

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O PACIENTKU SE STRESOVOU INKONTINENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DOUBRAVKA BÁŇOVÁ

Praha 2018

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O PACIENTKU SE STRESOVOU INKONTINENCÍ**

Bakalářská práce

DOUBRAVKA BÁŇOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

BÁŇOVÁ Doubravka
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

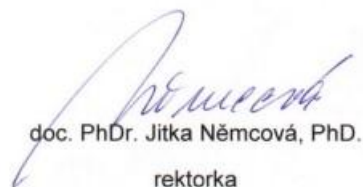
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se stresovou inkontinencí

Complex Nursing Care in a Patient with Stress Urinary Incontinence

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., za její cenné rady, profesionální přístup a ochotu.

Dále bych ráda poděkovala Mgr. Haně Šeligové za textovou úpravu této práce. A v neposlední řadě také celé své rodině za její podporu, trpělivost a snahu pomoci při psaní této práce.

ABSTRAKT

BÁŇOVÁ, Doubravka. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se stresovou inkontinencí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2018. 79 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se stresovou inkontinencí.

Teoretická část se zabývá podrobněji stresovou inkontinencí moči, její definicí, epidemiologií, příčinou, diagnostikou, léčbou a prevencí. Samostatná kapitola je věnována také inkontinenčním pomůckám či roli sestry jako edukátorky a kvalitě života žen s tímto problémem.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacientky se stresovou inkontinencí. Je zde uveden konkrétní případ pacientky se stresovou inkontinencí a jsou zde sepsány její subjektivní a objektivní problémy. Tyto problémy jsou následně dále zpracovány do ošetrovatelských diagnóz podle NANDA International 2015 - 2017, u nichž je stanoven ošetrovatelský cíl, výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána jejich realizace a zhodnocení ošetrovatelského cíle. Cílem praktické části je vytvoření případové studie se stresovou inkontinencí moči v klinické ošetrovatelské praxi v nemocničním prostředí a vytvoření vhodného edukačního materiálu pro širokou veřejnost.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče. Pacient. Role všeobecné sestry. Stresová inkontinence. Urogynekologie. Urologie.

ABSTRACT

BÁŇOVÁ, Doubravka. Complex Nursing Care in a Patient with Stress Urinary Incontinence. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2018. 79 pages.

The aim is to discuss a nurse role in the management of a female stress urinary incontinence patient.

The theoretical part is dedicated to the stress urinary incontinence - its definition, epidemiology, pathophysiology, diagnosis, treatment and prevention. Anti-incontinence tools, a nurse role as the educator and the quality of life of an incontinent female patient are discussed in a separate chapter.

The practical part stresses nurse role in a care for a female suffering from stress urinary incontinence. The real patient story is discussed including her subjective complaints and objective findings. These complaints and findings are classified as nurse diagnoses according to the NANDA International 2015 - 2017, where the nurse objective and final criteria are defined, a plan of nurse interventions is established and the implementations are described, and finally the nurse objective is evaluated. The goal of a practical part is a case study of stress urinary incontinence in a clinical nurse praxis in hospital setting and the creation of a suitable educational material designed for the general public.

Key words

Nurse care. Patient. The Role of General Nurse. Stress urinary incontinence. Urogynecology. Urology.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	11
ÚVOD.....	13
1 MOČOVÁ INKONTINENCE	17
1.1 Klasifikace močové inkontinence.....	18
1.2 Příčiny a rizikové faktory inkontinence.....	19
2 STRESOVÁ INKONTINENCE	21
2.1 Diagnostika a měřící techniky.....	22
2.2 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE.....	29
2.2.1 Konzervativní terapie	29
2.2.2 Medikamentózní terapie.....	30
2.2.3 Chirurgická léčba.....	32
3 ROLE SESTRY JAKO EDUKÁTORKY PŘI PÉČI O ŽENU S MOČOVOU INKONTINENCÍ.....	36
3.1 Fáze edukačního procesu.....	36
4 INKONTINENČNÍ POMŮCKY	39
5 KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ	41
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE STRESOVOU INKONTINENCÍ.....	42
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní příjmové údaje	42
Tabulka 2 Užívané léky	43
Tabulka 3 Laboratorní hodnoty krevního obrazu	45
Tabulka 4 Podávané medikamenty	46
Tabulka 5 Posouzení současného stavu	47
Tabulka 6 Aktivity denního života	49
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu	53
Tabulka 8 Utrídění informací podle modelu M. Gordon.....	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
CNS	Centrální nervový systém
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
EKG	Elektrokardiografie
ICS	International Continence Society
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OAB	Overactive bladder
PVR	Post void residual volume
PŽK	Periferní žilní katetr
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
TEN	Trombo-embolická nemoc
TOT	Trans Obturator Tape out-in
TVT	Tension-free vaginal tape
TVT-O	Tension-free vaginal tape-obturator
TVT-S	Tension-free vaginal tape-secur
WHO	World Health Organization

(HORČIČKA, 2012), (MARTAN, 2012), (OSBORN a kol., 2013), (VOKURKA, 2015), (ZACHOVAL, 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adnexa – připojené orgány

Asepsa – naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Aspekce – vyšetření pohledem

Diabetická neuropatie – postižení nervů neuropatie při cukrovce

Dysurie – bolestivé močení

Endometrium – děložní sliznice

Extrauretrální – jinou cestou než močovou trubicí

Ektopie – výskyt mimo své obvyklé místo

Extrofie – vrozená vývojová vada, při níž je vnitřní „slizniční“ stěna orgánu obrácena na povrch těla

Foramina – otvory

Fossa - jamka

Genitofemorální – na přechodu oblasti pohlavních orgánů a stehen

Hematurie – přítomnost krve v moči

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

Incize – řez

Inkontinence moči – neschopnost udržet moč

Insuficience – nedostatečnost

Intraabdominální – nitrobřišní

Intrauretrální – uvnitř močové trubice

Intravenózně – do žíly

Menopauza – ukončení pravidelného menstruačního krvácení u žen v přechodu klimakteriu

Nykturie – časté močení v noci

Obstipace – zácpa

Obstrukce – překážka

Oligosymptomatologie – málo patrné příznaky

Palpace – vyšetření pohmatem

Parauretrální – vedle močové trubice

Píštěl – abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Postmikční reziduum – moč, která zůstává v močovém měchýři po vymočení

Prevalence – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

Retence – zadržení

Retropubicky – za krajinou stydkou

Symfýza – stydká spona

Tyroiditida – zánět štítné žlázy

Ureter – močovod

Uretra – močová trubice

Uretrovezikální – týkající se močové trubice a močového měchýře

(VOKURKA, 2015)

ÚVOD

„Močová inkontinence je velmi častým stavem, neboť postihuje stovky milionů lidí na celém světě. Přesto více než polovina takto postižených nehledá lékařskou pomoc“ (HANUŠ, 2004, s. 14).

Tento problém postihuje především ženskou populaci bez ohledu na věkovou či sociální skupinu. U lidí trpících tímto onemocněním je negativně ovlivněna jejich kvalita života a mohou se tak dostat až do osobní krize. Postižení ztrácí kontrolu nad částí vlastního těla, která doposud normálně fungovala. V důsledku úniku moči může také dojít ke změně společenské role pacienta až sociální izolaci, jelikož jde o nepříjemnou psychosociální, ekonomickou a hygienickou situaci.

Společnost je k tématům inkontinence velmi konzervativní a často dosti neinformovaná. Velké množství žen se proto obává s únikem moči obrátit na lékaře a inkontinenci s ním konzultovat. Cítí se trapně, mají strach z postupného vyšetřování, nepříjemné intervence či chirurgického zákroku. Je proto velice důležité, aby se ženy trpící tímto onemocněním nebály svěřit do rukou odborníka, nebály mluvit o svém problému nejen u něj, ale také ve společnosti.

Inkontinence by se měla přestat tabuizovat, jako je tomu do značné míry dodnes. Nemělo by se zapomínat ani na prevenci inkontinence. Široká veřejnost by měla být v první řadě seznámena s tím, jak předcházet úniku moči dříve, než začne získávat podrobnější informace o diagnostických metodách nebo invazivních řešeních.

Jedno lze říci, problém inkontinence by neměl být podceňován a bez ohledu na stupeň postižení, by měly mít ženy možnost adekvátní léčby, která povede ke zkvalitnění jejich života po všech stránkách.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě toho, abych se dozvěděla více informací a dosáhla většího rozsahu poznatků o tomto onemocnění, se kterým se setkávám často ve svém zaměstnání. Za velké plus při výběru své bakalářské práce považuji přítomnost specializované urogynekologické ambulance na pracovišti, kde jsem zaměstnaná a tudíž jde o jednodušší získávání dat k její praktické části.

Bakalářská práce je složena z části teoretické a z části praktické. Teoretická část práce je věnována teorii inkontinence, jejímu dělení, epidemiologii, příčinám a rizikovým faktorům. Dále v obsahu teoretické části nalezneme problematiku stresové inkontinence, její diagnostiku, možnosti léčby, ošetrovatelskou péči, edukaci, inkontinenční pomůcky a kvalitu života žen související s touto formou úniku moči. Výskyt močové inkontinence je porovnáván se studii provedenými nejen v České republice, ale také v zahraničí. Cílem teoretické práce je zmapovat problematiku stresové inkontinence moči na základě rešeršní strategie po stránce medicínsko-ošetrovatelské a vymezit základní pojmy problematiky močové inkontinence.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativní formou výzkumu na podkladě vybrané kazuistiky z urogynekologické ambulance u pacientky trpící stresovou formou inkontinence. Dále je praktická část zaměřena na detailní popis případové studie se stresovou inkontinencí moči v klinické ošetrovatelské praxi v nemocničním prostředí na oddělení pooperační gynekologie.

Pro širokou veřejnost byl také v přílohové části vytvořen edukační leták se cviky zaměřující se na posílení svalstva pánevního dna u pacientů se stresovou inkontinencí moči.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Zmapovat problematiku stresové inkontinence moči na základě rešeršní strategie po stránce medicínsko-ošetrovateľské.

Cíl 2:

Vymezení základních pojmů problematiky močové inkontinence.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 3:

Detailní popis případové studie se stresovou inkontinencí moči v klinické ošetrovateľské praxi v nemocničním prostředí na oddělení pooperační gynekologie.

Cíl 4:

Vytvoření edukačního letáku se zaměřením na kvalitu života pacienta se stresovou inkontinencí moči.

Vstupní literatura

1. HORČIČKA, L., 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-58-9.
2. KROFTA, L. a J. FEYEREISL, 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2280-4.
3. MARTAN, A., J. MAŠATA a K. ŠVABÍK, 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-348-0.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury, článků a publikací, které jsou zdrojem pro zpracování této bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se stresovou inkontinencí, proběhlo v časovém období květen 2017 až leden 2018. Česká i zahraniční literatura byla vymezena na časové období od roku 2007 až do současnosti. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze. Zdrojem pro vyhledávání odborné literatury se stala elektronická databáze Google Scholar, katalog Národní lékařské knihovny Medvik, Jednotná informační brána, Databáze vysokoškolských prací Theses a online katalog NCO NZO.

Za klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: stresová inkontinence, urogynekologie, urologie a ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce byly těmito slovy: stress incontinence, urogynecology, urolog, Nursing Care.

Pomocí rešerše vypracované vysokou školou bylo vyhledáno 33 záznamů: 16 knižních titulů, 4 kvalifikační práce a 13 článků. 15 knih bylo v českém jazyce a 1 kniha v jazyce anglickém. 12 článků bylo v českém jazyce a 1 ve slovenštině.

Dále byla zpracována rešerše Národní lékařskou knihovnou. V tomto případě se jednalo o 56 záznamů: 6 knižních titulů a 50 článků. Hlavním kritériem bylo vyhledávání dostupných odborných článků v plnotextu, které tematicky odpovídají stanoveným cílům v bakalářské práci. Jelikož plná znění odborných článků se nevyskytovala v digitální podobě anebo nebyla dostupná, byla zaslána žádost o tyto xerokopie Národní lékařské knihovně v Praze. Převážná většina plnotextů, které byly pro bakalářskou práci užity, byla publikována v odborných recenzovaných časopisech.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 10 knižních publikací a 36 odborných článků. Ostatní knižní publikace a odborné články byly nekompatibilní se stanovenými cíli bakalářské práce a tudíž byly vyřazeny.

1 MOČOVÁ INKONTINENCE

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS) definuje inkontinenci moči jako vůlí neovladatelný únik moči. Odhaduje se, že občasným únikem moči trpí až 50 % žen. Potíže s udržením moči trápí během života každou druhou ženu, včetně mladých žen. Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje výskyt této problematiky ve všech zemích světa přibližně na 5 – 8 % obyvatelstva. Podle řady existujících epidemiologických studií o prevalenci a incidenci inkontinence moči se jedná spíše o retrospektivní studie s různým počtem pacientů a různým typem inkontinence, tudíž nejsou údaje homogenní. Jisté je, že výskyt tohoto onemocnění se s rostoucím věkem zvyšuje a liší se tak podle sledované věkové skupiny obyvatelstva. Například stresová inkontinence představuje polovinu všech typů forem inkontinence. O smíšenou inkontinenci jde ve 20 % případů a ve 30 % jde o inkontinenci urgentní neboli syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB). I přes vysoký výskyt v populaci je informovanost veřejnosti a vyhledávání odborné lékařské pomoci na nízké úrovni. Nedobrovolný únik moče je medicínsko-psychologickým a sociálně hygienickým problémem, při němž se mnoho pacientů trápí, stydí se anebo si tento stav nepřipouští (HANUŠ, 2004), (HORČIČKA, 2012).

Zaměříme-li se na některé výzkumy, které souvisejí s danou problematikou, zjistíme, že například ve studii Zachovala, Krhuta, Záleského a Borovičky byl hodnocen pohled pacientů na problematiku hyperaktivního močového měchýře prostřednictvím dotazníku, který byl následně poskytnut lékařům – 83 urologům a 17 urogynekologům v ambulantní a nemocniční sféře. Výběr těchto specialistů proběhl na základě databáze České urologické společnosti ČLS JEP. Během studie bylo získáno 329 kompletně vyplněných dotazníků od pacientů, z nichž 77 % tvořili ženy a 23 % muži. Z dotazníku vyplynulo, že respondenti udávali jako největší obavu právě samotnou inkontinenci a to dokonce častěji než rakovinu, operaci či ztrátu zaměstnání. Dále bylo při vyhodnocení zjištěno, že velké očekávání mají tito pacienti od farmakologické léčby OAB. 95 % dotazovaných pacientů očekávalo, že dojde ke zlepšení jejich stavu alespoň o 50 %, zatímco u 31 % dotazovaných jsou tato očekávání splněna. V otázce, zaměřující se na nepříjemnosti léčby, 24 % pacientů udalo pocit suchosti v ústech a 13 % pacientů užívání většího množství medikace. A jako posledním vyhodnocujícím bodem byla

informovanost ohledně OAB, kdy 90 % pacientů došlo k závěru, že o problematice hyperaktivního močového měchýře existuje dostatečné množství informací, ale 91 % dotazovaných očekává, že informace získají od lékaře, nikoliv od laické veřejnosti či jiných médií. Závěrem této studie je, že se významně liší pohled na řadu aspektů hyperaktivního močového měchýře ze strany lékařů a pacientů a je proto nutné, aby se i nadále pokračovalo v získávání dalších informací o tomto problému od obou stran a tyto pohledy následně pomocí komunikace pacientům přibližovat (ZACHOVAL, 2011).

Další studie SWAN zabývající se výskytem močové inkontinence ve světě byla provedena v letech 1997 – 2001 ve Spojených státech na základě velkého souboru dat, kdy močová inkontinence byla diagnostikována u 47 % dospělých žen. S podobným závěrem přišel také průzkum NHANES, při kterém vyšel výskyt močové inkontinence u 51 % dotazovaných žen (OSBORN, 2013).

1.1 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE

Klasifikace inkontinence není zcela jednotná, a tudíž může podléhat změnám. Močová inkontinence se všeobecně dělí na inkontinenci uretrální a extrauretrální. Extrauretrální inkontinence může být vrozená (ektopie ureteru, extrofie močového měchýře) nebo získaná (píštěle) a je způsobená únikem moči jinou cestou než uretrou, chybným vyústěním močových cest (DZVINČUK, 2009).

Uretrální inkontinence moči je dle ICS rozdělena na urgentní, smíšenou (je kombinací předem zmíněné inkontinence a inkontinence stresové) a inkontinenci z přetékání (overflow inkontinence), která je definována jako únik moči při přeplněném močovém měchýři s poruchou svěračového mechanismu. K tomuto typu dochází nečastěji u pacientů mužského pohlaví se zadržením (retencí) moči. U žen se vyskytuje pouze příležitostně. Dále se můžeme setkat s uretrální inkontinencí posturální (v důsledku změny polohy), trvalou (též totální, která nelze ovlivnit léky), noční (únik moči v průběhu spánku především v dětském věku), bezpocitovou (pacient nemá zdání, za jakých okolností a na jakém podkladě moč uniká), koitální (únik moči během pohlavního styku), reflexní (chybějící pocit nucení na močení související s abnormální reflexní reakcí CNS) a stresovou (ROMŽOVÁ, 2014), (HUDÁKOVÁ, 2015).

Urgentní inkontinence se manifestuje hyperaktivním močovým měchýřem s náhle vzniklou potřebou močení. Nedobrovolný únik moči je spojený s urgentním nucením na močení, kterému vícekrát v průběhu dne musí pacient vyhovět (HUDÁKOVÁ, 2015).

Tato inkontinence vzniká na podkladě netlumených kontrakcí musculus detrusor a patří do syndromu označovaného jako Hyperaktivní močový měchýř (OAB), který zahrnuje urgenci (náhlé a silné nucení na močení), frekvenci (četnost močení) s nebo bez inkontinence urgentní a nykturii neboli noční močení. O tzv. mokřém OAB syndromu (OAB wet syndrom) hovoříme tehdy, kdy je jeho součástí urgentní inkontinence. Tento typ inkontinence se v populaci vyskytuje přibližně v 16 % (RYŠÁNKOVÁ, 2016).

1.2 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY INKONTINENCE

Etiologie močové inkontinence je velice různorodá. Na jejím vzniku se mohou podílet genetické predispozice, změny anatomických poměrů v malé pánvi v důsledku úrazu, porodu, morfologických změn v průběhu věku. Další příčinou úniku moče může být neurologické onemocnění, opakované močové infekce nebo obezita (HANUŠ, 2004).

Příčiny močové inkontinence můžeme obecně rozdělit na příčiny morfologické, funkční a jiné. Morfologické příčiny představují například tumor močového měchýře nebo močové trubice, ektopie močovodu, extrofie močového měchýře, zánět močového měchýře, porucha ligament, která fixují uretru a přední poševní stěnu, přítomnost močových kamenů v měchýři a subvezikální obstrukce (ZÁMEČNÍK, 2008).

Funkční příčiny inkontinence jsou tzv. neurogenní a non-neurogenní. Neurogenní funkční příčiny jsou vrozené (spinální dysrafismy – vrozené vady neurální trubice), získané traumatické (trauma míchy a CNS, trauma pánevní nervové pleteně při operacích v malé pánvi) a získané non-traumatické (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, infekce a nádory CNS, syndrom natažené míchy, demence, poruchy štítné žlázy, diabetická neuropatie (ZÁMEČNÍK, 2008).

A poslední jiné příčiny jsou většinou přechodné a zahrnují imobilitu pacienta, vliv farmak a prostředí, obstipace, cévní mozková příhoda a komatózní stavy (ZÁMEČNÍK, 2008).

Řada rizikových faktorů se podílí na vzniku a rozvoji inkontinence moči u žen. Zásadním faktorem je obvykle vrozená dispozice, s kterou se následně spojují další rizikové faktory. Významnou souvislost s únikem moči má obezita či nadměrná fyzická aktivita, která je vykonávána po delší dobu. Lze tedy říci, že každý typ zaměstnání hraje v této problematice svou roli. Dalším rizikovým faktorem je funkce pánevního dna a poruchy s ním související. Jde především o jeho ochablost, která může být způsobena větším počtem porodů, poraněním při porodu, velikostí dítěte při porodu (nad 4000 g), operačním odstraněním dělohy, hormonální insuficiencí po přechodu. Tyto rizikové faktory mohou mít spolu s těžkou fyzickou prací či chronickou obstipací za následek porušení nervového zásobení svalstva pánevního dna (NESVADBA, 2015).

2 STRESOVÁ INKONTINENCE

Stresová inkontinence moči je charakterizována nechtěným únikem moči při zvýšeném intraabdominálním tlaku, který převyší tlak intrauretrální. Nejběžnějšími situacemi, které vedou k výskytu tohoto typu inkontinence, jsou například poskok, smích, kašel, kýchání, ale i rychlejší chůze. Tento typ inkontinence postihuje především ženskou populaci a jde o nejběžnější typ inkontinence (KRHUT, 2014).

Narůstající intraabdominální tlak působí na močový měchýř a jeho obsah, který se v něm nachází. Tento tlak působí také na struktury v malé pánvi, jako jsou svaly a orgány. V případě, že jsou tkáně podporující uretru a její stěny ochablé, tak tlak, který působí na močový měchýř, roztáhne stěny uretry. Častější situací ovšem je, že uretra není uzavřená, jelikož podpora pojivové tkáně a okolního svalstva dna pánevního není dostatečná. V důsledku toho je uretra více pohyblivější a snadněji se otevírá. Není ovšem možné rozpoznat, že uretra přišla o tuto oporu a je pohyblivější, jelikož člověk tento stav nepocítí. K vychýlení uretry a měchýře z jejich obvyklé polohy postačí náhlý vzestup tlaku, který tak působí na běžnou schopnost uretry, aby zůstala v uzavřeném stavu. Svěrač uretry představuje tzv. druhou obrannou reakci, tzn., že se tento svěrač dokáže smrštít do takové míry, aby nahradil nehybnost uretry a její nesprávné otevírání. Dojde-li k situaci, že se svěrač nedokáže dostatečně pevně sevřít, nastává únik moči (GENADRY, 2013).

Stupeň postižení stresovou inkontinencí v klinické praxi lze hodnotit na základě klasifikace podle Ingelmann-Sundberga do tří stupňů. První stupeň je popsán únikem moči po kapkách při zvedání těžkých předmětů, smíchu, kašli a kýchnutí. Únik moči je spojen s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku a jde o únik intermitentní. Udává se, že během čtyř hodin je ztráta moči 50 – 100 ml. Druhý stupeň stresové inkontinence je charakterizován únikem moči, kdy je vzestup nitrobřišního tlaku nižší, než při prvním stupni. Tento stav může nastat při běhu, chůzi, chůzi po schodech, lehčí fyzické práci. Únik moči je v tomto případě větší. Během čtyř hodin je ztráta moči 100 – 200 ml. Dochází-li k úniku moči při velmi nízkém vzestupu nitrobřišního tlaku, mluvíme o třetím stupni stresové inkontinence. Během tohoto stupně moč uniká nepřetržitě nejen při pomalé chůzi, ale i například v klidu ve vzpřímené poloze. Ztráta moči během čtyř hodin se udává na 200 – 300 ml i více (HANUŠ, 2004).

Nedostatkem výše zmíněné klasifikace stresové inkontinence je ovšem subjektivní hodnocení. Proto je doporučeno používat k rozlišení inkontinence dotazníky a metody k objektivnímu určení uniklé moči a jejímu množství (NESVADBA, 2015).

2.1 DIAGNOSTIKA A MĚŘÍCÍ TECHNIKY

Diagnostika močové inkontinence, která je postavena na odebrání důkladné anamnézy a doplňujících vyšetření, bývá mnohdy velmi obtížná. Příčinou je často vynucená sociální izolace, ostych pacientky svěřit se apod. Dalšími důvody obtížné diagnostiky může být oligosymptomatologie, atypické příznaky nebo multikausalita onemocnění. U starší skupiny pacientů má diagnostika inkontinence svá omezení, která spočívají v kognitivním stavu daného pacienta. V tomto případě je vhodné dát přednost především neinvazivním vyšetřovacím metodám (ROMŽOVÁ, 2011).

Při diagnostice lze využít jednoduché klinické testy až náročná přístrojová měření a zobrazovací metody. Základem dobré a úspěšné léčby a spokojenosti pacienta je určení typu močové inkontinence (KOLOMBO, 2009).

Anamnéza - odběr anamnézy je základem každého vyšetření, jejímž cílem je zjištění možného původu inkontinence a naplánování dalších vyšetření. Mezi rizikové faktory se řadí věk pacienta, menopauza, počet porodů, obezita, kouření, nadměrná fyzická zátěž a genetické dispozice. Lékaře během odebrání anamnézy zajímá, jak často dochází k úniku moči a v jakém množství, za jakých situací k němu dochází (vleže, vsedě, při kašli, kýchání, smíchu), zda se objevuje nutkání na močení, únik moči v noci a zda dokáže vůlí přerušit proud moči. Dále se lékař vyptává na jiná onemocnění, s kterými se pacient léčí (např. diabetes, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba), jaké léky užívá, časté infekce močových cest, jestli podstoupili gynekologické operace, sexuální život apod. (KOLOMBO, 2009).

Romžová a kolektiv ve svém článku Inkontinence moči ve stáří píše: „Po vzoru americké literatury se můžeme vydat cestou schématu DIAPPERS – delirium (akutní změny duševního zdraví), demence (chronické změny duševního stavu), infekce (infekce močových cest a systémové infekce), atrofie (atrofie močové trubice, měchýře a vaginy), psychiatrické nemoci (deprese a psychózy), pharmacotherapy (farmakoterapie – léky s vlivem na kontinenci), excesivní ztráty tekutin (otoky,

endokrinnologická onemocnění), redukovaná mobilita, stolice (inkontinence, obstipace)“ (ROMŽOVÁ, 2011, s. 182, 183).

Dotazníky a mikční karty - dotazníky pro pacienty se doporučují používat k rozlišení inkontinence, přesto od nich nelze očekávat, že jednoznačně určí diagnózu. Dotazník, který byl předán do rukou pacientovi, by měl být jednoduchý a srozumitelný.

Dotazníky se zaměřením na symptomy mají nízkou výpovědní hodnotu, a proto již není jejich používání doporučováno. Důraz by měl být kladen především na dotazníky zaměřující se na kvalitu života pacienta, u nichž byla výpovědní hodnota statisticky ověřena. Dotazníky, které hodnotí působení určitého příznaku či nemoci na kvalitu života, by měly vystihovat dopad nejen na fyzický, ale také duševní stav pacienta co nejkompexněji a nejlépe.

U močové inkontinence nebo také hyperaktivního močového měchýře, kde nejsou k dispozici jiná spolehlivá kritéria aktivity onemocnění, jsou dotazníky považovány za základní parametr hodnocení závažnosti obtíží a úspěšnosti terapie.

Dotazníky zaměřující se na kvalitu života pacienta rozeznáváme nespecifické a specifické. Chceme-li hodnotit jakýkoliv příznak či onemocnění, použijeme dotazník nespecifický. Naopak specifický dotazník se používá tehdy, chceme-li vzít v úvahu zvláštnosti daného příznaku nebo nemoci. Tento druhý typ dotazníku má oproti nespecifickému typu dotazníku vyšší výpovědní hodnotu a také statistickou významnost. Jsou tudíž nástrojem v oblasti hodnocení kvality života klinicky relevantnějším (ZACHOVAL, 2006).

MUDr. Zachoval a kolektiv se zaměřili na vyhledání všech specifických dotazníků, které hodnotí kvalitu života pacienta s močovou inkontinencí a hyperaktivním močovým měchýřem. Studie, jež byly statisticky zpracovány, se zaměřily na parametry jako validita (míra správnosti), senzitivita (v procentech vyjádřený podíl pozitivních výsledků), specifita (v procentech vyjádřený podíl negativních výsledků), diskriminační validita (schopnost rozlišit pacienty s různou chorobou či její závažností), validita hodnocených kritérií (míra korelace testu s testem obdobným), spolehlivost (při opakovaném použití poskytovat stejné výsledky), reprodukovatelnost (schopnost nepodléhat variacím pozorovatele, biologickým

a přístrojovým), citlivost (změny měřeného parametru) a nakonec konzistence (poskytovat shodné výsledky při opakování testu).

Celkem bylo k močové inkontinenci vyhledáno 16 typů dotazníků. *Contolife* je dotazník určený pro ženy se stresovou močovou inkontinencí. Tento dotazník byl sestaven v roce 2003 panem Amarencem a spol. a hodnotí stav pacientky v posledních 4 týdnech. Je zaměřen na běžné denní aktivity, ale také aktivity spojené s námahou, dále na ovlivnění pohlavního života, sebehodnocení, emočního dopadu, pocit spokojenosti a hodnocení efektu chirurgické léčby pomocí TVT pásky. Dotazník je složen z 28 otázek (ZACHOVAL, 2006).

King's Health Questionnaire dotazník byl vytvořen v roce 1997 Kelleherem a spol. pro ženy. Později bylo prokázáno, že tento dotazník vykazuje dobré statistické hodnocení a tak se začal využívat pro obě pohlaví pacientů se stresovou inkontinencí. Dotazník je složen z 21 otázek a je zaměřen na omezení fyzické a sociální aktivity, mezilidských vztahů, na spánek, únavu a emoční problémy.

Dotazník *Overactive bladder questionnaire* obsahuje 25 otázek se 4 okruhy zaměřené na vliv kvality života a 8 otázek na rozsah závažnosti obtěžování příznaků hyperaktivního močového měchýře v posledních 4 týdnech. Dotazník byl vytvořen Coynem a spol. v roce 2002. Bylo prokázáno, že tento typ dotazníku má při hodnocení závažnosti častého nočního močení, stresové a urgentní inkontinence dobrou diskriminační validitu.

Třiceti otázkový dotazník *Incontinence impact questionnaire* z roku 1994 slouží k vyhodnocení vlivu úniku moči na fyzickou a emoční aktivitu. Dále se zaměřuje na nutnost omezit cestování a sociálních aktivit u žen. Původní verze dotazníku od Shumakera a spol. byla v roce 2000 přepracována Van der Vaartem z důvodu nepotvrzení dobré validity při dalších studiích. Aby byl pacient oprostěn od složitého a dlouhého vyplňování dotazníku, byla vytvořena zkrácená sedmi otázková verze. Následně v roce 2005 Sekce urodynamiky, neuroulogie a urogynekologie České urologické společnosti vytvořila českou verzi tohoto dotazníku označenou jako OAB V8 (ZACHOVAL, 2006).

Incontinence-quality of life questionnaire je dotazník z roku 1996 od Wagnera a spol. a je složen z 22 otázek. Hodnotí kvalitu života s únikem moči ve smyslu omezování se v běžných denních činnostech.

Dotazník s 20 otázkami *Incontinence stress questionnaire for patients* z roku 1989 od Yu a spol. byl vytvořen za účelem hodnocení psychologických dopadů spojených s močovou inkontinencí (vznik depresí, somatické a estetické postižení, sociální dopad).

Quality of life questionnaire for urinary urge incontinence je z roku 1995 od Marquise a spol. s 24 otázkami zaměřený na urgentní močovou inkontinenci u žen. Hodnotí vliv na běžné denní činnosti, emoce, spánek a celkový stav pacienta.

Dotazník *Symptom impact index for stress incontinence in women* vytvořený v roce 1996 Blackem a spol. hodnotí tři otázky, které se týkají nutnosti omezení běžných denních aktivit v důsledku stresové inkontinence za poslední jeden rok.

Urinary incontinence severity score je deseti otázkový dotazník z roku 2001, jehož autorem je Stach-Lempinen. Šest otázek z dotazníku hodnotí vliv močového úniku na běžné činnosti a zbývající čtyři otázky měří únik moči.

Z posledních dotazníků můžeme zmínit *Urge impact scale* dotazník, který hodnotí vliv urgentní inkontinence moči na kvalitu života. Rovněž tomu je i případě dotazníků *Urge-incontinence impact questionnaire*, *Urinary incontinence handicap inventory*.

V současnosti je k hodnocení kvality života pacienta s močovou inkontinencí nepřehledné množství specifických dotazníků. Aby mohl být vhodně vybrán dotazník, je potřeba nejprve správně zvolit cílovou populaci. Neznamená to, že je-li jeden dotazník vhodný pro hodnocení jedné skupiny pacientů, je tomu tak také u druhé skupiny, jelikož se může lišit demografickým nebo klinickým parametrem. Dále je potřeba brát zřetel na typ močové inkontinence (ZACHOVÁL, 2006).

Mikční karta je jednoduchou metodou k posouzení funkce močových cest. Tento dotazník si pacientka bere s sebou do domácího prostředí, kde si zaznamenává svůj pitný a mikční režim. Mikční deník tak dává lékaři ucelený přehled o příjmu tekutin, výdeji a velikosti jednotlivé porce moče (JURÁKOVÁ, 2014).

Fyzikální vyšetření - první lékařské vyšetření obvykle probíhá u praktického lékaře, který následně nemocného odesílá na specializované pracoviště. Zde je provedeno řádné gynekologické a urologické vyšetření. Při fyzikálním vyšetření se uplatňuje aspekce, vyšetření v zrcadlech a palpace. Během aspekce se hodnotí stav zevního genitálu, hráze a zevního ústí močové trubice. Vyšetření se provádí jak v klidu, tak při zatlačení. Při vyšetření v zrcadlech si lékař všímá stavu poševní sliznice, přítomných defektů, prolapsů poševní stěny. A při palpaci posuzuje stav dělohy a adnex, případnou kompresi močové trubice proti stěně kosti stydké. Během palpace svalstva pánevního dna hodnotí lékař jeho klidový tonus a kontrakční schopnost podle Oxfordské klasifikace stupni 0 (žádný tonus) až 5 (introitus zúžen s vysokým tonem). Také zjištění hmotnosti, změření BMI a posouzení mobility patří mezi základní fyzikální vyšetření (ZÁMEČNÍK, 2011), (MARTAN, 2013).

Klinické testy – v klinické praxi se užívají k objektivizaci močové inkontinence za stresových manévrů a k verifikaci hypermobility močové trubice (KOLOMBO, 2009).

Marshallův test se provádí tak, že je močový měchýř naplněn 200 ml sterilní tekutinou pacientce v gynekologické poloze a v poloze ve stoje. Test je pozitivní tehdy, dojde-li při zakašlání k odtoku moči.

Bonneyův test se provádí po prvním zmíněném testu a spočívá v tom, že dvěma prsty nazdvihneme parauretrální tkáň v místě krčku močového měchýře. Při kašli by moč neměla odtékat.

Účelem *Q-tip testu* je orientace mobility uretrovezikálního spojení a spočívá v zavedení navlhčené vatové štětičky nebo cévky do močové trubice. Na pokyn pacientka zatlačí a sleduje se, zda vložený materiál opisuje polokruh směrem vzhůru. Za pozitivní se považuje test, během něhož dojde k pohybu vatové štětičky/cévy o více než 30 stupňů.

Kašlací test neboli cough test absolvuje pacientka tehdy, chce-li lékař objektivizovat únik moči. Močový měchýř se naplní 300 ml sterilní tekutinou a pacientka je pobídnuta, aby zakašlala. Lékař následně sleduje únik moči zevním ústím močové trubice. Za pozitivní se bere jakýkoliv únik moči (MARTAN, 2013).

Jedn hodinový pad-weight test představuje vážení vložek. Během tohoto vážení lze zjistit, jaká je ztráta moči před běžnými denními aktivitami a po nich. Vážení se provádí před zahájením testu a po něm. Převážené vložky před testem jsou vloženy do nepropustných kalhotek, aby nedocházelo ke ztrátám uniklé moči. Pacientka poté vypije 500 ml tekutiny v intervalu max. 15 minut. Následuje přesně předepsaná činnost, jako je 30 minutová chůze, vystupování do schodů, desetkrát stoj zezadu, desetkrát zakašlání, běh na místě v časovém intervalu jedné minuty, pětkrát ohnutí se a zvednutí z podlahy malý předmět a nakonec mytí rukou po dobu jedné minuty pod proudem tekoucí vody. Pokud je únik moči větší jak dva gramy, test je pozitivní (MARTAN, 2013).

Laboratorní vyšetření - k základnímu laboratornímu vyšetření patří biochemická analýza moči a močový sediment. Kultivační vyšetření moči nám poukazuje na přítomnost možné močové infekce, která může zhoršovat již existující močovou inkontinenci. Popřípadě může lékař doplnit laboratorní vyšetření o vyšetření renálních funkcí, zánětlivých markerů a cytologické vyšetření moči u podezření na nádor močového měchýře (KOLOMBO, 2009).

Urodynamické vyšetřovací metody - urodynamické vyšetření je doporučeno tehdy, pokud neuspěla léčba farmakologická anebo při plánovaném operačním řešení.

Cystometrie, též plnicí cystometrie měří vztah mezi objemem a tlakem močového měchýře po dobu jeho plnění a pomáhá rozlišovat mezi inkontinencí stresovou a urgentní. Během stresové inkontinence dochází při plnicí cystometrii po dobu zvýšení nitrobršního tlaku k nechtěnému úniku moči, přičemž nejsou přítomné idiopatické kontrakce močového měchýře. Pro urgentní inkontinenci moči svědčí silné urgencye již při menším naplnění močového měchýře anebo přítomnost idiopatických kontrakcí močového měchýře. Při tomto vyšetření je pacientka plně při vědomí a nejsou jí podány žádné léky ovlivňující funkci močového měchýře. Rychlost plnění je běžně okolo 100 ml/min (MARENČÁK, 2006).

Uretrální tlakový profil klidový je definován měřením intraluminálního tlaku v průběhu močové trubice při prázdném močovém měchýři vleže na zádech. Maximální uretrální tlak je ovlivněn nejen menstruačním cyklem, ale také věkem, počtem porodů, konstitucí, aj. Mnohem častěji je v diagnostice stresové inkontinence hodnocen *stresový uretrální tlakový profil*. Během vyšetření je povytahován katetr s dvojitým lumenem

a pacientka kontinuálně kašle. Převýší-li tlak v močovém měchýři tlak uvnitř močové trubice, je potvrzená diagnóza stresové inkontinence (HIBLBAUER, 2011).

Tlak, při němž dochází k úniku moči z uretry je označován jako *Leak point pressure*. Existuje termín *detrusor leak point pressure*, což znamená zvýšení tlaku v měchýři s následným únikem moči, aniž by došlo ke zvýšení tlaku v dutině břišní. Opačným stavem je *abdominal leak point pressure*. Tlak v dutině břišní je zvýšen, zatímco v močovém měchýři je beze změny (KOLOMBO, 2009).

Uroflowmetrie je měření hodnot proudu moči. Sleduje se mikční objem, doba močení a střední hodnota rychlosti proudu moči. Po stránce kvalitativní se hodnotí tvar křivky, její plynulost či přerušovanost (KOLOMBO, 2009).

Reziduální moč je ideální provést po skončení uroflowmetrie. Jedná se o objem tekutiny, která zůstává v močovém měchýři bezprostředně po vymočení (PVR). Reziduální moč změříme neinvazivně – sonograficky nebo invazivní metodou – zavedením jednorázové močové cévky do močového měchýře (MARTAN, 2013).

Další urodynamickou vyšetřovací metodou je elektromyografie, která je metodou doplňkovou a výběrovou. Principem této metody je snímání elektrických potenciálů způsobené při aktivaci příčně pruhovaného svalstva pánevního dna. Ke snímání těchto potenciálů se používají jehlové nebo také povrchové elektrody. Jde o metodu invazivní, jelikož jsou jehlové elektrody přímo zaváděny do svalu. Povrchové elektrody lze zavést to konečníku, pochvy močové trubice nebo nalepit na kůži do oblasti perineální krajiny (KOLOMBO, 2009).

Zobrazovací metody. Cystouretroskopie je důležitou diagnostickou metodou, která poukazuje například na výskyt nádoru močového měchýře. Tato zobrazovací metoda nám pomáhá vizualizovat močovou trubici a močový měchýř a indikuje se převážně při hematurii, inkontinenci, příznaky urgencye nebo urogenitálních pístělich. Má nezastupitelnou roli u komplikovaných stavů, situací refrakterních na běžnou léčbu a stavech s anamnézou předchozích intervencí (MARTAN, 2013).

Intravenózní vylučovací urografie je další ze zobrazovacích metod, která nám sice nepodává dostatečné informace o močovém měchýři a močové trubici a jejich funkci k pánevnímu dnu či úniku moči, přesto je toto vyšetření při extrauretrální inkontinenci

na prvním místě. Jedná se o referenční zobrazovací metodu na horní cesty močové a v diagnostice inkontinence představuje metodu vyhrazenou pro speciální stavy (MARTAN, 2013).

V literatuře lze nalézt četné informace také o *ultrazvukovém vyšetření*. Při ultrazvukovém vyšetření lze využít nejen dopplerovské měření ohledně cévního zásobení, ale také 3D metodu zobrazení. V současné době se nejčastěji sonograficky hodnotí postmikční reziduum, postavení a pohyblivost močové trubice, hrdla močového měchýře a jeho bazi, vezikalizaci močové trubice, sílu stěny močového měchýře. Ultrazvukové vyšetření je vhodnou pomocnou metodou při určení příčin invazivního řešení inkontinence nebo při odhalování komplikací, např. určení nesprávné pozice TVT pásky (MARTAN, 2013).

Za zmínku stojí ovšem i *magnetická rezonance*, která nám podává velice přesné informace o strukturách dna pánevního díky přesnému zobrazení tkáňového rozhraní (MARTAN, 2013).

2.2 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

Inkontinence moči a její léčba není vůbec jednoduchá, jelikož existují různé typy močové inkontinence a různé příčiny. Důležité je říci, že žádná z léčebných metod nezaručuje 100 % vyléčení. Při volbě terapie by se měl brát zřetel na individuální komplexní přístup. Léčbu močové inkontinence můžeme v zásadě rozdělit na konzervativní a na chirurgickou. Konzervativní terapie bývá zpočátku většinou upřednostňována před invazivní metodou léčby (KOLOMBO, 2009).

2.2.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

Mezi konzervativní léčebné postupy stresové inkontinence patří změny v oblasti životosprávy (omezení kouření a těžké fyzické aktivity, stop pití kávy, snížení tělesné hmotnosti v případě nadváhy – snížení o 5-10 % vede ke snížení úniku moče až o 60 % (KOLOMBO, 2009).

K rehabilitačním metodám řadíme elektrostimulaci, vaginální konusy a cviky na svalstvo pánevního dna.

Elektrostimulace je nepřímá elektrostimulace nervových svalových struktur dna pánevního, močové trubice a detruzoru pomocí sondy s elektrickými impulzy

s frekvencí okolo 50 Hz, která je umístěna vaginálně nebo rektálně. Tato stimulace probíhá denně v délce 30 minut po dobu dvaceti až třiceti dnů (CHMEL, 2013).

Vaginální konusy byly do klinické praxe zavedeny Plevnikem v roce 1985, který navrhoval jejich využití nejen v léčbě, ale také ke kvantifikaci síly kontrakce dna pánevního. V praxi se objevila tzv. Originální Plevnikova sada, která byla složena z devíti konusových těles stejného objemu a tvaru, ovšem s rozdílnou hmotností od 20 g do 100 g. Později se objevily modifikované konusy různých tvarů a velikostí. Konusy se zavádějí do pochvy obvykle dvakrát denně na dobu 15 – 30 minut a díky svojí hmotnosti vyvolávají nejen pasivní, ale také aktivní kontrakce svalstva pánevního dna. Pacientka má za úkol konus v pochvě udržet při absolvování běžných denních aktivit. Pokud toto užívání dodrží nepřetržitě jeden týden, hmotnost konusu se postupně zvyšuje (KRHUT, 2014).

Gymnastika svalů pánevního dna byla popsána poprvé v roce 1948 americkým gynekologem Arnoldem Kegelem. Soustavu Kegellových cviků pacientky cvičí třikrát denně po dobu dvaceti minut a spočívá v několika rychlých kontrakcích svalstva pánevního dna, které vedou k tlakovým změnám v pochvě a uretře. Intenzita a efektivita cvičení byla kontrolována prstem, který byl zaveden do poševního vchodu. Úspěšnost Kegellových cviků při pravidelném cvičení je až 84 % (KRHUT, 2015).

V léčbě inkontinence hrála fyzioterapie vždy spíše okrajovou roli a bývala indikována pouze v léčbě stresové inkontinence. Díky pokrokové době je dnes na správně indikovanou a prováděnou fyzioterapii pohlíženo jako na metodu léčby nejen stresové, ale také urgentní inkontinence (KRHUT, 2015).

Výše zmíněné metody konzervativní terapie směřují k dosažení volní kontroly aktivity dna pánevního a mohou uspět tehdy, kdy anatomické změny nejsou příliš velké (KRHUT, 2015).

2.2.2 MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE

Cílem *farmakoterapie* stresové inkontinence je zvýšení uzavírací síly intrauretrálně zvýšením tonu hladkého svalstva nebo ovlivněním tonu příčně pruhovaného svalstva močové trubice (MARTAN, 2013).

Farmakoterapie má u stresového typu inkontinence omezený význam. Pro léčbu se využívá celá řada preparátů, které často považujeme za doplněk konzervativní terapie.

Alfa – sympatomimetika stimulují alfa – adrenergní receptory lokalizované v hladké svalovině uretry a hrdle močového měchýře. Tím zvyšují uzávěrový tlak uretry jak během plnění močového měchýře tak i během močení. Z alfa – adrenergních agonistů byly použity např. efedrin, fenylpropanolamin. I přes řadu nežádoucích účinků (třes, poruchy spánku, bolesti hlavy, bušení srdce) byly tyto preparáty ještě donedávna používány. V roce 2000 bylo na základě několika publikovaných případů doporučeno léky více neužívat v souvislosti s působením na kardiovaskulární a centrální nervový systém (MARTAN, 2013).

Midodrin a Methoxamin působí na rozdíl od výše zmíněných preparátů selektivně na α_1 receptory. Zpočátku byly v léčbě stresové inkontinence těmito preparáty referovány dobré výsledky, ale později bylo prokázáno zvýšení systolického tlaku a také bradykardie. Klinický přínos těchto léků je bohužel snižován jejich nežádoucími účinky (MARTAN, 2013).

Přípravky s beta – adrenergními antagonisty se nejčastěji indikují pacientkám s vysokým krevním tlakem, srdeční arytmii a migrénovými bolestmi hlavy (MARTAN, 2013).

Beta – sympatomimetika. Beta – adrenergní agonisté jsou indikovány při léčbě astmatu jako bronchodilatátory. U zástupce této skupiny, Clenbuterolu, byl zaznamenán překvapující efekt. Způsobil zvýšení maximálního uretrálního tlaku. V kombinaci s fyzioterapií dosáhl Clenbuterol velmi dobrých výsledků. Mezi nežádoucí účinky jeho užívání patří třes, zvýšená srdeční frekvence či bolesti hlavy (MARTAN, 2013).

Tricyklická antidepressiva jsou léky indikovány nejen při depresivních stavech, ale mají také příznivé účinky na močovou inkontinenci. Jejich periferní a centrální anticholinergní efekt hraje důležitou roli v léčbě urgencí. Nejužívanějším lékem této skupiny je Imipramin, který ovlivňuje kontraktilitu močového měchýře tím, že ji snižuje a zároveň zvyšuje výtokový odpor v močové trubici. Jedná se o medikaci často volenou v případě komplikovaných refrakterních stavů, převážně smíšených etiologií. Tricyklická antidepressiva přesto nejsou široce užívaná k léčbě stresové inkontinence

z toho důvodu, že je popsán častý výskyt nežádoucích účinků (sucho v ústech, obstipace, retence moči, rozostřené vidění, ospalost, poruchy orientace a pády, poruchy srdečního rytmu nebo dokonce při vysazení léku abstinenční příznaky) (MARTAN, 2013).

Hormonální terapie. Pohlavní hormony, zejména estrogény, jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů, který má vliv na funkci a morfologii dolních cest močových. Souvislost mezi deficitem estrogenů a atrofií urogenitálního traktu v menopauze byla dokázána v roce 1981, kdy byly v močovém ústrojí nalezeny receptory estrogenů. Nejen že pochva ztrácí díky nedostatku estrogenů svoji pružnost, také mukóza a submukózní tkáň močové trubice atrofují. Nejvíce je těmito atrofickými změnami postižena oblast hrdla močového měchýře, tzv. proximální venózní plexus submukózy, který se až z 30 – 40 % podílí na uzávěrovém tlaku močové trubice (KRHUT, 2014).

Dojde-li k poklesu kolagenu v močové trubici, vede to až k dysuriím, urgencím a inkontinenci. Během hormonální terapie se nejčastěji užívají estrogény v podobě mastí, krémů a čípků (ROMŽOVÁ, 2011).

2.2.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Dojde-li k selhání podpory pánevního dna pomocí konzervativní terapie (cviky na posílení pánevního dna), která může být následně doplněna o farmakologickou léčbu, je potřeba močovou trubici podpořit operačně. Od příchodu nové revoluční operační metody v léčbě stresové inkontinence prostřednictvím volné poševní pásky uplynulo již více než desetiletí. Tato zásadní změna s sebou přinesla snížení invazivity při účinnosti jako u doposud prováděné závěsné operace – kolposuspenze dle Burche, jehlové suspenze dle Pereyry, Stammeyho a Raze. Zavedení poševních pásek do klinické praxe se stalo zlatým standardem v léčbě ženské stresové inkontinence. MUDr. Šottner a MUDr. Horčíčka ve svém článku zmiňují, že bylo zavedeno celosvětově přes jeden milion vaginálních pásek, které zlepšily kontinenci u více než 90 % operovaných žen (ŠOTTNER, 2011), (RICHTER, 2010).

V současné době jsou slingové operace řazeny do miniinvazivních výkonů s vysokou úspěšností a tudíž jsou nejvíce využívanou operační metodou v léčbě stresové inkontinence. Nový způsob využití speciálních, biologicky neutrálních

polypropylénových pásek (TVT) dokáže podpořit uretru bez zvyšování napětí po dobu zvýšené zátěže na dolní cesty močové. TVT operační technika byla zavedená do praxe v roce 1995 Ulmstenem a Petrosem, který využil retropubicky uloženou pásku vedenou pod uretrou a právě tato operační metoda vytlačila Burchovu operaci. Novara v roce 2010 prezentoval výsledky 39 studií, z nichž vyplývá, že TVT operační metoda dosahuje lepších výsledků než Burchova operace, avšak dochází k častějšímu poranění močového měchýře (ZÁMEČNÍK, 2011), (MARENČÁK, 2006), (REJCHRT, 2013).

Snahou TVT operační techniky je nahrazení poškozených pubouretrálních ligament a podpora střední části uretry. Podporu střední části močové trubice Ulmsten vyvodil z experimentálních prací, dokazující, že právě tato část močové trubice je nejen bohatá na cévní a nervové zásobení, ale také právě zde dochází k přerušování moči a dosažení nejvyššího tlaku (MARTAN, 2012), (REJCHRT, 2013).

Operace se provádí v gynekologické poloze po vyprázdnění močového měchýře v lokální nebo svodné anestezii. 2 – 3 cm od střední čáry nad sponou stydkou provedeme dvě incize a jednu mediální incizi na přední stěně poševní v délce cca 1,5 cm od zevního ústí močové trubice. Následuje tupá preparace parauretrálního vaziva oboustranně a zavedení jehly skrz endopelvicovou fascii Retziovým prostorem (prostor nacházející se těsně za symfýzou) ve směru suprapubických incizí. Páska je volně ukládána pod střední částí močové uretry (REJCHRT, 2013).

Polypropylénová páska je 11 mm široká a 40 cm dlouhá a je umístěna v plastickém obalu, díky němuž je usnadněn průnik tkáněmi a který zabraňuje její kontaminaci během zavedení. Na každém konci pásky je ocelová tupá jehla o průměru 5 mm se závitem, díky němuž může dojít ke spojení s ocelovým držadlem zavaděče. Během operace se používá také ocelový vodič umožňující manipulovat s močovou trubicí (MARTAN, 2012).

Další cestou, při níž by se zamezilo poranění močového měchýře, byla snaha o provedení páskové operace jiným způsobem. Na tomto základě vznikl pojem transobturatorního přístupu. Rentgenologickými studiemi bylo zjištěno, že vložená páska je v dostatečné vzdálenosti od cévního a nervového zásobení v obturatorním otvoru (STRUPPL, 2009).

V roce 1998 Nickel a kolektiv prezentují první zmínku o aplikaci polyesterové pásky z transobturatorního přístupu u psů trpících inkontinencí. O tři roky později se objevuje publikace (autor Emmanuel Delorme) o tomto přístupu u úspěšně odoperovaných pacientek (STRUPPL, 2009).

Střední část uretry je nadále volně podporována páskou, ovšem její konce nesměřují za symfýzu, ale skrz foramina obturatoria, která nalezneme těsně nad dolním raménkem kosti stydké. Vedení zavaděčů směřuje zvenku dovnitř. Jedná se o tzv. outside – in systém (GÄRTNER, 2015).

Metoda TOT (transobturatorová) se provádí rovněž v gynekologické poloze po vyprázdnění močového měchýře. Ve vzdálenosti jeden centimetr od zevního ústí uretry se provede mediální řez přední stěny poševní a tupá preparace parauretrálního vaziva laterálním směrem k číslům 3 a 9 k okraji spodního ramene ischiopubické kosti. V úrovni klitoris v oblasti genitofemorální rýhy provedeme bilaterálně dvě incize kůže. Jehlu vedeme nejprve kolmo, obkroužíme dolní rameno pubické kosti ve směru incize a vyvádíme ji řezem v poševní stěně. Páska, fixovaná na jehle, je protažena kanálem a ukládána pod močovou trubici (REJCHRT, 2013).

V roce 2003 tuto transobturatorní metodu modifikoval profesor Jean de Leval. Technika TVT-O se provádí obdobně, jen s tím rozdílem, že vedení jehel jde zevnitř ven (inside – out). Operační set obsahuje polypropylénovou pásku o délce 40 cm a šířce 11 mm, která je v plastickém obalu. Na každém konci pásky je polyethylenová špičatá dutá jehla. Dále v setu nalezneme dva kovové spirálové zavaděče k jednorázovému použití (MARTAN, 2012).

Za nejčastější komplikace u TVT-O a TOT techniky lze považovat bolestivost v tříslech, protruze pásky a retence moči. Metoda outside – in sice eliminovala riziko poranění v malé pánvi, ale nesnižovala poranění močového měchýře a močové trubice. Naopak metoda inside – out minimalizovala i výše uvedené struktury. Je jen na operatérovi, kterou z těchto dvou metod preferuje a použije ji v praxi (ZÁMEČNÍK, 2011).

Evoluce volné poševní pásky pokračuje zavedením tzv. krátkých pásek – single incision slings, jejichž vývoj je veden snahou o další snížení invazivity a zvýšení bezpečnosti při zachování účinnosti pásek původních. Po úvodním zklamání v podobě

pásky TVT-S přišly na trh pásky úspěšné jako např. MiniArc, Ajust, TVT exact, od nichž se očekává další snížení invazivity (KRČMÁŘ, 2012).

Nahlédneme-li na některé studie, týkající se problematiky stresové inkontinence a chirurgické léčby, zjistíme, že např. Doc. Krofta a kolektiv provedli v roce 2005 a 2006 prospektivní randomizovanou studii na tahuprosté vaginální pásky a to u 288 vyšetřovaných a odoperovaných žen. Randomizace mezi TVT a TVT-O probíhala metodou losu v den určení indikací a rozhodnutí o operační léčbě. Mezi TVT skupinu bylo zahrnuto 141 žen a do TVT-O skupiny 147 žen. Průměrný věk u pacientek ve skupině TVT činil 57,42 let a ve skupině TVT-O 57,98 let. U všech pacientek byla detailně odebrána anamnéza a provedeno klinické vyšetření včetně urodynamického vyšetření. Následné kontroly proběhly u odoperovaných pacientek v časových intervalech 6 týdnů, 3, 6, 12 a 24 měsíců. Během analýzy dat tým autorů studie prokázal, že mezi technikami TVT a TVT-O je shodná efektivita. 1 rok po operaci TVT a TVT-O mělo negativní stresový test 127 žen (90,1 % TVT) a 130 žen (88,4 % TVT-O). Rovněž efektivita těchto dvou chirurgických metod byla vyhodnocena jako identická, kdy 84,7 % (TVT) a 80,9 % (TVT-O) pacientek vnímá svůj stav jako velmi dobrý až vynikající (KROFTA, 2010).

Jiná studie (Drlík, Zmrhal, Kočárek), zabývající se suburetrálními páskami, probíhala v období února 2003 do května 2013, při kterém bylo pro stresovou inkontinenci operováno 241 žen. U 68 pacientek byla aplikována páska retropubická, u zbylých 173 pacientek byla použita páska transobturatorní. Průměrný věk u 68 pacientek činil 62 let a u 173 pacientek 57 let. Sledování odoperovaných pacientek proběhlo v časovém rozmezí 6 a 36 měsíců od operace. Pacientky s TVT páskou byly po půl roce od operace 100 % kontinentní a po 36 měsících v 91 % kontinentní. Pacientky s TVT-O páskou byly rovněž po 6 měsících 100 % kontinentní a po 36 měsících činila inkontinence 34 %. Autoři výzkumu se dále zaměřili na časné komplikace, které byly u TVT pásek zastoupeny ve 4,4 % a u TVT-O pásek pouze u 1,7 % pacientek. Také zde došel kolektiv autorů k tomu názoru, že efektivita obou chirurgických metod je obdobná (DRLÍK, 2015).

3 ROLE SESTRY JAKO EDUKÁTORKY PŘI PÉČI O ŽENU S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Základním předpokladem ke zjištění inkontinentního pacienta je depistáž neboli cílené vyhledávání. Úkolem zdravotnického personálu je pomoci lidem, kteří trpí únikem moči a kteří si s touto danou situací nedokáží poradit nebo se stydí pomoc vyhledat. Edukace je jedním z postupů, prostřednictvím kterých může sestra pacienta zapojit do léčby a tím mu pomoci. Romana Petrášová, jež publikovala článek v časopisu *Sestra*, píše: „Cílem edukace je rozvíjet poznatky a schopnosti, hodnotové, postoje, citové a behaviorální kvality člověka. Každý pacient má právo na edukaci. Je důležité edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké.“ Sestra, která edukaci provádí, by se měla snažit pacientovi pomoci pochopit zodpovědnost za jeho zdraví a péči o svou osobu. Dále snižovat pocit nejistoty a úzkosti (PETRÁŠOVÁ, 2012, s. 51).

3.1 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU

První fází edukačního procesu je posouzení pacienta. V této fázi se zaměřujeme na životní styl pacienta, jeho věk, motivaci k učení, charakter obtíží související s únikem moči, vědomosti o způsobu léčby a způsoby řešení inkontinence. Prostřednictvím těchto získaných informací sestra stanoví edukační témata, doplní pacientovi vědomosti a snaží se ho motivovat.

Druhou fází je tzv. fáze stanovení edukačních diagnóz, která souvisí s nedostatkem pacientových vědomostí. Pacienta, který nezná příčiny vzniku inkontinence, způsoby léčby, atd., sestra poučí. Je potřeba určit, s čím souvisí deficit vědomostí. Může jít například o neochotu pacienta únik moči řešit či jeho nepochopení. Na základě močové inkontinence vzniká také řada ošetrovatelských diagnóz (úzkost, deficit znalostí, změna sexuálního chování, aj.), se kterými se sestra setkává (PETRÁŠOVÁ, 2012).

Příprava edukačního plánu. Tato třetí fáze edukačního procesu stanovuje priority a cíl edukace. Edukační cíle dělíme na behaviorální, psychomotorické (čili motorická zručnost pacienta - jak a co má pacient vykonávat, aby zmírnil nebo odstranil problémy), cíl afektivní (zážitky, zájmy, postoje, emoce, hodnoty – v čem se má pacient

angažovat a co má přijmout) a cíl kognitivní (intelekt vědomostí pacienta – co má pacient vědět a pochopit o problematice močové inkontinence) (PETRÁŠOVÁ, 2012).

Realizace edukačního plánu. Čtvrtá fáze edukačního procesu je složena z fáze expoziční a motivační. V expoziční fázi sestra k edukaci pacienta využívá klasické metody, jako jsou pohovory, přednášky, předcvičování, videozáznamy a další. V motivační fázi se sestra zaměřuje na edukaci v oblasti hygieny a ošetřování pokožky, vhodných inkontinenčních pomůcek, posilování svalstva pánevního dna, nevhodných tekutinách jako je káva, černý čaj, sladké limonády a alkohol). Dále sestra v motivační fázi edukuje o vedení mikčního deníku, nácviku pravidelné mikce po dvou hodinách s prodlužováním intervalu, příčinách a faktorech, které přispívají k inkontinenci a také edukuje o způsobech, jak zmírnit či odstranit močovou inkontinenci.

Poslední fází edukačního procesu je vyhodnocení efektivnosti edukace, kdy sestra spolu s pacientem hodnotí dosažené edukační cíle. Například zda bude pacient pravidelně navštěvovat specializovanou ambulanci, zda ovládá techniku cvičení, upravil pitný režim, je informován o způsobech léčby atd. Na základě míry splnění edukačních cílů stanovíme kritéria hodnocení edukačního plánu (PETRÁŠOVÁ, 2012).

Sestra edukátorka se vyznačuje nejčastěji odbornými, pedagogickými, charakterovými a všeobecnými vlastnostmi, způsobem vyjadřování a vystupování. Pro úspěšnou edukaci je důležité navázat kontakt s pacientem a získat si jeho důvěru. Významnou součástí edukace je také bezesporu vytvoření kladného postoje k léčbě a pokynům zdravotnického personálu, který by si měl získat pacienta pro vzájemnou spolupráci a motivovat jej pro určitý léčebný postup. Toto vše je jednou ze základních podmínek úspěšné edukace. V léčbě stresové inkontinence je často první volbou lékaře konzervativní léčba, v níž se zaměřuje na cviky svalstva pánevního dna. Má-li sestra edukovat pacienta v této oblasti, je vhodné, aby sama cviky vyzkoušela a bezmyšlenkovitě neodkazovala na brožury o cvičení. Pacient mnohdy nemusí brožurám porozumět a spoléhá na pomoc právě od sestry. Je dobré, pokud sestra zná fyzioterapeutické pracoviště, které se tímto cvičením zabývá a může tak pacienta na toto pracoviště odkázat. Sestra by měla zvládat odpovídat nejen na otázky konzervativní terapie, ale také chirurgické léčby a otázky rekonvalescence.

Správná edukace může preventivně pomoci také dalším potenciálním pacientům, kteří by se tak dozvěděli jak inkontinencí netrpět, ale léčit ji (PETRÁŠOVÁ, 2012).

4 INKONTINENČNÍ POMŮCKY

Inkontinence moči představuje nejen problém zdravotnický, ale také problém značně společenský. Ačkoliv populace postupně stárne a to přispívá k danému aktuálnímu tématu, močová inkontinence může postihnout jedince v kterémkoliv věku, bez ohledu na jeho společenské postavení a pohlaví.

Klíčovou úlohu při řešení inkontinence moči má zdravotnický pracovník. Ten by měl být schopen doporučit pacientovi prostřednictvím svých zkušeností a znalostí individualizované a adekvátní pomůcky při močovém úniku.

Aby mohl začít pacient používat vhodný typ inkontinenčních pomůcek, je potřeba nejprve posoudit závažnost a stupeň močové inkontinence, která má různou intenzitu.

Stupeň močové inkontinence je pouze orientační a závisí na množství uniklé moči v určitém časovém období. Lze ji rozdělit do tří stupňů podle její závažnosti. První, mírný stupeň močové inkontinence představuje občasný mimovolní močový únik od 50 ml do 100 ml v časovém úseku čtyř hodin. Druhý, střední stupeň úniku moči probíhá několikrát denně, opakovaně a to v množství 100 ml až 200 ml v časovém úseku čtyř hodin. A při posledním třetím, těžkém stupni závažnosti močové inkontinence dochází k trvalému mimovolnímu úniku v množství více jak 200 ml v průběhu čtyř hodin (DRÁBKOVÁ, 2014).

Používání inkontinentních pomůcek mnohonásobně zvyšuje kvalitu života pacientů a jsou určeny pro ty, kteří doposud nejsou vyšetřeny pro močovou inkontinenci nebo pro pacienty, u nichž nejsou veškeré diagnostické a léčebné postupy efektivní. Cílem těchto kompenzačních pomůcek je zamezit a zachytit nechtěný únik moči a zápach s tím spojený. Aby volba inkontinenčních pomůcek byla správná a jejich použití úspěšné, je potřeba věnovat pacientovi dostatek času. Během edukace je též potřeba pacientovi vysvětlit důležitost péče o pokožku v podobě speciálních gelů, mastí a jiných přípravků k tomu určených (SOCHOROVÁ, 2011).

Na trhu lze nalézt různé typy pomůcek k inkontinenci moči. Pacient má na výběr z několika druhů a to podle jeho stupně obtíží. Mezi inkontinenční pomůcky otevřené patří absorpční vložky a urinaly. Plenky s nastavitelnými pásky řadíme do

inkontinenčních pomůcek polootevřených. Do uzavřeného systému inkontinenčních pomůcek spadá například navlékací plenkové kalhotky. Doplňkovými inkontinenčními pomůckami moči jsou například podložky na lůžko, vložné pleny a fixační kalhotky.

Inkontinenční pomůcky lze z obecného hlediska rozdělit také na pomůcky krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé pomůcky spadají všechny absorpční pomůcky, zatímco mezi dlouhodobé pomůcky řadíme permanentní močové katétry (DRÁBKOVÁ, 2014).

Na trhu jsou pomůcky k inkontinenci moči dostupné v různých variantách, které lze mezi sebou kombinovat v rozličných provedeních a od mnoha firem. Rovněž cenová variace je různorodá. Inkontinenční pomůcky může předepisovat praktický lékař, urolog, geriatr, neurolog a gynekolog, který by měl brát zřetel na finanční stránku pacienta (HRUŠKA, 2013).

5 KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Močová inkontinence určitým způsobem zasahuje do života pacientky a výrazně ovlivňuje jeho kvalitu, jelikož mikce je jednou z nejdůležitějších každodenních biologických potřeb (ČERVENKOVÁ, 2013).

Pacientky se stresovou inkontinencí dokážou velmi důmyslně skrýt svůj problém, o kterém nemusí vědět ani nejbližší příbuzní. Může docházet ke strachu z kontaktu ve společnosti, navazování nových vztahů či pocitu osamělosti. Jde o problém více či méně skrývaný, málo sdělovaný a v současnosti zbytečný. Pro pacientky, které nechtějí tolerovat sníženou kvalitu života, je zásadní edukace o možnostech terapie. Vrublová a Holisová ve své studii zkoumají, jaká je kvalita života žen se stresovou inkontinencí před operací a po operaci TOT pásky. Dotazníkovému šetření se podrobilo celkem 58 žen ve věku 48 – 66 let se stresovou inkontinencí moče a to v období května 2009 do února 2010 v urogynekologických ambulancích v Ostravě (VRUBLOVÁ, 2011).

Dílčí cíle studie se zabývaly hodnocením psychického stavu pacientky, jejím vzděláním, posilováním svalů pánevního dna a průměrnou délkou léčby před operací. Rozdíl kvality života žen mající stresovou inkontinenci byl spočítán ze získaných výsledků a činil 28 %. Celkově z výsledků plyne, že ženy po operaci vykazují vyšší kvalitu života (42,9 %) než ženy před operací. Dále jsme se dozvěděli, že pacientky před operací posilují svaly pánevního dna častěji než ženy po operaci (26,1 %). 7 z 58 dotazovaných respondentek zažívá před operací pocit nedokonalého zdraví a jedna respondentka tento pocit zažívá po operační léčbě. Zajímavým zjištěním bylo, že únik moči u 17,1 % patientek před operací výrazně nezasáhl do otázek sexuálního života a po operaci 13 % patientek vykazovalo lepší kvalitu života.

Závěrem lze tvrdit, že stresová inkontinence neohrožuje život ženy, avšak výrazně snižuje její kvalitu života. Pro efektivní léčbu je velice důležité, aby se jednalo o multidisciplinární spolupráci a empatickou komunikaci v edukačním procesu, který je v rukou zdravotnického personálu (VRUBLOVÁ, 2011).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE STRESOVOU INKONTINENCÍ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: žena

Věk: 50 let

Vzdělání: středoškolské

Stav: rozvedená

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 26. 1. 2017

Typ přijetí: plánovaný

Oddělení: Pooperační gynekologie

Důvod přijetí udávaný pacientem: operace kvůli úniku moči

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

N393 Stresová inkontinence

Medicínské diagnózy vedlejší:

N394 Jiná určená inkontinence moči

E063 Autoimunitní tyroiditida

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘIJETÍ:

Tabulka 1 Základní příjmové údaje

TK	129/89	Výška	175 cm
P	86/min	Hmotnost	70 kg
D	22/min	BMI	22,86
TT	36,5 °C	Pohyblivost	Bez omezení
Stav vědomí	Plné vědomí	Orientace místem, časem, osobou	Zachována
Řeč, jazyk	Bez řečové vady	Krevní skupina	0 pozitivní

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacientka přichází k hospitalizaci a následně plánované operaci na doporučení z urogynekologické ambulance z důvodu nechtěného úniku moči. Do urogynekologické ambulance byla odeslána svým ambulantním gynekologem, který doporučil všechna potřebná vyšetření ohledně močové inkontinence. Potíže s únikem moči začala pacientka pociťovat především při kašli, smíchu a sportovní aktivitě. Až doposud neměla pacientka žádné obtíže spojené s tímto onemocněním.

Informační zdroje:

Pacient, rodina pacienta, lékař, ošetřující personál, zdravotnická dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: hypertenze na terapii

Otec: + 67 let na ca plic

Sourozenci: dvě mladší sestry a jeden mladší bratr, všichni zdraví

Děti: dvě, syn a dcera zdraví

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: prodělané běžné dětské nemoci, hypofunkce štítné žlázy

Hospitalizace a operace: žádné

Úrazy: žádné

Transfúze: nikdy nedostala

Očkování: běžné

Farmakologická anamnéza

Tabulka 2 Užívané léky

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	tableta	50 mikrogramů	1x denně (na lačno)	Léky štítné žlázy
Vesicare	Potahovaná tableta	5 miligramů	1x denně	Spasmolytika

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: příležitostně víno

Kouření: nekuřák

Káva: 1x denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 12 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 5 dní, interval 28-29 dní

Intenzita, bolesti: středně silné krvácení, bez bolesti

PM: 10. 1. 2017

A: 0

UPT: 0

Antikoncepce: neužívá

Samovyšetřování prsou: nepravidelně

Poslední gynekologická prohlídka: 14. 10. 2016

Sociální anamnéza

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: rodinný dům

Vztahy, role a interakce: bez narušení

Záliby: čtení, plavání

Volnočasové aktivity: sport, především kolo a procházky

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: administrativní pracovnice

Vztahy na pracovišti: bez problémů

Ekonomické podmínky: průměrné, vyhovující

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: žádné

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Vyšetření při příjmu:

Palpační vyšetření: děloha přímo nebolestivá, volná, tuhá, hladká. Okolí bez hmatné patologické rezistence či lokalizované bolestivosti, taxe nebolestivé.

Vaginální vyšetření: vulva bez patologického nálezu, pochva bez patologického fluoru či krvácení. Děložní hrdlo cylindrického epitelu bez sestupu. Stěny poševní rovněž bez sestupu. Stres při prázdném močovém měchýři negativní.

Zevní vyšetření: zevně břicho měkké, prohmatné a nebolestivé. Bez známek peritoneálního dráždění.

UZ vyšetření: děloha normální velikosti i vzhledu. Endometrium nízké, okolí bez patrné sonopatie či volné tekutiny. Normální klidové postavení uretry, střední hypermobilita. Postmikční reziduum 0 ml.

Výsledky předoperačního vyšetření: 23. 1. 2017 (od praktického lékaře)

Tabulka 3 Laboratorní hodnoty krevního obrazu

	Hodnota	Norma
Leukocyty	8,04	3,8 – 10 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,29	3,8 – 5,2 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	127,0	120 – 165 g/l
Hematokrit	0,392	0,35 – 0,45
Trombocyty	338	150 – 350 x 10 ⁹ /l

EKG: AS reg., SR, f 76/min, osa IM, PQ 0,16, QRS 0,08, PZ V4, T neg. ve III, V1, planárnější ve V2, V3, ST izoel., t.č. bez AKS či dysrytmií.

Závěr předoperačního vyšetření: Pacientka schopna výkonu v CA. Riziko ASA v režii anesteziologa. Doporučení prevence TEN dle zvyklosti pracoviště. Perioperační monitoring vitálních funkcí.

Dieta: žádná

Pohybový režim: běžný, bez omezení

Medikamentózní léčba:

Tabulka 4 Podávané medikamenty

Medikace				
Název léku	Způsob podání	Síla	Dávkování	Skupina
Diazepam	p.o.	5 mg	30 min před výkonem	Benzodiazepiny
Novalgín	i.v.	500 mg/ml	Při VAS nad 4, max a 8 hod.	Analgetika

Chirurgická léčba:

Dne 26. 1. 2017 provedena operace TVT-O, které předcházelo vyprázdnění močového měchýře a dezinfekce zevních rodidel. V genitofemorální rýze provedena incize kůže na každé straně. Suburetrálně je infiltrována oblast incize ředěným Supracainem. Rovněž je infiltrována oblast zamýšleným směrem zavedení pásky, směrem k fossa obturatoria. Následuje krátká incize poševní stěny pod distální uretrou a připravení asi 2 cm dlouhého prostoru pod sliznicí na obě strany směrem k fossa obturatoria. Poté je zavedena pravá a levá jehla, upravení polohy pásky a odstranění její plastový chránič. Páska je zastřižena na úrovni kůže. Incize jsou zašity vicrylovými vstřebatelnými stehy.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU při příjmu dne 26. 1. 2017

Tabulka 5 Posouzení současného stavu

Posouzení současného stavu		
Systém	Subjektivní hodnocení	Objektivní hodnocení
Hlava a krk	„Občas mívám migrény a pálení žáhy. Teď je vše v pořádku.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Obličej je fyziologický. Oční štěrbinu symetrické, oční bulby ve středním postavení. Zornice izokorické, reagují, skléry bílé. Nos a uši bez výtoků. Rty nepopraskané, prokrvené. Dutina ústní čistá, bez sekrece a zápachu, jazyk vlhký a bez povlaku, chrup vlastní. Sliznice bez zarudnutí. Dásně bez krvácivých projevů. Po vyplazení je jazyk ve střední rovině. Krk je souměrný a bez otoků. Pohyb krku je možný bezbolestně všemi směry. Štítná žláza nezvětšena. Karotidy pulzují symetricky.
Hrudník a dýchací soustava	„Dýchá se mi dobře. S dýcháním žádné problémy nemám.“	Hrudník symetrický. Poklep plný, jasný na obou stranách hrudníku,

		dýchání čisté sklípkové, pravidelné, bez vedlejších fenoménů.
Srdce a cévní systém	„Žádné potíže nepociťuji.“	Akce srdeční pravidelná, srdeční ozvy ohraničené.
Břicho a trávicí systém	„Často trpím zácpou a plynatostí. Teď je mi naštěstí dobře.“	Břicho je symetrické, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění. Břišní stěna pevná a hladká. Pupek je vtažený. Viditelná pulzace břišní aorty. Žlučník a slezina nehmatné, játra k oblouku. Peristaltika slyšitelná.
Močový a pohlavní systém	„Chodím velice často na záchod. Při každém kýchnutí nebo zasmání cítím, jak dojde k úniku moči. Musím mít neustále po ruce vložky a velice mě to obtěžuje.“	Tapottement nebolestivý. Vyprazdňování bez obtíží. Pacientka neudává žádné pálení a řezání při močení. Kříží nohy při smíchu a kašli. Přítomna močová inkontinence a to stresového typu. Genitál přiměřený věku.
Kosterní a svalový systém	„Nevím o žádných potížích.“	Svalstvo s přiměřeným svalovým tonem. Klouby volně pohyblivé. Páteř bez patologického zakřivení.
Smysly a nervový	„Slyším i vidím dobře. Nosím brýle“	Slyší dobře, neužívá

system	na dálku.“	žádné kompenzační pomůcky. Vidí také dobře. Na řízení používá brýle s půl dioptrií. Orientována časem, místem, osobou. Pacientka je klidná a spolupracující.
Endokrinní systém	„Léčím se se sníženou funkcí štítné žlázy.“	Lymfatické uzliny nezvětšené.
Imunologický systém	„Nejsem si ničeho vědoma.“	Bez alergie, bez ekzémů.
Kůže a kožní adnexa	„Mám občas suchou kůži a trápí mě metličkové žilky na nohou.“	Kůže je na celém povrchu fyziologicky růžově zbarvená, bez otoků. Na nohou suchá kůže a přítomnost drobných metličkových névů. Vlasy dlouhé, čisté. Nehty čisté a upravené.

Tabulka 6 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
Vzorec zdraví	Prostředí	Subjektivní hodnocení	Objektivní hodnocení
Stravování	Doma	„Jím prakticky všechno. Nikterak se neomezují. Snažím se jíst nejpozději do šesté hodiny večer. S plným břichem	Nelze objektivně hodnotit

		neusnu. Do jídelníčku zařazuji v hojném množství ovoce a zeleninu.“	
	V nemocnici	„Strava zde není nikterak pestrá. Vše je bez chuti. Chybí mi zde více ovoce a zeleniny.“	Pacientka nemá poruchy příjmu potravy per os. Dle výpočtu BMI (= 22,86 norma – minimální zdravotní riziko)
Příjem tekutin	Doma	„Snažím se denně vypít alespoň 2l tekutin. Piju nejčastěji čistou vodu anebo zelený čaj.“	Nelze objektivně hodnotit
	V nemocnici	„Nemocniční čaj mi nechutná.“	Dodržuje doporučený denní příjem tekutin – minimálně 2l. Z důvodu lačnění před operací pociťuje pocit žízně a sucha v ústech.
Vylučování moče	Doma	„Močím bez problémů, až na ten močový únik při zakašlání nebo zasmání.“	Nelze objektivně hodnotit
	V nemocnici	„Dnes chodím čůrat často. Asi to bude	Pacientka je nervózní, a tudíž

		z nervozity před operací.“	chodí často na toaletu. Nestěžuje si během močení na žádné problémy.
Vylučování stolice	Doma	„Na stolicí chodím doma pravidelně každý den.“	Nelze objektivně hodnotit.
	V nemocnici	„V cizím prostředí se necítím svá a tak se mi zde v nemocnici na stolicí nechce.“	Pacientka má problémy s vyprázdněním v cizím prostředí. Toho času nemá potřebu jít na stolicí.
Spánek a bdění	Doma	„Jsem zvyklá vstávat brzy do práce, proto vstávám brzy i ve volném čase.“	Nelze objektivně hodnotit.
	V nemocnici	„Spalo se mi špatně. Pořád jsem se převracela a budila. Musela jsem poprosit o prášek na spaní. K ránu jsem usnula. Cítím se unavená.“	Pacientka se cítí unaveně. Špatně se jí spalo, jelikož je v cizím prostředí. Má kruhy pod očima.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda trávím volnou chvíli venku v přírodě. Když je hezky, jdu se projet na kole anebo	Nelze objektivně hodnotit.

		pracuji na zahradě. Žádnému sportu se aktivně nevěnuji. Ráda si také čtu.“	
	V nemocnici	„Není tady co na práci. Mám s sebou knihu, občas kouknu na televizi.“	Pacientka má vlastní nadstandardní pokoj, kde má klid, sleduje televizi a čte si knihu. Dochází za ní návštěvy.
Hygiena	Doma	„Sprchuji se každý den. Někdy si dopřeju koupel a relaxuji.“	Nelze objektivně hodnotit.
	V nemocnici	„Jsem ráda, že mám zde vlastní koupelnu. Nijak se nemusím omezovat, když chci jít do sprchy. Většinou se zde sprchuji před příchodem lékaře na vizitu.“	Pacientka nepotřebuje pomoc od sester. Je zcela soběstačná. (Norton skóre – 32 (žádné riziko vzniku dekubitů, Barthelové test – 100 bodů: nezávislý).
Soběstačnost	Doma	„Jsem zcela samostatná. Nejsem naštěstí na nikom závislá.“	Nelze objektivně hodnotit.
	V nemocnici	„Nepotřebuji od	Pacientka

		sestřiček žádnou pomoc. Pokud něco přeci jen potřebuji, jdu za nimi na sesternu a nenechám se obskakovat v pokoji na posteli.“	soběstačná. Nevyžaduje žádnou pomoc. (Norton skóre – 32 (žádné riziko vzniku dekubitů, Barthelové test – 100 bodů: nezávislý).
--	--	--	---

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		Subjektivní hodnocení	Objektivní hodnocení
Komunikace	Verbální	„Myslím, že se dokážu vyjádřit jasně a přesně.“	Dobrá artikulace i vyjadřování. Mluví srozumitelně a jasně.
	Neverbální	„Nejsem si vědoma, že bych nadměrně gestikulovala a přehnaně používala mimiku.“	Neverbální projevy komunikace nejsou nikterak přehnané. Využívá ji přiměřeně.
Informovanost o:	Onemocnění	„Troufám si říci, že jsem o všem srozuměna a bylo mi vše řádně vysvětleno. Takže jsem dostatečně informovaná.“	Je informovaná.
	Diagnostických metodách	„Zdravotnický personál mi řekl, co mě čeká, tak jsem o	Je informovaná.

		něco klidnější.“	
	Léčbě a dietě	„Musím se ještě informovat na pooperační režim. Chci vědět, co budu moct a co naopak ne.“	Není si jistá s pooperačním režimem. Má v plánu si pohovořit s ošetřujícím lékařem, aby jí podal eventuální doporučení do budoucnosti.
	Délce hospitalizace	„Vím, že tu budu muset být tak dlouho, dokud nebudu normálně močit. Takže snad půjdu brzy domů.“	Je informovaná o délce hospitalizace, která záleží na tom, jaké bude postmikční reziduum a zda bude močit spontánně.
Sociální role	Primární	„Jsem žena, administrativní pracovnice. V práci jsem si vzala dovolenou. Myslím, že nebudu dlouho marodit, takže moje práce nebude nikterak ohrožena dlouhodobou neschopností. Jsem společenská, přesto spíše introvert.“	Je žena, jejíž hlavní rolí je nyní role pacienta.
	Sekundární	„Jsem především matkou a jinak jsem	Je rozvedenou matkou dvou dětí,

		rozvedená. Mám tři sourozence.“	sestrou tři sourozenců.
	Terciální	„Teď jsem tady jako pacient, ale jinak jsem milovnicí přírody, kola a knih.“	Je pacientkou, čtenářkou a má ráda přírodu.

Tabulka 8 Utřídění informací podle modelu M. Gordon

Utřídění informací podle diagnostických domén ze dne 26. 1. 2017 – 27. 1. 2017	
Doména 1: PODPORA ZDRAVÍ	V souvislosti s tímto onemocněním jde o první hospitalizaci. Pacientka si velmi dobře uvědomuje podstatu tohoto onemocnění, a proto souhlasila s doporučením urogynekologa s chirurgickou léčbou. Únik moči nejvíce pociťuje při kašli a smíchu. Díky inkontinenci moči omezila také sportovní aktivity.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 2: VÝŽIVA	Pacientka nemá s nemocniční stravou problém. Stravu a tekutiny přijímá per os. Dává přednost zelenině a ovoci. Snaží se vyhýbat luštěninám, které ji nadýmají. Žádnou dietu nemá. Nepředpokládá se kontakt s nutričním terapeutem. Denně se snaží vypít alespoň 2 litry tekutin. Její výška je 175 cm a hmotnost 70 kg. BMI=22,86 (norma – minimální zdravotní riziko). Pacientce bylo po anestezii dobře. Bez nevolnosti. Dle ordinace anesteziologa

	mohla začít přijímat stravu a tekutiny po dvou hodinách od anestezie.
Použitá měřicí technika	BMI
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 3: VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	V této oblasti u pacientky nalezneme největší problém. Pacientku trápí močový únik, který se nejvíce projevuje při zvýšeném nitrobřišním tlaku. Má proto strach se smát, kašlat nebo vykonávat jinou fyzickou aktivitu, při které by došlo k opětovnému úniku. Cítí se z toho důvodu nepříjemně. Se stolicí problémy nemá.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Únik moči při fyzické aktivitě.
Doména 4: AKTIVITA A ODPOČINEK	Pacientka se ráda věnuje jízdě na kole, procházkám v přírodě a zahradničení. Z důvodu úniku moči omezila momentálně jízdu na kole na minimum. V nemocnici se dívá na televizi nebo si čte knihu, kterou si přinesla s sebou pro zkrácení dlouhých chvil. Spí klidně a celou noc. Je zvyklá vstávat brzy i ve volném čase.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 5: PERCEPCE/KOGNICE	Pacientka nemá problémy se sluchem. Brýle používá jen na řízení auta. Nepoužívá žádné jiné kompenzační pomůcky. Pacientka se orientuje místem, časem, osobou i prostorem. Má logické uvažování a dobrou paměť.

	Má však strach, že má nedostatek informací ohledně pooperačního období a léčebného režimu a že si nebude vědět rady, jak o sebe pečovat a jak se přizpůsobí pooperačnímu režimu.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Malá informovanost.
Doména 6: SEBEPERCEPCE	Sama sebe hodnotí jako optimistickou a společenskou osobu. Hodnotí se jako dospělou a zralou ženu, která je pracovitá, soběstačná a inteligentní. Nemá ráda stresové situace, hádky a jiné spory. Je sympatická, usměvavá a empatická. Ráda se učí novým věcem a získává nové vědomosti.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 7: VZTAHY MEZI ROLEMI	Pacientka je rozvedená a nemá v současné době vážnější známost. Žije sama v rodinném domě, kde ji často navštěvují její dvě děti. Se svými sousedy má velice vřelý a přátelský vztah. Doma nemá žádná domácí zvířata.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 8: SEXUALITA	Pacientka začala být sexuálně aktivní od svých šestnácti let. Jelikož je rozvedená a nemá stálého přítele, svůj sexuální život nyní považuje za dosti omezený. Od okamžiku, kdy začalo docházet k močovému úniku, ani neměla na sex pomyslení, jelikož se styděla. Nyní

	doufá, že se po této stránce vše zlepší.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 9: ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE	Pacientce pomáhají s vypořádáním stresové situace rodina a zdravotnický personál. Byla jí nabídnuta pomoc ze strany psychologa, kterou však odmítla. Po operaci se jí ulevilo a začala se cítit lépe.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 10: ŽIVOTNÍ PRINCIPY	Nejvíce si přeje, aby se už nemusela s touto nemocí potýkat a aby vše bylo jako dřív. V Boha nevěří, ale přesto věří, že existuje nějaké nadpřirozeno. Těší se, až bude doma a bude se moci opět naplno věnovat rodině a svým zálibám.
Použitá měřicí technika	0
Ošetrovatelský problém	Nenalezen.
Doména 11: BEZPEČNOST/OCHRANA	V souvislosti s operačním výkonem byl zaveden periferní žilní katétr. Pacientka je srozuměna s důvodem a délkou zavedení katétru. Dodržuje hygienické podmínky, o kterých byla edukována v době jeho zavedení. Dále je poučena o možných známkách infekce s jeho zavedením a oznámení této skutečnosti zdravotnickému personálu (Maddone 0 – v okolí není bolest ani žádná známka infekce). Po operaci je u ní zvýšený dohled zdravotnickým personálem. Z důvodu přetrvávajícího účinku anestetik po operaci, je zvýšené riziko

	pádu pacientky (30 bodů – střední riziko), která je poučena o tom, aby nevstávala z lůžka a v případě potřeby zavolala signalizačním zařízením ošetřující personál. Po dvou hodinách monitorování po anestezii je pacientce umožněno vstát v doprovodu zdravotnického personálu (0 bodů – není riziko pádu). Cítí se dobře. Hlava se jí nemotá. Nauzeu nemá.
Použitá měřicí technika	Stupnice pádů Morse, Klasifikace tíže tromboflebitid (dle Maddona).
Ošetřovatelský problém	Nebezpečí zánětu. Nebezpečí upadnutí.
Doména 12: KOMFORT	Pacientka je v plné míře informována o svém zdravotním stavu. Díky tomu, že je sama na nadstandardním pokoji, to považuje za komfort. Trpí pooperačními bolestmi v oblasti podbřišku. Žádá léky na bolest. Na stupnici od 0 do 10 hodnotí svou bolest číslem 5. Vše zaznamenáno do analgetického listu pacientky.
Použitá měřicí technika	VAS - Vizuální analogová škála.
Ošetřovatelský problém	Akutní bolest.

Data k utřídění informací podle modelu M. Gordon byla získána částečně před operačním výkonem a částečně po operačním výkonu.

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 26. 1. 2017 (před výkonem)

Pacientkou je 50letá rozvedená žena, která žije sama v rodinném domě nedaleko Prahy. 14. 10. 2016 byla odeslána svým ambulantním gynekologem pro inkontinenci moči do specializované urogynekologické ambulance, kam přichází pro postupně se zhoršující únik moči. V urogynekologické ambulanci je doporučena její další návštěva se zaměřením na urodynamické vyšetření. Na základě podrobně odebrané anamnézy

nebylo urodynamické vyšetření provedeno a pacientce byl předepsán lék na inkontinenci Vesicare 5 mg.

Další návštěva naplánovaná na 16. 12. 2016, kde pacientka popisuje přetrvávání stresového typu inkontinence. Po domluvě s pacientkou je tedy naplánováno operační řešení úniku moči a to na 26. 1. 2017.

Ošetrovatelská péče o pacientku byla realizovaná v době 26. - 27. 1.2017. Při příchodu na oddělení pooperační gynekologie je pacientka plně při vědomí, orientovaná časem i místem. Při příjmu byly změřeny fyziologické funkce s těmito hodnotami: TK 129/89, P 86/min, TT 36,5 °C. Pacientka má obavy z toho, že je málo informovaná o svém zdravotním problému a něco zanedbá. Před operací jí je proto umožněn rozhovor s urogynekologem, aby jí daný problém znovu vysvětlil a pacientka se cítila klidnější.

Pacientka je od půlnoci 26. 1. 2017 lačná, v rámci předoperační přípravy. Také je podána premedikace a navléknuty kompresivní punčochy jako prevence tromboembolické nemoci.

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 26. 1. 2017 (po výkonu)

Po předoperační přípravě je pacientka v dopoledních hodinách zavezena na operační sál, kde je zaveden PŽK do hřbetu pravé ruky, který je plně funkční pro anestezii a případnou infuzní terapii. Operační výkon se zavedením TVT pásky trvá přibližně 30 minut včetně anestezie. Ani v tomto případě tomu nebylo jinak. Po výkonu je pacientka předána anesteziologickým týmem ve stabilizovaném stavu ošetřujícímu personálu (všeobecná sestra) a převezena zpět na oddělení pooperační gynekologie. Pacientka je na oddělení po výkonu orientovaná místem i časem. Všeobecná sestra tudíž může pacientce podat informace ohledně nevstávání z lůžka, a to dvě hodiny po výkonu, aby nedošlo k jejímu pádu. Z tohoto důvodu jsou osobní věci pacientky podány na dosah ruky včetně signalizačního zařízení. Dvě hodiny po výkonu je pacientce umožněna v doprovodu ošetřujícího personálu vertikalizace.

V odpoledních hodinách si pacientka stěžuje na bolesti v podbříšku a žádá léky na bolest. Na stupnici bolesti od 0 do 10 hodnotí svou bolest číslem 5. Pacientce jsou dle

rozpisu lékaře podána analgetika a vše je řádně zapsáno do její dokumentace. Během aplikace analgetik do žíly je zkontrolována průchodnost PŽK a jeho vzhled. PŽK je ponechán do druhého dne. Po dvou hodinách od aplikace je pacientka bez bolesti.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT KE DNI 26. 1. 2017 (před výkonem)

Aby mohly být stanoveny ošetrovatelské diagnózy pro pacientku, byla použita didaktická pomůcka NANDA International 2015 - 2017, Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015 – 2017, 10. vydání. Ošetrovatelské diagnózy jsou uspořádány po dohodě s pacientkou podle priorit a vztahují se k předoperačnímu i pooperačnímu časovému období.

1) Stresová inkontinence moči (00017)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Náhlé unikání moči při aktivitách, které zvyšují nitrobřišní tlak.

Určující znaky:

- Mimovolní únik moči při kašli, smíchu a fyzické aktivitě.

Související faktory:

- Degenerativní změny svalů dna pánevního
- Oslabené svaly pánevního dna

Priorita: střední

2) Nedostatečné znalosti (00126)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky:

- Nedostatečné znalosti

Související faktory:

- Nedostatek informací

Priorita: střední

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT KE DNI 26. 1. – 27. 1. 2017 (po výkonu)

3) Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Vyjadřuje expresivní chování (neklid)
- Zvýrazňuje výraz v obličeji (grimasa, zbitý pohled)
- Vyhledává úlevovou polohu

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění (operační zákrok)

Priorita: Střední

4) Riziko infekce (00004) (PŽK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- Invazivní postup při zavedení PŽK
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: Střední

5) Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Užití farmak

Priorita: nízká

ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 26. 1. (před výkonem)

STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI (00017)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Náhlé unikání moči při aktivitách, které zvyšují nitrobřišní tlak.

Určující znaky:

- Mimovolní únik moči při kašli, smíchu a fyzické aktivitě.

Související faktory:

- Degenerativní změny svalů dna pánevního
- Oslabené svaly pánevního dna

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

U pacientky se nevyskytnou žádné příznaky stresové inkontinence – do 2 dnů.

Cíl krátkodobý:

Pacientka je schopna vůlí zvýšit nitrobřišní tlak (kašel, smích), aniž by došlo k samovolnému močovému úniku – do 6 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka ví, že musí sledovat močení v rámci předoperační přípravy – do 2 hodin.

Pacientka ví, že se musí zaměřit na eventuální retenci moči (sníženou frekvenci močení oproti běžné) – do 2 hodin.

Pacientka je poučena, že při samovolném močovém úniku má kontaktovat všeobecnou sestru – vždy.

Pacientka je poučena, aby v případě neschopnosti se vymočít informovala všeobecnou sestru – vždy.

Pacientka udává, že příznaky močové inkontinence odezněly – do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- 1) Edukuj pacientku o sledování močení (retence, pálení, řezání) – do 2 hodin (všeobecná sestra).
- 2) Zjisti, zda není přítomna retence moči a eventuálně zaznamenej do zdravotnické dokumentace pacientky – při každém kontaktu s pacientem (všeobecná sestra).

Realizace: 26. 1. 2017 (před výkonem)

Pacientka před operací udávala problémy s močením, které ovlivňovaly její kvalitu života. Během fyzické aktivity, kašle či smíchu docházelo k samovolnému úniku moči. Proto se rozhodla k operativnímu řešení. Pacientka byla informována všeobecnou sestrou, aby sledovala močení.

Realizace: 26. 1. 2017 (po výkonu)

Po operaci byla pacientka poučena, že není potřeba mít obavy ohledně močení a jakékoliv změny v močení hlásila ošetřujícím personálu. Všeobecná sestra informovala pacientku, aby sledovala močení po operačním výkonu.

Hodnocení: 26. 1. – 27. 1. 2017

Cíl byl splněn. Pacientka během hospitalizace informovala ošetřující personál o všech změnách ohledně močení. Operační výkon zcela odstranil její močové potíže. Při propuštění do domácí péče byla pacientka bez známek močové inkontinence stresového typu.

NEDOSTATEČNÉ ZNALOSTI (00126)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky:

- Nedostatečné znalosti

Související faktory:

- Nedostatek informací

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka je podrobněji informována a srozuměna s rekonvalescencí v domácím prostředí ošetřujícím personálem a obdrží při propuštění edukační materiál – do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý:

Pacientka zná specifika ošetrovatelské péče před výkonem a po výkonu – do 6 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka zná zásady předoperační přípravy – do 2 hodin.

Pacientka zná zásady pooperační péče – do 6 hodin.

Pacientka ví, jak se chovat v období rekonvalescence v domácím prostředí – do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- 1) Informuj pacientku o nutnosti se spontánně vymočit – do 6 hodin (všeobecná sestra).
- 2) Edukuj pacientku o předoperačním a pooperačním režimu – ihned (všeobecná sestra).
- 3) Poskytni pacientce dostatek informací v rámci svých kompetencí – do konce hospitalizace (všeobecná sestra).
- 4) Zajisti konzultaci s lékařem – do 12 hodin (všeobecná sestra).

Realizace: 26. 1. 2017 (před výkonem)

Pacientka byla nervózní, jelikož si nebyla jistá, co přesně ji čeká a jak bude probíhat příprava před výkonem. Všeobecná sestra informovala pacientku o předoperační přípravě.

Realizace: 26. 1. 2017 (po výkonu)

Během rozhovoru s pacientkou bylo poznat, že má strach z toho, že si nebude vědět rady s pooperační rekonvalescencí a režimem. Sama pacientka řekla, že si je vědoma, že má nedostatek informací o své léčbě po operaci. Všeobecná sestra informovala

pacientku o pooperačním režimu a zajistila jí konzultaci s lékařem. Dále ji poskytla prostor pro dotazy.

Realizace: 27. 1. 2017 (při propuštění)

Při propuštění měla pacientka možnost klást dosud nezodpovězené dotazy. Cítila se uvolněně a klidně. Pacientce bylo umožněno ošetřujícím personálem klást otázky. Nejen že dostala telefonní kontakt do urogynekologické ambulance, kam by se mohla obrátit, pokud by měla nějaké další otázky, ale byl jí předán také edukační leták se cviky na podporu svalstva pánevního dna nejen pro ni samotnou, ale i pro širší okruh rodiny, přátel a známých jako prevence inkontinence.

Hodnocení: 26. 1. 2017 (před výkonem)

Cíl byl splněn. Pacientka měla možnost ještě před výkonem hovořit s ošetřujícím personálem o svých obavách a byly jí zodpovězeny všechny otázky. Také byla řádně edukována o předoperační přípravě.

Hodnocení: 26. 1. 2017 (po výkonu)

Cíl byl splněn. Během každého kontaktu se zdravotnickým personálem bylo pacientce umožněno pokládat otázky a odpovídat na ně.

Hodnocení: 27. 1. 2017 (při propuštění)

Cíl byl splněn. Pacientka odcházela z nemocnice s dobrým pocitem, že jí byly zodpovězeny všechny důležité otázky a tudíž je schopna se o sebe v pooperačním období postarat.

**ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 26. 1. – 27. 1. 2017 (po výkonu)**

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození

(Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Vyjadřuje expresivní chování (neklid)
- Zvýrazňuje výraz v obličeji (grimasa, zbitý pohled)
- Vyhledává úlevovou polohu

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění (operační zákrok)

Priorita: Střední.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka nemá bolesti v klidu ani při pohybu - do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý:

Pacientka ví, jakým způsobem spolupracovat při snižování bolesti – do 6 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti – ihned.

Pacientka je schopna sledovat a hlásit stav bolesti – do 6 hodin.

Pacientka bude cítit úlevu po zahájení analgoterapie – do 12 hodin.

Plán intervencí:

- 1) Proved' posouzení bolesti (lokalizace, charakter) – vždy při bolesti (všeobecná sestra).
- 2) Proved' záznam do analgetického listu – vždy při zhodnocení bolesti (všeobecná sestra).
- 3) Podávej analgetika dle ordinace lékaře – při každém výskytu bolesti (všeobecná sestra).
- 4) Edukuj pacientku o sledování a hodnocení bolesti s pomocí hodnotící vizuální analogové škály – při každém kontaktu (všeobecná sestra).

Realizace: 26. - 27. 1. 2017

Pacientka po operaci udávala bolesti v oblasti podbřišku, které byly ošetřujícím personálem hodnoceny prostřednictvím vizuální analogové škály. Byla zahájena terapie analgetiky, kdy pacientka pocítila úlevu od bolesti do jedné hodiny. Bolest byla zaznamenána do analgetického listu. Bolest byla pravidelně sledována, hodnocena

a v návaznosti byla aplikována analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka si na bolest nestěžovala.

Hodnocení: 27. 1. 2017

Cíl byl splněn. Analgetická terapie byla úspěšná. Při propuštění pacientky z nemocnice do domácího prostředí již nebyla bolest přítomna, tudíž nebyla analgetická terapie nadále potřeba.

RIZIKO INFEKCE (00004) (PŽK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- Invazivní postup při zavedení PŽK
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka je bez známek infekce PŽK – do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý:

Pacientka zná zásady péče a možné komplikace spojené se zavedením PŽK – do jednoho dne.

Očekávané výsledky:

Pacientka je poučena, že při výskytu komplikací PŽK má ihned informovat ošetřující personál – do 12 hodin.

Pacientka ví a chápe, jak chránit PŽK při hygienické péči a pohybovém režimu – do 2 hodin.

Plán intervencí:

- 1) Monitoruj rizikové faktory výskytu infekce PŽK – 1x denně (všeobecná sestra).

- 2) Pouč pacientku o možných komplikacích spojených se zavedeným PŽK – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 3) Sleduj známky infekce a v případě výskytu ihned informuj lékaře a proved' záznam do zdravotnické dokumentace pacienta – denně (všeobecná sestra).
- 4) Pracuj asepticky při podávání intravenózních léků a ošetřuj PŽK dle standardu zdravotnického pracoviště – denně (všeobecná sestra).

Realizace: 26. - 27. 1. 2017

Pacientce byl na operačním sále zaveden periferní žilní katétr do hřbetu pravé ruky – bez komplikací. Pacientka byla poučena o nutnosti asepsy a známkách zánětu. Dále jí bylo vysvětleno, jak zacházet s PŽK při hygieně. PŽK byl bez zarudnutí a bolesti.

Hodnocení: 27. 1. 2017

Cíl byl splněn. Místo vpichu bylo bez známek infekce. Během hospitalizace tak nedošlo ke vzniku komplikací ze zavedení PŽK. Pacientka pochopila zásady péče o PŽK.

RIZIKO PÁDŮ (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Užití farmak.

Priorita: Nízká.

Cíl dlouhodobý:

U pacientky nedojde k pádu a jejímu zranění – do 12 hodin.

Cíl krátkodobý:

Pacientka chápe riziko pádu a rozumí preventivnímu opatření – do 2 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka zná rizikové faktory a bezpečnostní opatření – do 1 hodiny.

Prostředí v okolí pacientky je bezpečné – ihned.

Plán intervencí:

- 1) Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky – bezprostředně po výkonu (všeobecná sestra)
- 2) Zajisti dohled nad pacientkou – při každém kontaktu (všeobecná sestra)
- 3) Informuj a seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními – ihned (všeobecná sestra)

Realizace: 26. 1. 2017

Dne 26. 1. 2017 byla pacientka ošetřujícím personálem poučena, že je potřeba po podání premedikace zůstat na lůžku a již více nevstávat, aby nedošlo k pádu vlivem působení léků. Toto samé poučení platilo i po příjezdu na oddělení z operačního sálu a to po dobu minimálně dvou hodin. Dle stavu pacientky možno i déle. Personál jí ukázal, kde nalezne signalizační zařízení v případě, bude-li cokoliv potřebovat. Pacientka rozuměla a se vším souhlasila. Po operačním výkonu pacientka pospávala, byla klidná a pro její bezpečí byly použity zábrany, aby nedošlo k pádu z lůžka. Po dvou hodinách od výkonu proběhlo první vstávání z lůžka v doprovodu všeobecné sestry. Pacientka se cítila dobře.

Hodnocení: 26. 1. 2017

Cíle bylo dosaženo. Během hospitalizace pacientky nedošlo k žádnému pádu. Vše proběhlo bez komplikací.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

50 letá pacientka byla přijata 26. 1. 2017 k plánovanému operačnímu výkonu pro stresovou inkontinenci moči na oddělení pooperační gynekologie pražské nemocnice. Při příjmu byly stanoveny dvě základní ošetřovatelské diagnózy: Stresová inkontinence moči a Nedostatečné znalosti. Pacientka byla od začátku přátelská, usměvavá, klidná a orientovaná.

Při příjmu pacientky na oddělení byly zjišťovány ošetřovatelské problémy. V bakalářské práci jsem ošetřovatelské problémy identifikovala na první den hospitalizace. Konkrétně na předoperační a pooperační období. Tyto problémy byly nalezeny v oblasti vylučování a výměny, percepce/kognice, bezpečnosti/ochrany a komfortu. Na základě těchto ošetřovatelských problémů byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy, jejich krátkodobé a dlouhodobé cíle, výsledná kritéria a ošetřovatelské intervence. Realizace ošetřovatelské péče k jednotlivým ošetřovatelským diagnózám probíhala podle plánu mnou anebo mými kolegyněmi – všeobecnými sestrami. Hodnocení ošetřovatelské péče bylo prováděno ještě tentýž den (26. 1. 2017) a také následující den, tedy v den propuštění (27. 1. 2017). Stanovené cíle u ošetřovatelských diagnóz byly splněny.

Pacientka hospitalizaci snášela velmi dobře a velice ochotně spolupracovala s ošetřujícím personálem. Při příjmu byla seznámena s provozním a domácím řádem oddělení, který bez problémů dodržovala. Dále byla znovu plně seznámena se svým onemocněním, chirurgickou léčbou a možnými komplikacemi. Byla také informována o zavedení PŽK, včasném pooperačním období, možném riziku pádu s tím související a následném pooperačním období v domácím prostředí. Pacientce byla dána možnost pokládat otázky, čehož využila. Vše pochopila a stanovený režim a pravidla dodržovala.

Díky přátelské a společenské povaze pacientky navázala s personálem důvěrný vztah. Pacientka hodnotila ošetřovatelskou péči velice kladně.

Za 6 týdnů po operaci byla pacientka pozvaná na kontrolu do urogynekologické ambulance. Po rozhovoru s pacientkou a ultrazvukovém vyšetření byla vyhodnocena chirurgická léčba jako úspěšná. Pacientka byla bez jediné známky stresové inkontinence moči. Veškeré obavy o domácí rekonvalescenci zmizely. Pacientka byla uvolněná, bez známek stresu a napětí.

Od příjmu pacientky až po propuštění byla pacientce poskytována profesionální lékařská a ošetrovatelská péče.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě rozhovoru se specialistou z oboru urogynekologie je v dnešní době kladen největší důraz na důkladný odběr anamnestických údajů, nikoliv na měřicí techniky, jako je například urodynamické vyšetření či vyplnění dotazníků na močovou inkontinenci.

Močová inkontinence je nejen celospolečenským problémem, který neblaze ovlivňuje kvalitu života již u mladých žen, ale je také problémem finančně náročným. Důležitý je nejenom přístup ke změně kvality života ženy po operačním výkonu, ale také prevence.

Pro praxi bych proto navrhovala, aby se zaměřila pozornost na podporu pánevního dna prostřednictvím jeho cvičení a aby se o problematice stresové inkontinence více hovořilo ve společnosti a nebyla tudíž tabuizována.

V této části práci bych ráda zmínila doporučení pro praxi nejen pro ošetrovatelský personál, ale také pro pacienta a celou společnost. Tato doporučení jsou sestavena na základě mých dosavadních zkušeností a znalostí.

Doporučení pro ošetrovatelský personál

- Empatický a individuální přístup
- Dostatek času pro každého pacienta
- Nebagatelizovat pacientův problém
- Naslouchání pacientovi
- Edukace a informovanost pacienta a jeho rodinných příslušníků
- Spolupráce s rodinou
- Starat se o psychický stav pacienta
- Nevyhýbat se komunikaci s pacientem
- Dodržovat úctu k pacientovi

- Nevyhýbat se očnímu kontaktu s pacientem
- Vnímat verbální a neverbální projevy
- Zajistit si důvěru pacienta
- Popisovat všechny prováděné činnosti a výkony
- Neskákat pacientovi do řeči a nepřerušovat ho

Doporučení pro pacienta se stresovou inkontinencí moči

- Nevyhýbat se komunikaci s ošetřovatelským personálem
- Dodržovat zásady léčby a pokyny zdravotnického personálu
- Změnit životní styl a zlepšit kvalitu života
- Nebát se pokládat otázky
- Navázat kontakt s jedinci, kteří mají stejný problém
- Otevřeně hovořit o svém problému

Doporučení pro společnost

- Nebát se požádat odborníky o pomoc
- Nepodceňovat potřebu poučení a její závažnost

ZÁVĚR

Předmětem této bakalářské práce bylo zaměření se na stresovou močovou inkontinenci u žen. Hlavním záměrem bylo vypracovat ucelený přehled o dané problematice a naplnit stanovené cíle jak pro část teoretickou, tak pro praktickou.

Teoretická část práce nás seznámila se shromážděním nejnovějších poznatků o příčinách, diagnostice, léčbě, edukaci a kvalitě života pacienta. Prvním cílem teoretické části bylo zmapování problematiky stresové inkontinence moči. Druhý cíl první části práce představoval vymezení základních pojmů problematiky močové inkontinence. Oba tyto cíle byly uskutečněny na základě rešeršní strategie. Odborné literatury, která se zabývá problematikou stresové inkontinence, je nespočet. Zaměřili jsme se tudíž na všeobecný popis stresové inkontinence a následně rizikové faktory, diagnostiku a léčbu. Za zmínku také stály inkontinenční pomůcky. Nezastupitelnou roli má ovšem i edukace pacienta zdravotnickým personálem.

V praktické části práce byla následně sestavena kazuistika s pacientkou trpící tímto problémem za využití modelu dle Gordonové. Data byla získána rozhovorem od pacientky a náhledem do její zdravotnické dokumentace, která byla hospitalizovaná na oddělení pooperační gynekologie v jedné z pražských nemocnic z důvodu operačního řešení stresové inkontinence. Byly popsány problémy pacientky, na základě kterých jsme vytvořili a rozpracovali ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces jsme sestavili jen na dva dny hospitalizace, a to den příjmu a propuštění. Tento proces jsme vytvořili individuálně. Cíle, které byly stanoveny pro výzkumnou část práce, byly splněny.

Přínos této práce shledávám ve vytvoření edukačního letáku, který je určen především pro širokou veřejnost, v němž lze nalézt cviky na podporu pánevního dna. Tyto cviky mohou do velké míry ovlivnit svalstvo pánevního dna, a tudíž slouží jako prevence vzniku stresové inkontinence.

Zároveň doufám, že celá bakalářská práce bude inspirací pro studenty oboru ošetrovatelství a případně i pro jiné zdravotnické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna. APOGEPHA, 2011. APOGEPHA – rady pacientům. Tištěný leták ab – 10.13.

ČERVENKOVÁ, M. a P. SNOPEK, 2013. Kvalita života pacientů po močové derivaci. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry.* **23**(12), 40-41. ISSN 1210-0404.

DRLÍK, P., J. ZMRHAL a J. KOČÁREK, 2015. Suburetrální pásky pro stresovou inkontinenci – 10 let zkušeností. *Urologie pro praxi.* **16**(1), 29-32. ISSN 1213-1768.

DRÁBKOVÁ, P., 2014. Inkontinenční pomůcky v ošetrovatelské péči. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství.* **10**(10), 8-10. ISSN 1801-464X.

DZVINČUK, P., O. MÜLLER a E. LÁTALOVÁ, 2009. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Urologie pro praxi.* **10**(4), 238-243. ISSN 1213-1768.

GÄRTNER, M., 2015. Suburetrální pásky v léčbě inkontinence moči u žen. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání.* **23**(4), 361-368. ISSN 1211-1058.

GENADRY, R. a J. L. MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy.* Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0.

HANUŠ, T., 2004. Epidemiologie inkontinence moči. *Urologické listy.* **2**(1), 14-18. ISSN 1214-2085.

HIBLBAUER ML., J. a J. HIBLBAUER ST., 2011. Inkontinence moči u žen - zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi.* **12**(1), 18-28. ISSN 1213-1768.

HORČIČKA, L., 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-58-9.

- HRUŠKA, F., 2013. Inkontinenční pomůcky. *Urologie pro praxi*. **14**(3), 123-125. ISSN 1213-1768.
- HUDÁKOVÁ, Z., 2015. Identifikácia informovanosti žien so stresovou inkontinenciou. *Florence*. **11**(7-8), 17-19. ISSN 1801-464X.
- HŮSKOVÁ, J., a P. KAŠNÁ, 2009, *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2852-0.
- CHMEL, R., 2013. Ženská močová inkontinence. *Acta medicae*. **2**(4), 46-50. ISSN 1805-398X.
- JURÁKOVÁ, M. a M. GÄRTNER, 2014. Diagnostika a léčba inkontinence moči u žen. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. **2014**(10), 14-16. ISSN 1805-2355.
- KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KOLOMBO, I. a kol., 2009. Stresová inkontinence u žen - 2. část. *Urologie pro praxi*. **10**(1), 11-20. ISSN 1213-1768.
- KRČMÁŘ, M. a J. FEYEREISL, 2012. Současné možnosti terapie stresové inkontinence moči. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. **8**(3 (Supplementum, 2)), 1-2 příl. ISSN 1801-1349.
- KRHUT, J., 2014. Léčba ženské stresové inkontinence. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **16**(8), 844-847. ISSN 1212-4184.
- KRHUT, J. a kol., 2012. Srovnání výsledků miniinvazivní léčby ženské stresové inkontinence metodou Ajust™ a MiniARC. *Česká urologie*. **16**(1), 20-28. ISSN 1211-8729.
- KRHUT, J. a kol., 2015. Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen. *Česká urologie: Czech urology: moderní časopis pro klinické a praktické urology*. **19**(2), 131-136. ISSN 1211-8729.

KROFTA, L. a J. FEYEREISL, 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2280-4.

MARENČÁK, J., 2006. Súčasný stav výskytu, diagnostiky a liečby urgentnej inkontinencie moču. *Urologie pro praxi*. **7**(3), 112-116. ISSN 1213-1768.

MARTAN, A., J. MAŠATA a K. ŠVABÍK., 2012. Vaginální tahuprosté páskové operace řešící stresový typ inkontinence moči u žen. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. **77**(4), 299-304. ISSN 1210-7832.

MARTAN, A., J. MAŠATA a K. ŠVABÍK, 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynékológii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-348-0.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAVRÁTIL, L., a kol., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.

NESVADBA, M., 2015. Inkontinence. *Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii*. **18**(5), 188-191. ISSN 1212-0197.

OSBORN, D. J., M. KAUFMAN a R. DMOCHOWSKI., 2013. Komplikace související s operační léčbou stresové močové inkontinence u žen. *Urologické listy*. **11**(4), 39-44. ISSN 1214-2085.

PETRÁŠOVÁ, R., 2012. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. **22**(5), 51-53. ISSN 1210-0404.

REJCHRT, M., 2013. Chirurgická léčba ženské stresové inkontinence. *Lékařské listy: prevence - diagnostika - terapie - péče - teorie - praxe: příloha Zdravotnických novin*. **2013**(5 Urologie), 14-16. ISSN 1805-2355.

RICHTER, E. H. et al. Retropubic versus Transobturator Midurethral Slings for Stress Incontinence [online]. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 2011 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0912658>

ROMŽOVÁ, M., 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*. **15**(5), 221-226. ISSN 1213-1768.

ROMŽOVÁ, M. a kol., 2011. Inkontinence moči ve stáří. *Via practica: moderný časopis pre lekárov prvého kontaktu*. **8**(4), 182-185. ISSN 1336-4790.

RYŠÁNKOVÁ, M., 2016. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*. **17**(2), 72-74. ISSN 1213-1768.

SOCHOROVÁ, N., 2011. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů*. **8**(11), 488-490. ISSN 1214-8687.

STRUPPL, D., 2009. Současné trendy v chirurgické léčbě stresové inkontinence moči. *Urologie pro praxi*. **10**(5), 274-278. ISSN 1213-1768.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

ŠOTTNER, O. a L. HORČIČKA, 2011. Inkontinence moči u žen – možnosti léčby. *Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. **10**(10), 25-26. ISSN 1213-8711.

VOKURKA, M. a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, J., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

VRUBLOVÁ, Y. a A. HOLISOVÁ, 2011. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence: recenzovaný odborný a vědecký časopis*. **2**(2), 197-201. ISSN 1804-2740.

ZACHOVAL, R. a kol., 2006. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. **7**(6), 286-296. ISSN 1213-1768.

ZACHOVAL, R., J. KRHUT a M. ZÁLESKÝ, 2011. Pohled pacienta na problematiku hyperaktivního močového měchýře. *Praktický lékař*. **91**(8), 466-470. ISSN 0032-6739.

ZÁMEČNÍK, L., 2008. Inkontinence moči. *Medicina pro praxi: časopis praktických lékařů*. **5**(5), 227-230. ISSN 1214-8687.

ZÁMEČNÍK, L., 2011. Inkontinence moči u žen. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **13**(1), 65-71. ISSN 1212-4184.

ZMRHAL, J., 2007. Několik poznámek k diagnostice a léčbě stresové inkontinence moči. *Urologie pro praxi*. **8**(2), 61-65. ISSN 1213-1768.

PŘÍLOHY

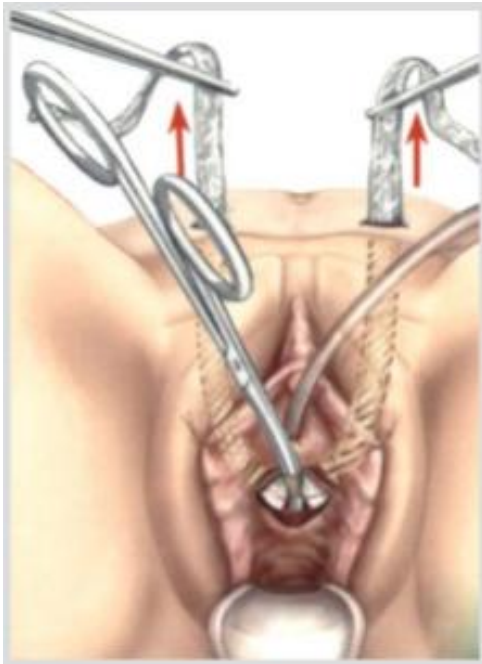
Příloha A Obrázek TVT-O přístup	I
Příloha B Obrázek TVT přístupu	II
Příloha C Obrázek pásek Ajust (vlevo) a MiniArc (vpravo)	III
Příloha D Škála dle Maddona	IV
Příloha E Barthelové test základních všedních činností	V
Příloha F Vizuální analogová škála bolesti	VI
Příloha G Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Norton	VII
Příloha H Graf BMI	VIII
Příloha I Edukační leták	IX
Příloha J Čestné prohlášení	X

Příloha A Obrázek TVT-O přístup



Zdroj: ZMRHAL, 2007, s. 65.

Příloha B Obrázek TVT přístupu



Zdroj: ZMRHAL, 2007, s. 64.

Příloha C Obrázek pásek Ajust (vlevo) a MiniArc (vpravo)



Zdroj: KRHUT, 2012, s. 24.

Příloha D Škála dle Maddona

Upravená klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona

Stupeň	Reakce
0	V okolí není bolest ani žádná jiná reakce.
1	V okolí místa vpichu se objevuje bolest, místo bez zarudnutí a otoku.
2	Místo vpichu je bolestivé, zarudlé.
3	Místo vpichu je bolestivé, zarudlé, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly.
4	Místo bolí, je zarudlé, oteklé, hnisající. V průběhu žíly bolestivý rudý pruh.

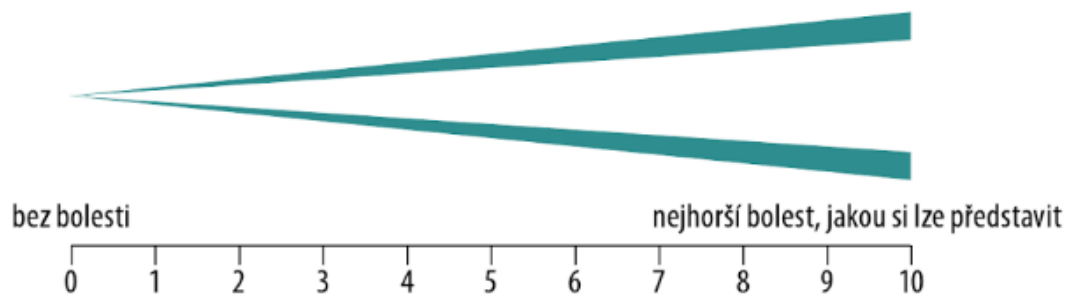
Zdroj: HŮSKOVÁ, 2009, s. 76.

Příloha E Barthelové test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0–40 bodů: vysoká závislost		
45–60 bodů: závislost středního stupně		
65–95 bodů: lehká závislost		
100 bodů: nezávislý		

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2017, S. 204.

Příloha F Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: VORLÍČEK, 2012, s. 133.

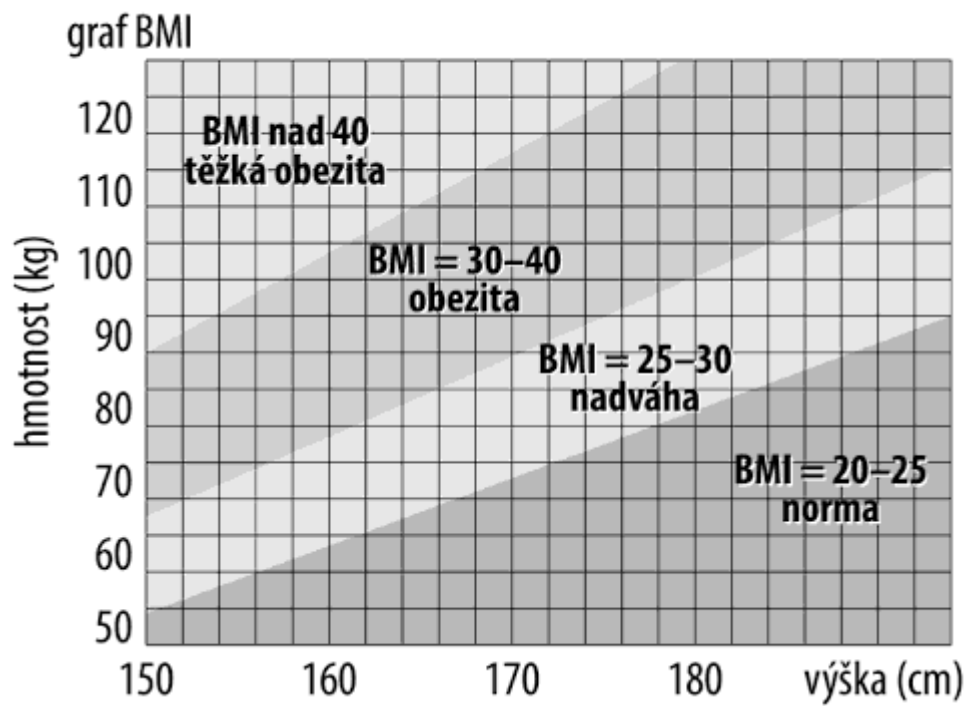
Příloha G Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Norton

<i>Body</i>	<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Každé další onemocnění</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Pohyblivost</i>	<i>Inkontinence</i>
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anemie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice



Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 26.


Příloha H Graf BMI




Zdroj: NAVRÁTIL, 2017, s. 49.

TRÁPÍ VÁS ÚNIK MOČI?





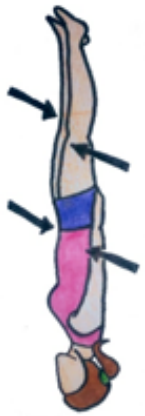
➤ KAŠEL

➤ SMÍCH


➤ SPORT

NENECHTE SE OMEZOVAT


PROCVIČTE SI SVALY PÁNEVNÍHO DÍLA




Leh na zádech, ruce podél těla, nohy natažené. Kolena, stehna a hýždě tlačte společně do podložky. Zatněte břišní svaly, svaly konečnicku, pochvy a močové trubice. Chvilku vydržte zatnuté a poté povolte.




Leh na břicho. Ruce pokrčte v lokti a opřete o čelo. Palce u nohou opřete o podložku. Mírně zvedněte nohy nad podložku. Zatněte hýžďové svaly společně se svaly pochvy a konečnicku. Chvilku vydržte. Povolte svaly a kolenný se opřete o podložku.



Leh na zádech. Pokrčte kolena a chodidla ponechte na podložce. Kolena, stehna a hýždě tlačte do podložky. Zatněte svaly břicha, konečnicku, pochvy a močové trubice. Chvilku vydržte a poté povolte.



Leh na břicho, ruce složte pod čelo. Pravidelně zhluboka dýchejte. S nádechem zanožte pravou dolní končetinu propnutou v kolenní a křížte přes druhou, s výdechem vraťte zpět a uvolněte. Opakujte druhou nohou.



Leh na zádech s oporou o lokty, jedna dolní končetina natažená, druhá pokrčená v kolenní v překřížení. Štíhlavě protlačte špičku do podložky. Při protlačení zapínáte svěrač močové trubice a vtažte pochvu. Poté protlačte patu do podložky – oří erotičení vtažte konečnick

Nebojte se vyhledat odbornou lékařskou pomoc!

Přem.: Leták byl vytvořen za účelem lékařské práce na ŠZ

Příloha J Čestné prohlášení

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se stresovou inkontinencí v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta