šíře stěn levé komory, těžká diastolická dysfunkce charakteru restričního plnění, lehká dilatace levé komory, hraniční velikost pravé komory, významná dilatace levé síně, pravá síň nedilatovaná, závěr: nevýznamné chlopňové vady, bez plicní hypertenze

- **RTG plic** – na snímku plic vestoje kresba plicní přiměřená, nehomogenní zastření, v.s. pneumonická parakradiálně vpravo 8x6 cm, vlevo možný pneumonický kondenzát retrokardiálně. Hily nepřehledné, horní mediastinum nerozšířené, stín srdeční rozšířen, neostrých kontur.
- **Krevní odběry** – biochemie, ionty, koagulace, krevní obraz
- **Vyšetření moči** – chemické vyšetření moči

#### Výsledky krevního vyšetření.

Parametry	Hodnota	Referenční meze –
		Městská nemocnice Ostrava
<b>Biochemie</b>		
Sodík (Na)	141	136,0-145,0 mmol/l
Draslík (K)	4,3	3,80-5,40 mmol/l
Chloridy (Cl)	107	98-107 mmol/l
Vápník	2,0	2,10-2,65 mmol/l
Glukóza	4,4	3,3-5,8 mmol/l
Urea	12,1	2,8-8,3 mmol/l
Kreatinin	193	44-85 umol/l
Kyselina močová	255	142-389 umol/l
Celková bílkovina	68,3	66,0-83,0 g/l
Albumin	45,3	35,0-53,0 g/l
Bilirubin	20,0	2,0-21,0 umol/l
ALT	0,38	0,00-0,62 ukat/l

AST	0,63	0,00-0,58 ukat/l
ALP	1,9	0,50-2,00 ukat/l
Osmolalita v séru	283	275-295 mmol/kg
CRP	23	0-10 mg/l
<b>Krevní obraz</b>		
Leukocyty	3,9	4,00-10,00 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	3,13	3,80-5,20 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	93	120-160 g/l
Hematokrit	0,28	0,35-0,47 /l
Trombocyty	331	150-400 10 <sup>9</sup> /l
<b>Koagulace</b>		
INR	0,91	0,80-1,20 s
Quickův test	102	70-120 %

**Výsledky vyšetření moče:**

Parametry	Hodnota	Referenční meze – Městská nemocnice Ostrava
<b>Vyšetření moči chemické</b>		
Specifická váha moči	1007	1010-1028
pH	5,0	4,5-5,5
Leukocyty	negativní	
Bílkoviny	negativní	
Aceton	negativní	

Nitráty	negativní	
Urobilinogen	negativní	
Bilirubin	negativní	
Krev	negativní	
Glukosa	negativní	

Zdroj: IS Cygnus, Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace a chorobopis pacientky.

#### **Konzervativní léčba:**

Dieta: 3 (racionální) a tekutiny

Výživa: per os

Pohybový režim: klidový režim

RHB: neindikována

#### **Medikamentózní léčba:**

<b>Per os</b>			
<b>Název léku</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Denní dávkování</b>	<b>Indikační skupina</b>
Helicid	20 mg	1-0-0	Antacida
Afonilum	250 mg	1-0-0	Bronchdilantants
Erdomed	300 mg	1-1-0	Mukolytika
Dasselta	5 mg	1-0-0	Antihistaminika
Ditustat	gtt.	30 gtt. na noc	Antitusikum
Ramil	10 mg	1-0-1	Hypotenziva

Agen	10 mg	1-0-0	Vazodilantacia
Cynt	0,3 mg	0-0-1	Hypotenziva
Atorvastatin	10 mg	0-0-1	Hypolipidemika
Indap	2,5 mg	1-0-0	Hypotenziva
Novalgin	100 mg	1-1-1	Analgetikum
Rivotril	0,5 mg	0-0-1	Antiepileptika, antikonvulziva
Cipralelex	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Quetiapin Mylan	25 mg	0-0-0-1	Antidepresiva
Sorbifer durules	cps.	0-2-0	Antianemika

<b>Inhalačně</b>			
------------------	--	--	--

Atrovent	2+2 ml FR	inh. v 8 hod	Antiasmatika
----------	-----------	--------------	--------------

Zdroj: IS Cygnus, Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace a chorobopis pacientky.

## SITUAČNÍ ANALÝZY ze dne 16. 1. 2015

77 letá žena přijatá do domova pro seniory Korýtko 20. 4. 2010 okolo 10 hodiny ranní pro zhoršení zdravotního stavu. Pacientka nebyla schopna se sama o sebe postarat, z důvodu prohlubující se demence a dalších onemocnění.

Pacientka je lehce dezorientovaná, u pacientky je zjištěný vysoký krevní tlak. Krevní tlak 150 / 90 torrů. Posléze bylo zjištěno, že se s hypertenzí už léčí dlouhodobě, ale v domácím prostředí léky neužívala pravidelně. Z důvodu dekompenzované hypertenze se u ní projevila bolest hlavy, únava a porucha spánku.

Při příjmu je pacientka mírně dehydratovaná, má snížený pocit žízně a bojí se konzumovat tekutiny, z důvodů samovolného úniku moče. Z důvodů dehydratace, u ní dochází i ke sníženému turgoru kůže a vysušení pokožky. Udává svědění kůže v oblasti trupu. Na kůži jsou viditelné známky po škrábání.

Pacientka trpí dlouhodobou nespavostí, kterou řeší medikací dle ordinace lékaře.

Pacientku trápí dlouhodobě námahová dušnost, která se zhoršila a dochází k ní i v klidové poloze. Fyziologické funkce dechu v klidu má 16/ minutu při fyzické námaze se pohybuje okolo 30dechů / minutu. Saturace kyslíku se pohybuje okolo kolem 93 %. Frekvence pulsu 93/ minutu. Cítí se celkově slabá, úzkostná a vykašlává hnisavé sputum žluté barvy. Pacientka je afebrilní 36,7 °C má naordinován klidový režim.

Vyprazdňování moče pacientka zvládla samostatně. Z důvodu občasné špatné hygieny a inkontinence moče, má pacientka opruzeniny v oblasti genitálu a hýždí. Proto je důležitý dohled zdravotnického personálu nad hygienou. Moč má tmavě žlutou, bez příměsí a zápachu.

Pacientka dlouhodobě trpí zácpou. Vyprazdňuje se většinou jednou za 3 – 4 dny. Stolicí má tmavé barvy a bez zápachu, s příměsí čerstvé krve. Pacientka má diagnostikované hemeroidy, je v dispenzarizaci proktologa, kterého pravidelně navštěvuje jednou ročně nebo při potížích.

Vzhledem k nevhodné životosprávě trpí obezitou I. stupně. Hodnota BMI je 30,99.

## **Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

Ošetrovatelské diagnózy ze dne 16.1 2015 jsou uspořádány dle závažnosti.

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

1. Úzkost ze smrti z důvodu námahové a klidové dušnosti, projevující se produktivním kašlem.
2. Porucha vyprazdňování moče z důvodu vyššího věku pacientky, projevující se únikem moči a výskytem opruzenin.
3. Chronická zácpa z důvodů dehydratace a nevhodné životosprávy, projevující se nepravidelnou stolicí a příměsí krve ve stolici.
4. Porušený spánek z důvodu bolesti hlavy a zvýšené konzumace kofeinu, projevující se nespavostí.

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

1. Riziko pádů z důvodu vysokého věku pacientky a nedostatečného příjmu tekutin.
2. Riziko imobilizačního syndromu z důvodů špatné soběstačnosti pacientky.

## **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. Úzkost ze smrti z důvodu námahové a klidové dušnosti, projevující se produktivním kašlem.**

**Cíl:** snaha o zmírnění nebo odstranění úzkosti

**Priorita:** vysoká

#### **Výsledná kritéria:**

- dojde ke zmírnění dušnosti – do 2 hodin
- pacientka bude mít fyziologické funkce v normě – do 6 hodin
- u pacientky dojde ke zmírnění úzkosti – do 2 hodin
- u pacientky se vyléčí produktivní kašel - do několika dní

#### **Plán intervencí:**

- vysvětlí pacientce příčiny dušnosti – všeobecná sestra
- edukuj pacientku a názorně ji ukaž vhodnou úlevovou polohu při dušnosti (Fowlerova poloha) – všeobecná sestra
- pouč pacientku o správné technice dýchání – všeobecná sestra
- podávej pacientce kyslík a aplikuj léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- sleduj dýchání, fyziologické funkce a celkový stav pacientky – všeobecná sestra
- proved' u pacientky pokleповou masáž hrudníku, pro uvolnění sekretu z dýchacích cest - všeobecná sestra
- zajisti pravidelné větrání pokoje, dostatek čerstvého vzduchu – ošetrovatelský tým



**Realizace:**

- pacientka je uložena do Fowlerovy polohy
- pacientka je poučena o příčinách dušnosti a o správnosti dýchání
- pacientce je podán kyslík pomocí kyslíkových brýlí s průtokem 3l/min., nebo dle její potřeby, a jsou jí aplikovány léky dle ordinace lékaře
- sledujeme u pacientky fyziologické funkce a dušnost co 4 hodiny dle ordinace lékaře
- pacientce jsou nabízeny tekutiny v pravidelných intervalech
- u pacientky je provedena poklepová masáž hrudníku
- v pokoji pacientky se pravidelně větrá

**Hodnocení:**

U pacientky po podání kyslíku se saturace pohybuje ve fyziologické normě  $SpO_2$  – je 93%. Pacientka zaujímá Fowlerovou polohu, při níž se jí zlepšilo dýchání. Pocit úzkosti a strachu ze smrti se u pacientky zmínil po stabilizování dýchání. Pacientce byly dle ordinace lékaře aplikovány léky, po několika dnech došlo k vyléčení produktivního kašle. V průběhu léčby byla pacientce prováděna zdravotnickým personálem poklepová masáž hrudníku a pokoj byl přizpůsobený pro přísun čerstvého vzduchu.

**Cíl byl částečně splněn**, je potřeba pokračovat v plánovaných intervencích.

## **2. Porucha vyprazdňování moče z důvodu vyššího věku pacientky, projevující se únikem moči a výskytem opruzenin.**

**Cíl:** Pacientka má zajištěnou dostatečnou hygienu, bez známek opruzenin a poruchy integrity kůže.

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka zvládá hygienickou péči s dopomocí personálu a využívá inkontinentní pomůcky – do 2 dnů
- u pacientky nedojde ke zhoršení výskytu opruzeniny, sliznice močového ústrojí bude zhojena – to 1 týdne

### **Plán intervencí:**

- edukuj pacientku o faktorech způsobující infekci močových cest – všeobecná sestra
- nauč pacientku vhodně používat inkontinenční pomůcky a ukaž názorně – všeobecná sestra
- pouč pacientku ohledně správné hygieny genitálu - všeobecná sestra
- zajisti edukační materiály ohledně inkontinence - všeobecná sestra
- sleduj frekvenci močení a únik moče, u pacientky je zavedena pitná a mikční karta - všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správném zapisování do pitné a mikční karty - všeobecná sestra
- kontroluj pravidelně stav pokožky v oblasti genitálu (2x denně ) - ošetrovatelský tým
- ošetřuj pokožku určenými přípravky pro opruzeniny, dle potřeby - ošetrovatelský tým
- ukaž s následným procvičováním cviky na posílení pánevního dna - všeobecná sestra nebo fyzioterapeutka

**Realizace:**

- pacientka je poučena o používání inkontinentních pomůcek a příčinách způsobující infekci močových cest
- pacientce jsou názorně ukázané cviky na posílení pánevního dna
- pacientce je vysvětlen postup zapisování pitné a mikční karty
- u pacientky je prováděna kontrola hygieny genitálu (2x denně)
- u pacientky je ošetřovaná pokožka genitálií (2x denně)

**Hodnocení:**

Pacientka se naučila správně používat inkontinenční pomůcky. Denně cvičí vhodné cviky na posílení pánevního dna. Zapisuje veškeré údaje do pitné a mikční karty. Je dostatečně hydratovaná a je bez známek infekce a známek opruzenin

**Cíl byl částečně splněn**, je potřeba pokračovat dlouhodobě v daných intervencích.

### **3. Chronická zácpa z důvodů dehydratace a nevhodné životosprávy projevující se nepravidelnou stolicí a příměsí krve ve stolici.**

**Cíl:** pacientka se vyprazdňuje pravidelněji co 2 – 3 den,

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- pacientka se vyprazdňuje co 2-3 den, bez namáhavé defekace a příměsí krve ve stolici
- pacientka zná, rozumí a respektuje opatření prevence zácpy

### **Plán intervencí:**

- edukuj pacientku o faktorech způsobující zácpu - všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správné životosprávě a optimální hydrataci (1500- 2000 ml tekutin/ 24 hodin) - ošetřovatelský tým
- kontroluj kvalitu, množství, frekvenci a příměsi stolice - všeobecná sestra
- zajisti pacientce soukromí při defekaci – ošetřovatelský tým
- podávej léky dle ordinace lékaře a potřeby pacientky 15 ml Lactulosity ráno – všeobecná sestra
- zhodnot' účinnost podané medikace a zapiš do dokumentace - všeobecná sestra
- ošetři anální oblast po každé stolici - všeobecná sestra

### **Realizace**

- pacientka je edukována o příčinách zácpy o správné hydrataci a životosprávě a jejím vlivu na zácpu
- pacientce je pravidelně kontrolována stolice (kvalita, množství, frekvence a příměsi)
- pacientce jsou pobízeny tekutiny v průběhu celého dne
- pacientce jsou podány léky dle ordinace lékaře a potřeby pacientky
- u pacientky je zajištěno soukromí při defekaci
- pacientce je ošetřována anální oblast dle potřeby
- u pacientky je dohlíženo nad správnou hygienou

**Hodnocení:**

U pacientky se zvýšil příjem tekutin. Má optimální turgor kůže. Stolice je pravidelnější než co 2- 3 dny, bez příměsi krve ve stolici.

**Cíl byl částečně splněn**, je potřeba pokračovat dlouhodobě v daných intervencích.

#### **4. Porušený spánek z důvodu bolesti hlavy a zvýšené konzumace kofeinu, projevující se nespavostí.**

**Cíl:** pacientka spí nepřetržitě 6 hodin a po probuzení se cítí odpočatá

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- pacientka zná, rozumí a respektuje opatření vedoucí k úpravě spánku – ihned
- pacientka spí 6 hodin v průběhu noci - do několika dní
- pacientka udává zlepšení kvality spánku – do několika dní
- pacientka udává mírnější bolest hlavy - do několika dní

**Plán intervencí:**

- edukuj pacientku o nevhodné konzumaci kofeinu a o dalších příčinách nespavosti
- doporuč pacientce odpolední spánek v maximální délce 1 hodinu - všeobecná sestra
- aplikuj léky dle ordinace lékaře a sleduj účinnost naordinovaných hypnotik- všeobecná sestra

- sleduj kvalitu spánku- ošetřovatelský tým
- aktivizuj pacientku v průběhu dne vhodnými fyzickými a duševními aktivitami - ošetřovatelský tým
- uprav prostředí pacienta před spánkem – ošetřovatelský tým
- zajisti optimální hydrataci pacientky - ošetřovatelský tým

#### **Realizace:**

- pacientka pije kávu 2x denně, během dne je nabízen čaj a voda
- před spaním je zajištěna úprava lůžka, vyvětrání pokoje a je zajištěn klid během noci
- přes den je prováděna vhodná aktivizace
- pacientce jsou podány léky dle ordinace lékaře a je sledovaná jejich účinnost

#### **Hodnocení:**

U pacientky při dodržování daných intervencí se zlepšila kvalita spánku. Denně spala zhruba 6 hodin a cítila se po probuzení svěží. Bolest hlavy se zmírnila.

**Cíl byl částečně splněn**, je potřeba pokračovat v naplánovaných intervencích.

## **Celkové zhodnocení od prvního dne hospitalizace**

Pacientka byla přijata do domova pro seniory Korýtko dne 25. března 2010 z důvodů celkového zhoršení zdravotního stavu, kdy se pacientka nedokázala sama o sebe postarat a potřebovala neustálou odbornou péči.

Při přijetí pacientky do domova pro seniory se prvotně odebraly veškeré vstupní odběry. Posléze byla vyšetřena praktickým lékařem a zdravotní sestrou.

Pacientka byla přijata ve stavu, kdy byla velmi dehydratovaná, a turgor kůže byl špatný. Neměla pocit žízně a také se obávala samovolného úniku moče. Z důvodů nedostatečné hydratace a dlouhodobé inkontinence lékař pověřil všeobecnou sestru, ohledně zavedení pitné a mikční karty a okamžité zavodnění pacientky. Zdravotní sestra ihned pacientce podala tekutiny a dohlížela nad celkovým příjmem tekutin během dne. Pacientce podala veškeré informace ohledně inkontinence a jejich rizikových faktorů, správnosti užívání inkontinenčních pomůcek, vedení pitné a mikční karty, dostatečné hydratace a hygieny. U pacientky došlo během pár dní ke správnému užívání inkontinenčních pomůcek a dostatečné hydrataci. Postupem času si osvojila cviky na posílení pánevního dna a pravidelné zapisování do pitné a mikční karty. Do týdne vzhledem k péči zdravotního personálu a spolupráce pacientky došlo k úplnému zahojení opruzenin v oblasti genitálu a hýždí.

Další problém, který u pacientky vzniknul na základě nevhodné konzumace tekutin, je porucha spánku a bolest hlavy. Po úpravě příjmu tekutin a dostatečné hydratace se u pacientky zmírnila bolest hlavy. Pacientka je v dispenzarizaci psychiatra, který ji předepisuje pravidelně vhodná hypnotika. Zdravotnický personál se snaží pacientce upravit prostředí pokoje. Přes den je aktivizovaná různými činnostmi v domově. Odpolední spánek má doporučený maximálně na 1 hodinu. U pacientky došlo ke zlepšení spánku, pacientka denně spí zhruba 6 hodin a po probuzení se cítí odpočatě.

Pacientka dlouhodobě trpí zácpou, která je způsobená opět i nedostatečným příjmem tekutin a nevhodnou stravou. Pacientka má diagnostikované hemeroidy a dochází jednou ročně do proktologické ambulance na prohlídku. Pacientka byla poučena lékařem i zdravotnickým personálem, o úpravě životosprávy a dostatečné hydratace. V průběhu celého dne jsou pacientce pobízeny vhodné tekutiny. Zdravou životosprávu nedodrhuje. Po

opatření je pacientka dostatečně hydratovaná, turgor kůže je v normě, stolicí má pravidelnější. Chodí na velkou jednou za 2- 3 dny.

Na začátku roku u pacientky došlo k námahové dušnosti doprovázené produktivním kašlem. Pacientka byla afebrilní a fyziologické funkce měla v normě. Lékař pacientce naordinoval léky, doporučil klidový režim a zvýšenou hydrataci. Pacientka užívala léky dle ordinace lékaře, klidový režim dodržovala. Po několika dnech se u pacientky akutně zhoršil zdravotní stav. Pacientka byla velmi dušná i v klidu, měla pocit, že se nemůže dostatečně nadechnout a bála se, že může umřít. K pacientce byla ihned zavolána zdravotní sestra, která ji psychicky uklidnila a následně ji uložila do Fowlerovy polohy a podala kyslík pomocí kyslíkových brýlí. Po uložení pacientky do úlevové polohy a podání kyslíku, se pacientka postupně uklidnila. Zdravotní sestra posléze pacientce změřila veškeré fyziologické funkce. Během hodinky byla saturačně stabilizovaná a po psychické stránce uklidněná. Zdravotnický personál na pacientku neustále dohlížel, pravidelně měřil FF a celkově sledoval zdravotní stav. Po několika dnech se její zdravotní stav ustálil a produktivní kašel se vyléčil.



## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zkušeností a praxe s ošetřováním nemocných s inkontinencí a zpracováváním ošetřovatelského procesu jsem shrnula chronologicky doporučení takhle.

### Doporučení pro pacienty

- Nebát se o problémech mluvit jak s rodinou a okolím, tak hlavně s odborným lékařem.
- Pravidelně chodit k lékaři na preventivní prohlídky a kontroly u odborných lékařů.
- Důležitá je prevence už v mladém věku.
- Pravidelné cvičení pánevního svalstva pro všechny věkové kategorie.
- Správná životospráva (může dojít k obezitě, která ovlivní svalstvo pánevního dna) a hydratace (vhodnost tekutin).
- Informovanost o daném onemocnění.
- Vyhledání organizací, které se věnují lidem se stejným problémem.

### Doporučení pro rodinu

- Spolupracovat s nemocným, mluvit s ním o problémech, vyslechnout si ho a nabídnout mu pomoc.
- Pomáhat dotyčnému při změně životního stylu a podporovat ho.
- Empatický přístup.

### Doporučení pro zdravotníky

- Získat důvěru pacienta, být empatická a laskavá.
- Nabídnout pomoc dotyčnému a spolupráci.
- Být trpělivá.
- Edukovat pacienta o rizikových faktorech, příčinách a léčbě.
- Poskytnou co nejvíc informací o onemocnění.
- Podporovat pacienta a motivovat ke spolupráci.
- Zapojit rodinu a blízké okolí do léčby.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá intimní problematikou močové inkontinence a procesem u pacientky s tímto problémem.

V teoretické části je popsáno základní dělení inkontinence, příčiny, příznaky, diagnostika a její léčba. Následně jsou v teoretické části popsány specifika péče u daného onemocnění.

Následující praktická část bakalářské práce se zabývá procesem u pacientky s močovou inkontinencí. Zde byly posouzeny informace o pacientce, o její medikamentózní léčbě a následně, dle problémů pacientky, vymezeny ošetrovatelské diagnózy. U nich byly stanoveny cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence, realizace a na závěr zhodnocení daných cílů. V konečné části práce byla popsána doporučení pro praxi, které se týká rodiny, pacientky a také zdravotníků.

Vzhledem k čím dál běžnějšímu výskytu močové inkontinence v každé věkové kategorii, nejen u lidí ve stáří, je důležitá informovanost populace. Ta se týká rizikových faktorů, prevence a včasné léčby, která může ovlivnit celý vývoj onemocnění. Lidé by neměli tento zdravotní problém podceňovat, z důvodu intimity a mylného domnívání nezávažnosti daného onemocnění. Měli bychom se starat o své zdraví a plnit zásady zdravého životního stylu. Při nedodržování může dojít k mnoha onemocněním, které souvisí s dalšími problémy, a mohou přispět ke vzniku močové inkontinence.

Všechny důležité informace pro psaní bakalářské práce jsem získala na základě rozhovorů s pacientkou. Vzájemná spolupráce byla velmi dobrá. Pacientka byla vstřícná a ochotná. Byla ráda, že se může vyprávět ohledně svého problému, který jí trápil.

Další potřebné údaje jsem získala ze sesterské a lékařské dokumentace a z programu Cygnus, který je používán v domově pro seniory Korýtko. Všechn sběr informací jsem měla schválený a potvrzený vrchní sestrou daného domova pro seniory.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. GENADRY, Rene a Jacek L MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 166 s. *Rádcí pro zdraví*. ISBN 978-80-262-0480-0.
2. DRÁBKOVÁ, Pavla. *Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí* [online]. 2014 [cit. 2014-10-13]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Michaela Schneiderová. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/th/416693/lf\\_m/](http://is.muni.cz/th/416693/lf_m/)>.
3. MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, 83 s. *Farmakoterapie pro praxi*. ISBN 80-7345-094-1.
4. ŠVIHRA, Ján. *Inkontinencia moču*. Martin: Osveta, 2012, 326 s. ISBN 9788080633806.
5. Česká asociace sester ČAS: *Pracovní postup péče o pacienta s inkontinencí moči*. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z:[http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2009\\_0001-0e894.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001-0e894.pdf)
6. KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 176 s. *Jessenius*. ISBN 978-80-7345-240-7.
7. MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 230 s. *Jessenius*. ISBN 978-80-7345-348-0.
8. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010, roč. 20, č. 11. ISSN 1210-0404.

9. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, č. 5. ISSN 1210-0404.*
10. Postgraduální medicína: Léčba ženské stresové inkontinence. [online].[cit. 2015-05-04]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-zenske-stresove-inkontinence-477094>
11. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 2011, roč. 21, č. 3. ISSN 1210-0404.*
12. ZERHAU, Pavel. *Operační léčba dysfunkcí dolních močových cest. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 59 s. ISBN 80-7013-308-2.*
13. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.*
14. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.*
15. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin. Praha: Mladá fronta a.s., 2011, roč. 60, č. 5. ISSN 1210-0404.*
16. TOMAN, Aleš. *Ženská močová inkontinence. Diagnóza v ošetrovatelství, 2011, roč. 7, č. 6, s. 18-20. ISSN: 1801-1349.*
17. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 2011, roč. 21, č. 12. ISSN 1210-0404.*
18. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin. Praha: Mladá fronta a.s., 2010, roč. 59, č. 2. ISSN 1210-0404.*

19. ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1.
20. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 5, č. 6. DOI: ISSN: 1801-1349
21. Zdravotnictví a medicína: Vyšetřovací postupy v oboru urogynekologie. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vysetrovaci-postupy-v-oboru-urogynekologie-165693>
22. Zdravotnictví a medicína: Metody současné urodynamiky. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/metody-soucasne-urodynamiky-163326>
23. Velký lékařský slovník: online. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/mop-1>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Obrázky

Příloha č. 2 – Úvodní strana rešerše

Příloha č. 3 – Protokol k provádění sběru dat

Příloha č. 1 - obrázky

Obrázek 1. Pitná a mikční karta

### PŘÍKLAD VYPLNĚNÍ PITNÉ A MIKČNÍ KARTY

**Datum kontroly**

---

**Jméno a příjmení**

---

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

**1. den** Datum 15.11.2008

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

PŘÍJEM TEKUTIN		MOČENÍ		DENNÍ ÚNIKY
Čas	Množství tekutiny (v mililitrech)	Čas	Množství moči (v mililitrech)	Mokrý spodní prádlo
7:05	200	6:45	300	ANO NE
9:36	250	11:40	250	ANO NE
12:40	500	16:17	300	ANO NE
14:25	300	19:30	300	ANO NE
16:20	250	22:45	300	ANO NE
18:40	300			ANO NE
19:40	200			ANO NE
20:05	250			ANO NE

Denní příjem tekutin celkem **2150** ml

Denní objem moči celkem **1500** ml

Čas uložení se ke spánku	Čas vstávání po probuzení	Časová délka spánku	Objem moči porce moči	Čas Mikčičky	Počet močení za noc
22:30 hod.	6:45 hod.	7:45 hod.	300 ml	0:35	300
				3:45	400

Délka prvního naplněného spánku **175** v minutách

Objem první ranní moči **300** ml

Počet močení za noc **2** x

V noci jsem se šel vymočit:  ano  ne

střeba:  ano,  mikčička možná  ano,  jsem nemohl/a spát  ano,  jiné důvody (uveďte):

## Pitná a mikční karta

- Váš lékař Vám dal vyplnit pitnou a mikční kartu, a by mohl sá ze diagnostikovat důvod Vašich problémů a sledovat průběh Vaší léčby.
- Kartu zapíšte dva dny, které následují po sobě. Pijte a jerte tak, jak jste zvyklí. Do tabulek zapisujte přesně čas, kdy pijete a množství s přesností na desítky ml. Nezapomínejte zaznamenat i potůvky, které sníte.
- S měřením a zapisováním začněte hned ráno po probuzení s prvním ranním močením a prvním příjmem tekutin.
- Po oba dny při každém močení měřte a zapisujte objem moči v mililitrech (ml) spolu s časem močení.
- Sledujte a zapisujte i úniky moči přes den (mokrě spodní prádlo).
- Celkový příjem všech tekutin za celý den sečtěte. Rovněž zapíšte součet do kolečky Denní příjem tekutin celkem.
- V den, kdy provádíte měření, nezapomínejte vyplnit dolní část pitné a mikční karty (NOČ) týkající se průběhu noci a spánku. Prvním údajem, který zapíšete do části NOČ je čas uložení se ke spánku. Zapíšte také čas vstávání i po probuzení (ráno). Z těchto dvou hodnot spočítejte celkovou délku spánku, kterou také za pišete (př. 22:30, 6:15 - tj. celková délka spánku 7h 45 minut). Další in obyčejný údaj, který za pišete, je délka prvního naplněného spánku v minutách (tj. čas od usnutí do prvního probuzení se no od, př. 175 minut).
- Noční močení (močení v průběhu spánku - mezi dobou uložení se ke spánku a časem vstávání) zaznamenávejte do dolní části tabulek s úsvem Objem moči porce moči. Zapíšte objemy vmlí čas močení v průběhu celé noci. První ranní moči, kterou naměříte po vstávání, zapíšte ještě do políčka Objem první ranní moči prvního dne. Tato moč byla vytvořena v noci, a proto patří do prvního dne.
- Na závěr nezapomínejte vyplnit oba dny svého močení v noci a noční močení a ano i x. Váš obtěžuje Noční probuzení z důvodu potřeby vymočit se.
- Druhý den zapíšte stejným způsobem třetí bez přestávky po celý den a noc až do vyplnění první ranní moči druhého dne.

**1. den** Datum

PŘÍJEM TEKUTIN		MOČENÍ		DENNÍ ÚNIKY
Čas	Množství tekutiny (v mililitrech)	Čas	Množství moči (v mililitrech)	Mokrě spodní prádlo
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE

Denní příjem tekutin celkem

Denní objem moči celkem

**2. den** Datum

PŘÍJEM TEKUTIN		MOČENÍ		DENNÍ ÚNIKY
Čas	Množství tekutiny (v mililitrech)	Čas	Množství moči (v mililitrech)	Mokrě spodní prádlo
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE
				ANO NE

Denní příjem tekutin celkem

Denní objem moči celkem

Čas uložení se ke spánku	Čas vstávání po probuzení	Časová délka spánku	Objem moči porce moči	Čas Mikčičky	Počet močení za noc
_____ hod.	_____ hod.	_____ hod.	_____ ml	_____	_____ x

Délka prvního naplněného spánku \_\_\_\_\_ v minutách

Objem první ranní moči \_\_\_\_\_ ml

Počet močení za noc \_\_\_\_\_ x

V noci jsem se šel vymočit:  ano  ne

střeba:  ano,  mikčička možná  ano,  jsem nemohl/a spát  ano,  jiné důvody (uveďte):

**NAKLIK VÁS OBTĚŽUJE**

Noční probuzení z důvodu potřeby se vymočit

↓

Všobce	0
Trchu	1
Deco	2
Ponikud více	3
Hodně	4
Velmi hodně	5

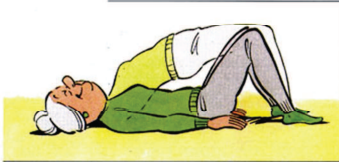
Začtkněte, prosím, vybranou variantu

PŘEVZATO: <http://www.urologie-th.cz/store/pitna-a-mikeni-karta.pdf>

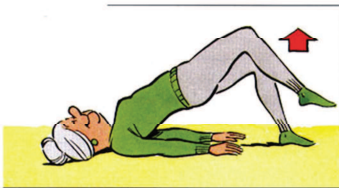
## Obrázek 2. Cviky na zpevnění pánevního dna

### Cviky v lehu na zádech

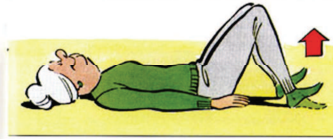
Lehněte si na záda, pokrčte nohy, chodidla opřete o zem na šířku pánve. Pevně sevřete lýžďe a s výdechem je pomalu udlapujte od podlahy. V průběhu vydechovací fáze se zvedá bránice. Tento pohyb působí společně s břišním a zádočným svalstvem na svalstvo pánevního dna, pánev je podsazena. S nádechem pokládejte lýžďe zpět na podlahu a uvolněte pánev.



Opět leh na zádech, chodidla na zemi, vzdálené na šířku pánve. Zvedněte a podsaďte pánev jako u předchozího cviku. V této poloze střídavě zvedejte pokrčenou pravou a levou nohu několik centimetrů od podlahy. Dbejte na vodorovné držení pánve a pravidelné dýchání.



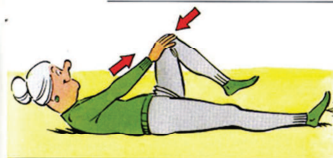
Leh na zádech. Pokrčte nohy v kolenu, špičky směřují ke stropu, paty zůstávají na zemi. S výdechem přitlačte oblast krize k podlaze, zároveň zpevněte svalstvo pánevního dna, vypněte hrud' a protáhněte šiji. S nádechem uvolněte celé tělo.



Natáhněte obě nohy, podsaďte pánev. Pokrčte pravé koleno a zvedněte ho. Pravou rukou uchopte koleno a s výdechem tlačte rukou proti kolenu. Po celou dobu dbejte na podsazenou pánev. S nádechem se vraťte do výchozí polohy a celý cvik opakujte levou nohou.

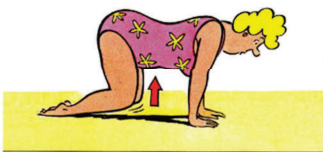


Natáhněte obě nohy. Pokrčte levé koleno a zvedněte ho. S výdechem zatlačte pravou rukou proti vnitřní straně kolena. Svalstvo pánevního dna je zpevněné, posilujete příčné břišní svaly. S nádechem uvolněte napjaté svaly a vraťte se do výchozí polohy. Celý cvik opakujte i pravou nohou.

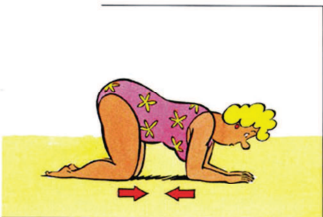


### Cviky na čtyřech

Klekněte si. Paže a nohy tvoří s tělem pravý úhel. Hlava je prodloužením těla, díváte se na podlahu. Uvolněte pánev střídavým vyhrbčováním a srovnáním (tzv. kocici nrbet). Potom pohybuje pánev do stran. Ze stejné výchozí polohy provádíte i následující cvik. S výdechem odlepujete kolena od podlahy, svalstvo pánevního dna je pořádkem stažené. Neprohýbejte se v bedrech.



Zůstaňte na kolenou, opřete se o předloktí. S výdechem tlačte lokty směrem ke kolenům a kolena směrem k loktům – stáhněte svalstvo pánevního dna, záda jsou rovná, neprohýbejte se v bedrech.



### Cviky vsedě

Posad'te se na okraj židle, chodidla jsou na zemi, vzdálená asi na šířku kyčlí, špičky vytvočené směrem ven. Uvolněte napětí pánve střídavým podsažováním a klopením pánve.

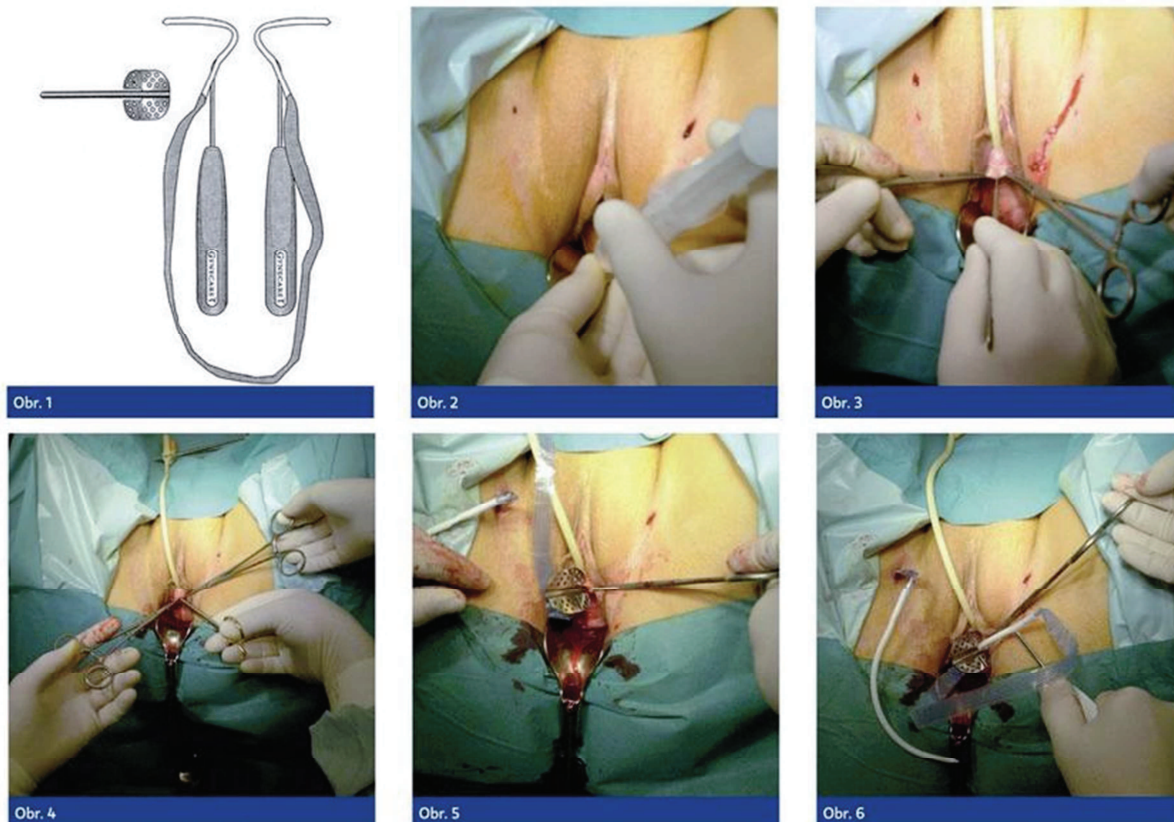


Přeneste váhu na nohy tak, že se s výdechem pomocí rukou vzepnete. Stáhněte pánev, nadechněte se a s výdechem se vraťte zpátky na židli. Tento cvik můžete provádět také v jezdecké pozici na stočené příkrývce. Krátce vydechněte – stáhněte krátce a pevně svalstvo pánevního dna – přitom se můžete na chvíli pustit židli.





Obrázek 3. Stresová inkontinence a léčba TVT páskou



PŘEVZATO: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stresova-inkontinence-a-lecba-tvt-paskou-455739>



# Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

---

**Číslo řešerše:** III-7416  
**Název řešerše:** Ošetřovatelský proces u klienta s inkontinencí  
**Jazykové omezení:** čeština, slovenština  
**Časové omezení:** 2004-2014

---

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).  
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

---



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	MARCIA ŠKVAHA	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	DSETRNATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	DOMOV PRO SENIORY KOPITKO příspěvková organizace	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Kubíčková	
Vyjádření vedoucího práce finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> <b>nebude spojen s finančním zatížením pracoviště</b>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	[Signature] podpis
Souhlas vrchní sestry VÚOOP	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	[Signature] podpis

V OSTRAVĚ dne 4.1.2015

[Signature]  
podpis studenta