

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Péče o pacienty s močovou inkontinencí na interních
odděleních**

Monika Míčková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Míčková**
Osobní číslo: **Z10026**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Péče o pacienty s močovou inkontinencí na interních odděleních**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. HALAŠKA, M. Urogynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
2. KRHUT, J. Hyperaktivní močový měchýř. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
3. SLEZÁKOVÁ, L. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
4. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Papršteínová**
Katedra ošetřovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2013**



prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.



Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji

Byla jsem seznámena s právy a povinnostmi uvedenými v zákoně č. 121/2000 Sb., autorský zákon, který uvádí, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této bakalářské práce jako školního díla dle § 60 odst. 1 autorského zákona, dále s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Do seznamu použité literatury jsem uvedla všechny literární prameny a informace, které jsem k vypracování využila.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním mé bakalářské práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Míčková Monika

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Markétě Papršteinové za odborné rady a poskytnutí pomoci při zpracování práce a svým nejbližším za podporu a pomoc po celou dobu tvorby práce. Současně děkuji geriatrickému, internímu a neurologickému oddělení v nemocnici krajského typu, zvláště vrchním sestřám, za umožnění provádění výzkumu.

Anotace

Předmětem mé bakalářské práce je zjistit možnosti a skutečnosti poskytované ošetrovatelské péče u pacientů s močovou inkontinencí používajících absorpční pomůcky a u pacientů s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre. Posuzována jsou tři pracoviště interního charakteru v nemocnici krajského typu.

Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části zmiňuji anatomii a fyziologii močových cest, uvádím klasifikaci, příčiny, rizikové faktory, diagnostiku, léčbu a problematiku močové inkontinence. Dále uvádím také pomůcky vhodné pro pacienty s močovou inkontinencí a možnosti ošetrovatelské péče o pacienty s močovou inkontinencí. Na část teoretickou navazuje část praktická, která byla realizována metodou zúčastněného skrytého pozorování. Pozorována byla práce sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s močovou inkontinencí a také samotný pacient.

Klíčová slova

Močová inkontinence, absorpční pomůcky, permanentní močový katétr, ošetrovatelská péče.

Annotation

The subject of my thesis is an investigation of possibilities and facts of nursing care for the patients with urinary incontinence who are using absorbent aids and the patients with a permanent urinary catheter. Three internal wards are assessed in the regional hospital.

The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains the anatomy and physiology of the urinary tract, classification, causes, risk factors, diagnosis and treatment of urinary incontinence. In the following the aids suitable for the patients with urinary incontinence and options of nursing care for the patients with urinary incontinence. The practical part was implemented by the participating hidden observation. The providing care for the patients by nurses and also the patient were observed.

Keywords:

Urinary incontinence, absorbent aids, permanent urinary catheter, nursing care

OBSAH

SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ.....	10
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	12
CÍLE.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE VYLUČOVACÍ SOUSTAVY.....	14
1.1 ANATOMIE VYLUČOVACÍ SOUSTAVY.....	14
1.1.1 Ledvina (nefros, ren).....	14
1.1.2 Močovod (ureter)	14
1.1.3 Močový měchýř (vesica urinaris)	14
1.1.4 Močová trubice (urethra)	15
1.2 FYZIOLOGIE VYLUČOVACÍ SOUSTAVY	15
2. MOČOVÁ INKONTINENCE.....	15
2.1 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE	16
2.1.1 Urgentní inkontinence.....	16
2.1.2 Stresová inkontinence	16
2.1.3 Reflexní inkontinence	17
2.1.4 Inkontinence z přetékání	17
2.1.5 Tranzitorní inkontinence moči.....	17
2.1.6 Smíšená inkontinence	17
2.2 PŘÍČINY MOČOVÉ INKONTINENCE	17
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY MOČOVÉ INKONTINENCE	18
2.3.1 Predisponující faktory	18
2.3.2 Vyvolávající faktory	18
2.3.3 Podporující faktory	18
2.4 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE	19
2.4.1 Anamnéza	19
2.4.2 Fyzikální vyšetření.....	19
2.4.3 Jednoduché funkční testy.....	19
2.4.4 Biochemická vyšetření.....	20

2.4.5 Zobrazovací metody	20
2.4.6 Urodynamické vyšetření	20
2.5 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE	20
2.5.1 Konzervativní léčba	20
2.5.2 Chirurgická léčba	21
2.5.3 Farmakologická léčba	22
2.6 PROBLEMATIKA MOČOVÉ INKONTINENCE	22
2.6.1 Psycho- sociální problematika močové inkontinence.....	22
2.6.2 Kožní problémy	22
2.6.3 Problematika permanentní katetrizace močového měchýře	23
2.6.4 Ekonomická problematika močové inkontinence.....	23
3. ZDRAVOTNICKÉ POMŮCKY PRO PACIENTY S MOČOVOU INKONTINENCÍ.....	24
3.1 JEDNORÁZOVÉ POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY	24
3.2 PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR	25
3.3 KOSMETICKÉ PŘÍPRAVKY	25
4. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ.....	26
4.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ S ABSORPČNÍMI POMŮCKAMI.....	26
4.1.1 Hygienická péče.....	26
4.1.2 Vyprazdňování.....	27
4.1.3 Pitný režim.....	27
4.1.4 Pohybový režim	28
4.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ S PERMANENTNÍM MOČOVÝM KATÉTREM.....	28
4.2.1 Hygiena.....	28
4.2.2 Výživa a pitný režim.....	29
4.2.3 Péče o permanentní močový katétr	29
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
6. METODIKA VÝZKUMU	31
7. PREZENTACE VÝSLEDKŮ	33

7.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ S ABSORPČNÍMI POMŮCKAMI.....	33
7.1.1 Hygiena.....	33
7.1.2 Vyprazdňování.....	35
7.1.3 Hydratace.....	37
7.1.4 Sledování komplikací.....	38
7.2 PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ S PERMANENTNÍM MOČOVÝM KATÉREM.....	39
7.2.1 Hygiena.....	39
7.2.2 Výživa.....	41
7.2.3 Péče o PMK.....	42
7.2.4 Sledování komplikací.....	43
DISKUZE.....	45
ZÁVĚR.....	48
POUŽITÁ LITERATURA.....	49
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

Seznam tabulek a ilustrací

Tabulka 1 Protokol pozorování - Hygiena.....	33
Tabulka 2 Protokol pozorování - Vyprazdňování.....	35
Tabulka 3 Protokol pozorování - Hydratace.....	37
Tabulka 4 Protokol pozorování – Sledování komplikací.....	38
Tabulka 5 Protokol pozorování - Hygiena.....	39
Tabulka 6 Protokol pozorování - Výživa.....	41
Tabulka 7 Protokol pozorování – Péče o PMK	42
Tabulka 8 Protokol pozorování – Sledování komplikací.....	43
Obrázek 1 Provedení omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky	34
Obrázek 2 Dodržení optimální doby výměny absorpční pomůcky	36
Obrázek 3 Udržení místa zavedení PMK v čistotě	40
Obrázek 4 Výskyt lokální infekce u pacienta	44
Obrázek 5 Celkové hodnocení všech třech souborů oddělení	44

Seznam zkratk

- CNS - centrální nervový systém
- EMG - elektromyelografie
- ICS - international continence society (mezinárodní společnost pro kontinenci)
- MI - močová inkontinence
- PMK - permanentní močový katétr
- P-W test - pad weighting test (test vážení vložek)
- TVT - tension-free vaginal tape (poševní páska bez napětí)
- TVT- O - tension free vaginal tape obturatory (poševní páska bez napětí)

Úvod

Močovou inkontinencí trpí poměrně velké procento osob. Jedná se o ženy i muže, staré či mladé. V odborných pramenech se dá dočíst, že s inkontinencí přichází do styku až 50% populace, i když třeba jen na přechodnou dobu. Inkontinence sice neohrožuje člověka na životě, ale značně jeho život omezuje.

V letech 2003 a 2009 proběhlo na území České Republiky šetření, zaměřené na zjištění výskytu nechtěného úniku moči u obyvatel starších 15 let. Osloveno bylo 2400 respondentů. V roce 2003 se k nechtěnému úniku moči přiznalo 35% dotázaných, v roce 2009 to bylo již 43%. Povšimněte si nárůstu o 8% během 6 let. Dle mého názoru za tím stojí neustále se zvětšující počet reklam, článků či webových stránek týkajících se inkontinence. Vše je dnes bez problému dostupné i široké veřejnosti. Z výzkumu je dále zřejmé, že k výraznému nárůstu denního a týdenního úniku moči u žen dochází kolem 40. roku života. U osob nad 65 let se inkontinence objevuje až u 30% dotázaných (Kučera, 2009).

S nejvyšším procentem inkontinentních osob se setkáváme ve zdravotnických zařízeních. Především na odděleních interního typu. Jelikož už se několik let ve zdravotnictví pohybuji, vím, že je důležité správně pečovat o tyto pacienty. Tato práce mi pomůže zjistit, jaké jsou možnosti péče o pacienty s inkontinencí a především jaká je péče skutečná.

Cíle

1. Zjistit, jaké jsou možnosti v péči a jaká je skutečná péče o pacienty s močovou inkontinencí používajících absorpční pomůcky a o pacienty s močovou inkontinencí se zavedeným permanentním močovým katétrem.
2. Porovnat rozdílnost péče o pacienty s močovou inkontinencí používajících absorpční pomůcky a o pacienty s močovou inkontinencí se zavedeným permanentním močovým katétrem na interním oddělení, geriatrickém oddělení a neurologickém oddělení.
3. Vytvořit plán ošetrovatelské péče u pacienta s močovou inkontinencí používajícího absorpční pomůcky a u pacienta s močovou inkontinencí se zavedeným permanentním močovým katétrem.

I. Teoretická část

1. Anatomie a fyziologie vylučovací soustavy

1.1 Anatomie vylučovací soustavy

1.1.1 Ledvina (nefros, ren)

Ledvina je párová žláza fazolovitého tvaru. Měří přibližně 12 x 6 x 3 cm. Je uložena v retroperitoneu po stranách bederní páteře v tukovém pouzdru. Ledvina je pokryta vazivovým pouzdem (capsula fibrósa). Na vnitřní straně ledviny se nachází ledvinná branka (hilum renale), zde vstupuje ledvinná tepna a vychází ledvinná žíla a pánvička. Cévní zásobení zajišťuje renální tepna (arterií renalis dextra a sinistra), která vystupuje z břišní aorty a vstupuje do ledviny přes ledvinnou branku. Uvnitř ledviny se větví a z těchto arterií vychází vasa afferens. Vasa efferens, která vychází z glomerulu, se rozděluje do malých sítí, které se větví kolem distálního a proximálního kanálku. Tyto žíly se sbíhají do žíly ledvinné (vena renalis) a odtud do dolní duté žíly (vena cava inferior). Na řezu ledviny rozlišujeme světlečervenou kůru (cortex renalis), která se nachází při povrchu ledviny a červenošedou dřevň ledviny (medulla renalis). Dřevň je uložena pod kůrou, zasahuje až do hilu ledviny a je rozdělena do 10-18 pyramid (pyramides renale). Každá pyramida sousedí svou částí k ledvinné kůře (Holibková, Laichman, 2006; Trojan, 2003).

1.1.2 Močovod (ureter)

Močovod je párový orgán, tvaru lehce oploštěné trubice, délky 25 – 30 cm a průměru 4 – 7 mm. Jeho funkcí je převádět moč z ledvinné pánvičky do močového měchýře. Moč v močovodu neprotéká volně, ale je transportována v jednotlivých dávkách, oddělených stahem svaloviny nad i pod tekutinou. Tento úsek se označuje jako močové vřetenko. Na močovodu rozlišujeme část břišní (pars abdominalis), část pánevní (pars pelvica) a část ve stěně močového měchýře (pars intramuralis) (Čihák, 2002).

1.1.3 Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř (viz. PŘÍLOHA A) je uložen za stydkou sponou na svalovém dnu pánevním. U mužů je pod močovým měchýřem uložena předstojná žláza (prostata), u žen se spodina močového měchýře opírá o horní část pochvy (Čermák, Pacík 2006; Rokyta a spol., 2009).

Močový měchýř je složen z těla (corpus), vrcholu (apex), spodiny (fundus) a hrdla (cervix), který navazuje na močovou trubici. Stěnu močového měchýře tvoří sliznice s epitelem přechodného typu, svalovina a tenká vrstva adventicia.. V místě spojení močového měchýře a močové trubice je patrné zesílení vypuzovacího svalu a vytváří se tak vnitřní svěrač močové trubice (mutulus sphincter vesicae), který je vůlí neovladatelný. Druhý svěrač, který je vůlí ovladatelný se nazývá zevní svěrač močové trubice (musculus sphincter urethra (Halaška, 2004; Rokyta a spol., 2009).

1.1.4 Močová trubice (urethra)

Močová trubice (viz. PŘÍLOHA B a C) je dutý svalový orgán. Délka močové trubice je u žen a u mužů rozdílná. U žen je dlouhá 3-4 cm, je pevně srostlá s přední stranou pochvy a ústí nad vchodem poševním mezi malými stydkými pysky. U muže je močová trubice dlouhá 20 cm, nejprve prochází předstojnou žlázou, poté svalovým dnem pánevním a penisem. Od prostatické části je současně i vývodnou cestou pohlavní. Epitel močové trubice je ve své horní části přechodného typu, který přechází v dolní třetině na epitel dlaždicový. Svalovina je složena z hladkých vláken přestupujících z detruzoru a z vláken příčně pruhovaných, která konstituují zevní svěrač uretry (Krhut, 2007; Rokyta a spol., 2009).

1.2 Fyziologie vylučovací soustavy

Základní funkční jednotkou ledvin je nefron, který je složen z glomerulu, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběrného kanálku. V glomerulu vzniká za pomoci glomerulární filtrace glomerulární filtrát. Objem filtrátu je 120 – 130 ml za minutu. V proximálním tubulu dochází ke vstřebání 75% filtrátu a v Henleově kličce k resorpci 15% filtrátu. V distálním tubulu již dochází ke vstřebávání filtrátu pod kontrolou hormonů dle potřeby organismu. Vstřebá se tu zhruba 5% filtrátu. Poslední vstřebávání probíhá ve sběrném kanálku. Tady se pod kontrolou antidiuretického hormonu vstřebá asi 4% glomerulární filtrace a dojde tak k vytvoření definitivní moči. Ledviny tak za den vytvoří zhruba 1,5 litru moči, což je 1% glomerulárního filtrátu (Mourek, 2005; Tesař, 2006).

2. Močová inkontinence

O inkontinenci moči mluvíme tehdy, dochází-li k nedobrovolnému úniku moči z těla. Jde o velmi rozšířený medicínský problém, a ačkoli se nejedná o příznak, který pacienta ohrožuje na životě, ve velké většině případů svého nositele omezuje výrazným způsobem hygienicky a hlavně psychosociálně (Hanuš, 2011; Vytejková a kol., 2011).

Podle definice ICS je inkontinence definována jako „*Stav nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém*“ (Čermák, Pacík 2006, s. 20).

I přes existující pokrok, velké procento postižených nevyhledá lékařskou pomoc a spoléhá se na různé hygienické pomůcky. Mnoho z postižených dokonce považuje inkontinenci za normální a myslí si, že jejich stav nevyžaduje léčbu. Přitom inkontinence je stav, který zcela zásadně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Únik moči je spojen se zápachem, který může nemocného limitovat ve společnosti. U nemocných vyvolává inkontinence pocit méněcennosti (Hanuš, 2011; Kapounová, 2007; Vytejková a kol., 2011).

2.1 Klasifikace močové inkontinence

V zájmu sjednocení diagnostiky a léčby inkontinence se v současné době doporučuje klasifikace podle ICS (International Continence Society), která rozlišuje inkontinenci moči na uretrální a extrauretrální. V následujících podkapitolách se blíže seznámíme s nejčastějšími druhy.

2.1.1 Urgentní inkontinence

Při urgentní inkontinenci dochází k poruše rovnováhy mezi vnímáním náplně měchýře a centrální kontrolou stahů močového měchýře. Manifestuje se jako náhle vzniklá naléhavá potřeba močit (urgence) vícekrát během dne, které pacient musí vyhovět. V mezidobích je obvykle polakisurie, nykturie a pocit tlaku v podbřišku. Příčiny urgencí jsou často neznámého původu. V případě, že známe příčiny detruzorové aktivity (zánět, atrofie apod.), hovoříme o symptomatické urgentní inkontinenci. Po odstranění vyvolávající příčiny urgentní inkontinence ustoupí (Čermák, Pacík 2006; Hanuš, 2011; Topinková, 2005).

2.1.2 Stresová inkontinence

Projevuje se jako mimovolní únik moči spojený s fyzickými aktivitami, jako je běhání, skákání, zvedání předmětů, kýchání nebo kašláni apod. Je způsobena nedostatečným uzávěrovým tlakem při naplnění měchýře. Převýší-li tlak v močovém měchýři uzávěrový tlak uretry, dochází k úniku moči. Nejčastějším důvodem je inkompetence uretry - z anatomických důvodů (hypermobilita uretry) nebo špatná funkce tzv. vnitřního svěrače (hrdla) močového měchýře. Stresová inkontinence je nejčastějším typem inkontinence u žen. Stresová inkontinence se klasifikuje podle stupně závažnosti dle Ingelmanové - Sundbergové

vycházející z objektivního průkazu úniku moči a intenzity stresového podnětu. (Hanuš, 2011; Kawaciuk, 2009; Macek a kol., 2011; Martan, 2010 Topinková, 2005).

2.1.3 Reflexní inkontinence

Při vyřazení centrální kontroly mikce dochází k reflexnímu vyprázdnění měchýře po jeho naplnění. Objevuje se u pacientů s patologickým neurologickým nálezem (transverzální míšní léze, afekce CNS), někdy je stav označován jako neurogenní měchýř. Pacient si pocit naplnění či vyprázdnění měchýře neuvědomuje a nedokáže ho ovlivnit (Halaška a kol., 2004; Topinková 2005).

2.1.4 Inkontinence z přetékání

Inkontinence z přetékání neboli paradoxní ischurie je mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři. Často moč pouze odkapává. Příčinou je mechanická obstrukce nebo porucha kontraktility měchýře (Čermák, Pacík, 2006; Topinková, 2005).

2.1.5 Tranzitorní inkontinence moči

Inkontinence může být také jen přechodná. S přechodnou inkontinencí různého typu se setkáváme např. u stavů v bezvědomí, při těžké uroinfekci a při užívání různých farmak, jako např. hypnotika, diuretika, spasmolytika, antiparkinsonika atd. Někdy také mohou být příčiny inkontinence psychického rázu (demence u starých pacientů, těžké deprese (Čermák, Pacík 2006).

2.1.6 Smíšená inkontinence

Je kombinací stressové a urgentní inkontinence. Obvykle se doporučuje nejprve zahájit terapii urgentní inkontinence a současně je možné provádět konzervativní léčbu stressové inkontinence (Halaška, 2004).

2.2 Příčiny močové inkontinence

V každém věku a u každého pohlaví má močová inkontinence jinou nejčastější příčinu. U dětí je pomočování způsobeno nejčastěji nezralostí nervového systému. U žen mladšího věku je nejčastějším typem inkontinence, inkontinence stresová. Dochází k ní při mechanickém tlaku na stěnu měchýře. V důsledku prudkého zvýšení tlaku dochází k úniku moči přes oslabený svěrač močové trubice. Ve stáří má inkontinence moči komplexní a multifaktoriální příčiny. Hlavní roli hraje věk a věkem podmíněné změny funkce močových cest- zvýšená aktivita m. detrusor, mírně snížená kapacita měchýře, zhoršené vyprazdňování

měchýře, zvýšené postmikční reziduum a omezená schopnost zadržet mikci (Klevetová, Červinková, 2008; Topinková, 2005).

Mezi další příčinu řadíme onemocnění urogenitálního traktu způsobující zvýšenou dráždivost měchýře, zhoršené vyprazdňování či poruchu uzávěrového mechanismu. Inkontinence může být spojena i s celkovým onemocněním jako např. polyurie při diabetes mellitus, autonomní neuropatie, postižení CNS a míchy, psychiatrické onemocnění. Inkontinence se také může objevit při poruše mobility (Klevetová, Červinková, 2008; Topinková, 2005).

2.3 Rizikové faktory močové inkontinence

2.3.1 Predisponující faktory

Jsou to vrozené dispozice, mezi které patří predispozice rodinné. Rodinou predispozicí se myslí dědičnost. Ženy, jejichž matka či sestra jsou inkontinentní, mají vyšší riziko pro vznik inkontinence. Je také známo, že prevalence inkontinence je vyšší u žen než u mužů. Dalším faktorem jsou anatomické, neurologické a svalové abnormality. Inkontinenci způsobují vrozené defekty dělohy, močové trubice či píštěle. Dále také vrozené neurologické poruchy (spina bifida) nebo traumata mozku a míchy (Čermák, Pacík 2006; Hanuš, 2011; Klevetová, Červinková, 2008; Romančík, 2009).

2.3.2 Vyvolávající faktory

Prokázanou souvislost s výskytem stresové inkontinence má těhotenství. Podle studií je prevalence stresové inkontinence v průběhu těhotenství 8-85%. U velké části žen potom dochází po porodu k úpravě stavu kontinence. Inkontinence se také může vyskytnout jako vedlejší účinek chirurgických zákroků či ozáření oblasti pánve (Čermák, Pacík 2006; Hanuš, 2011; Klevetová, Červinková, 2008).

2.3.3 Podporující faktory

Podporujícím faktorem vzniku zvláště stresové inkontinence je obezita. Narůstající obezita zvyšuje intraabdominální tlak, způsobuje napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna. Obézní ženy trpí stresovou inkontinencí 4,2x více než ženy s normální hmotností. Dalším faktorem je obstipace. Chronická obstipace s opakovaným namáháním struktur pánevního dna a opakované úsilí o vyprázdnění může způsobit neuromuskulární postižení se vznikem inkontinence. Velmi známá je také souvislost inkontinence s poruchou pánevního dna. Ženy s defektem podpory přední poševní stěny mají

často hypermobilitu hrdla močového měchýře se stresovou inkontinencí. S inkontinencí je také spojena infekce močových cest a neurologické onemocnění. (Čermák, Pacík 2006; Hanuš, 2011; Klevetová, Červinková, 2008).

2.4 Diagnostika močové inkontinence

Stanovení správné diagnózy má zásadní význam pro zvolení nejvhodnější léčby. Žádný pacient by neměl podstoupit invazivní či nezvratnou léčbu - pokud inkontinence nebyla objektivně prokázána. Pacient s podezřením na inkontinenci je tedy odeslán na komplexní vyšetření (urologické či gynekologické) k odbornému lékaři. Po vyšetření lékař indikuje léčbu popřípadě operační výkon (Čermák, Pacík 2006).

2.4.1 Anamnéza

Je nedílnou součástí vyšetřovacího procesu, sama o sobě nám sice neurčí diagnózu, ale může nám poskytnout cenné informace. Anamnéza tvoří kompaktní soubor cílených otázek, v případě urogynekologie se jedná o tzv. symptomy poruchy dolních cest močových. Lékař se zaměřuje na odhalení inkontinence pomocí aktivního dotazování. (Halaška, 2004; Kawaciuk, 2009; Topinková, 2005).

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Představuje nenahraditelný zdroj informací. Fyzikální vyšetření se soustředí na pozorování medicínských znaků, které mohou mít souvislost s inkontinencí. K základnímu vyšetření patří vyšetření běžné (celkový stav, pohyblivost, zručnost, orientační paměť). Vyšetření břišní stěny, rektální vyšetření, vyšetření zevního genitálu, vaginální vyšetření, orientační neurologické vyšetření, míšní reflexy L₃ – S₄. (Čermák, Pacík, 2006; Topinková, 2005).

2.4.3 Jednoduché funkční testy

Stres - test - po vyřazení účinku svalstva dna pánevního je pacientka vyzvána ke kašli. V případě úniku moči je test pozitivní.

Pad - weighting test (test vážení vložek) - jedním z hlavních problémů při diagnostice moči je určení množství uniklé moči. P-W test představuje výraznou pomůcku při řešení tohoto problému. Principem testu je vážení vložek za určité časové období.

Q - tip test - umožňuje orientační posouzení o mobilitě spojení mezi močovým měchýřem a uretrou. Během tohoto testu se navlhčená vatové štětička zavede do uretry. Pacientka je poté

vyzvána k zatlačení. Při normálním stavu se štětička nepohne. Při uvolnění utertrovezikálního spojení se nástroj pohybuje směrem vzhůru (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004).

2.4.4 Biochemická vyšetření

Do biochemického vyšetření patří rozbor moči (chemicky, sediment, kultivace a citlivost). Vyšetření moči je součástí diagnostiky jakýchkoliv symptomů dolních cest močových. Provádí se k vyloučení močové infekce či jiných onemocnění, vyvolávající podobné příznaky. (Čermák, Pacík, 2006; Krhut, 2007).

2.4.5 Zobrazovací metody

Patří sem především ultrazvukové vyšetření pozice a mobility hrdla močového měchýře k posouzení typu inkontinence moči. Dále se také můžeme setkat s řetízkovou uretrocystografií. Tato technika přinesla významné poznatky o poloze uretry a její mobilitě. Běžně užívanou zobrazovací metodou se stala také magnetická rezonance (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004).

2.4.6 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření hodnotí funkci a dysfunkci dolních močových cest. Správná funkce dolních močových cest závisí na normální anatomii a funkci močového měchýře a uretry. Dysfunkce dolních močových cest se dělí na poruchu shromažďování moči, vyprazdňování moči a na kombinovanou poruchu. Tyto poruchy mohou být jak kombinované tak i jednotlivě se vyskytující. Urodynamické vyšetření nám stanoví, zda je problém v shromažďování nebo ve vyprazdňování či v obou funkcích najednou. Mezi urodynamické vyšetření patří uroflowmetrie, plnicí cystometrie, uretrální tlakové profily a elektromyografie (Halaška a kol., 2004).

2.5 Léčba močové inkontinence

Močovou inkontinenci můžeme léčit konzervativně, farmakologicky a chirurgicky. Volba léčebné metody by měla začínat vždy u co nejméně invazivního přístupu, ovšem který má reálnou naději na odstranění potíží.

2.5.1 Konzervativní léčba

Patří sem především změna životního stylu, která zahrnuje rozbor a změnu vztahu mezi symptomy pacienta a jeho okolí pro léčbu špatných mikčních návyků. Zejména se jedná o redukci nadměrné tělesné hmotnosti. Velmi důležitá je také korekce příjmu tekutin. Nadměrný příjem tekutin ve večerních hodinách ztlačně zhoršuje projevy nykturie u starších

pacientů. Opačně omezení příjmu tekutin obvykle vede ke snížení kapacity močového měchýře se všemi neblahými důsledky (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004; Krhut, 2007; Martan, 2006).

2.5.1.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence

Gymnastika svalů pánevního dna - ochablost svalů pánevního dna, je důležitým faktorem při vzniku stresové inkontinence. Soustavy cviků, které posilují svaly pánevního dna, se nazývají Kegelovy cviky.

Vaginální kónusy - jedná se o sadu několika závaží kónického tvaru, které si žena zavádí do pochvy a chvíli s ním chodí. Jelikož závaží má tendenci vyklouznout, musí žena stahovat svaly pánevního dna, čímž je posiluje.

Elektrostimulace - bývá užívána pro všechny typy inkontinence. Očekáváme zlepšení svalového tonu pomocí elektrických impulzů aplikovaných vaginálními sondami.

Pesaroterapie - jedná se o starou metodu léčby poruch pánevního dna. Používá se většinou jako přechodné opatření, výjimečně pak jako definitivní léčba u paliativních pacientů (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004; Krhut, 2007; Martan, 2006).

2.5.1.2 Konzervativní léčba urgentní inkontinence

Behaviorální léčba urgentní inkontinence- neboli trénink močového měchýře - jedná se o nácvik pravidelných mikčních návyků. Pomůckou pro tuto terapii je mikční kalendář. Základem této metody je vyprazdňovat močový měchýř pravidelně v určitých intervalech. Dále se dá využít také biostimulační laser (Krhut, 2007).

2.5.2 Chirurgická léčba

2.5.2.1 Chirurgická léčba stresové inkontinence

Chirurgická léčba je považována za nejúčinnější léčbu stresové inkontinence. Obvykle k ní přistupujeme tehdy, selžou-li pokusy o konzervativní léčbu. Nejužívanější operací dnes je metoda TVT. TVT je tahuprostá volná vaginální smyčka, tato metoda je založena na použití speciálně vyvinuté pásky, která vytváří podporu pro močovou trubici. TVT-O- rozdíl oproti klasické TVT je ten, že páska prochází skrze foramen obturatum a vyhýbá se močové trubici a močovému měchýři. (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004; Krhut, 2007; Martan, 2006).

2.5.2.2 Chirurgická léčba urgentní inkontinence

Patří sem augmentace močového měchýře- princip spočívá ve zvětšení kapacity močového měchýře. Dále derivace moči, substituce- náhrada močového měchýře- ortoepická

náhrada, heterotopická náhrada a míšní stimulace, která se v posledních letech využívá u pacientů s kompletní traumatickou míšní lézí (Čermák, Pacík, 2006; Halaška, 2004; Krhut, 2007; Martan, 2006).

2.5.3 Farmakologická léčba

2.5.3.1 Farmakologická léčba stresové inkontinence

Možnosti farmakologické léčby jsou dosti omezené. Ke zmírnění příznaků stresové inkontinence se podávají nejrůznější přípravky, jejichž užívání pro tuto indikaci není schváleno. Jedná se o hormonální substituční léčbu, agonisty adrenergických beta- receptorů, bicyklická antidepresiva a antagonisty acetylcholinových receptorů (Čermák, Pacík, 2006; Martan, 2006).

2.5.3.2 Farmakologická léčba urgentní inkontinence

Možnosti medikamentózního ovlivnění funkce močového měchýře jsou široké. Na výběr je relativně bohatá a různorodá paleta léků. Nejčastěji se podávají anticholinergika, léky se smíšeným účinkem (spasmolytickým a parasympatolytickým), tryciklyká antidepresiva, blokátory Ca kanálů, inhibitory syntézy prostaglandinů, antiparkinsonika, sympatomimetika, sympatolytika a estrogeny (Čermák, Pacík, 2006; Martan, 2006).

2.6 Problematika močové inkontinence

2.6.1 Psycho- sociální problematika močové inkontinence

Inkontinence má největší dopad na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Inkontinence je obecně vnímána jako ztráta důstojnosti. Je spojena s pocitem méněcennosti, selhání, nejistoty, studu, strachu ze zápachu a pomočení. Pacienti ztrácejí stávající společenské kontakty, nové nenavazují, a to vede k dalšímu omezování jejich duševní a tělesné aktivity. Někteří autoři tak hovoří o „psychosociální smrti“. Mohou se u nich projevit známky depresivního chování (Sochorová, 2008; Topinková, 2002).

2.6.2 Kožní problémy

Z kožních problémů se u inkontinence nejčastěji objevuje prostý zánět kůže, neboli dermatitis. Zánět vzniká drážděním kůže močí, často se objevuje v místech vlhké zapáčky. Můžeme se také setkat s bakteriální kožní infekcí tzv. erytrasma. Projevující se jako ostře ohraničené hnědavě červené ložiska v místech vlhké zapáčky. Dále se můžeme setkat s dermatomykózou, která je vyvolána plísněmi. Na pokožce se objevují jako nafialovělá

ložiska. Typické je zhojování z centra, někdy se šupením, svědí. K léčbě jsou užívána lokálně antimykotika, při výrazných zánětlivých projevech i s kortikoidy (Topinková, 2006).

Velmi závažnou komplikací je vznik dekubitů. Dekubitus je místní ischemické poškození kůže, podkoží a svalstva, které vzniká vlivem tlaku, tření nebo namáhání smýkáním. Dekubitus nevzniká pouze na kůži, ale i na sliznicích. U pacientů s PMK tedy může vzniknout i na močové trubici. Ohroženou skupinou jsou pacienti imobilní a obzvláště s močovou inkontinencí. Dekubitus představuje pro ošetřující personál závažný problém. (Bobál, 2012).

2.6.3 Problematika permanentní katetrizace močového měchýře

Permanentní katétr může být potenciálním zdrojem zdravotních problémů. Uvnitř katétru se často tvoří tzv. inkrustace neboli krystalky, které mohou katétr ucpat a způsobit jeho neprůchodnost, cévka se pak musí neprodleně vyměnit. Nejzávažnější komplikací je však vznik močové infekce. Infekce močových cest patří s podílem 30 až 40 % k nejčastějším nozokomiálním infekcím. Zhruba v 60 až 90 % se vyskytuje v příčinné souvislosti s močovým katétre. Infekce jsou nejčastěji způsobeny bakteriemi. Mezi rizikové faktory u pacientů s PMK patří především ženské pohlaví, závažnost pacientova onemocnění, délce zavedení PMK, kvalitní péče o PMK. Příznaky infekce močových cest jsou rozmanité a závisí zejména na oblasti, kterou zánět postihuje. Pokud zánět postihuje horní močové cesty v popředí je horečnatý stav s teplotou kolem 38-40 °C a s třesavkou. Pacienti si stěžují na tupé tlakové bolesti v bederní krajině, která je výraznější v oblasti ledvin. Bývá přítomná polyurie. Objevuje se únava, netečnost, schvácenost, bolesti hlavy. Infekce dolních močových cest se projevuje zarudnutím, pálením, řezáním, případně krvácením či výtokem v oblasti genitálu (Hanuš, 2011; Maďar, 2006; Schmidtová, 2005).

2.6.4 Ekonomická problematika močové inkontinence

O inkontinenci je známo, že patří k „nejdražším“ onemocněním vůbec. Pochopení příčin inkontinence, vyvolávajících faktorů, možných důsledků a léčby má proto velký význam. Jak pro pacienty, tak pro celospolečenské hledisko. Obzvláště vzhledem k měnící se věkové struktuře. Nezpochybnitelná je ekonomická nákladnost péče o inkontinentní v ošetřovatelských ústavech. Bezpochyby inkontinence přináší ekonomické problémy i samotným pacientům. Jedná se o zvyšování přímých nákladů na praní, nákup absorpčních pomůcek či doplatků za léky, tak i nákladů nepřímých vznikajících ztrátou výdělku při pracovní neschopnosti nebo potřebou péče a pomoci od členů rodiny. To je významné především u starších nemocných (Krhut, 2005; Topinková, 2002, Topinková, 2006).

3. Zdravotnické pomůcky pro pacienty s močovou inkontinencí

3.1 Jednorázové pomůcky pro inkontinentní pacienty

Jednorázové absorpční pomůcky zaznamenaly za posledních několik let prudký rozvoj. A to zejména kvůli vývoji tzv. superabsorbentů, materiálů na základě polymerů, které pojmu 5 až 7krát více tekutiny než buničina. Na trhu se vyskytuje celá škála pomůcek. Zejména se užívají slipové vložky, které jsou speciálně určeny pro ženy trpící velmi lehkým únikem moči. Pro muže a ženy trpící těžší inkontinencí moči jsou vyráběny vložné pleny. Jsou vybaveny indikátory vlhkosti, které se sytě zbarví v případě, kdy je nutné plenu vyměnit. Každý typ pleny je opatřen barevným označením pro snadné rozlišení. K přichycení vložných plen slouží elastické hygienické síťované kalhotky. Dále na trhu nalezneme natahovací kalhotky, které mají vysoce absorpční jádro, zajišťující rychlé odvedení a zadržení tekutiny. Plenkové lepící kalhotky zadržují větší množství tekutiny. Bývají opatřeny samolepicími pásky nebo suchými zimy. Jsou vybaveny postranními elastickými gumičkami zamezující unikání tekutin. U ležících, imobilních pacientů se používají jednorázové podložky chránící lůžko. Mají vysokou absorpční schopnost a jsou dodávány v různých velikostech. Vkládají se pacientovi pod bedra do lůžka. Pro muže jsou k dispozici také tzv. urinální kondomy, které jsou dostupné v široké škále velikostí, s různými možnostmi nalepení. Moč se sbírá pomocí urinálních kondomů a odtéká do sběrného močového sáčku (Kapounová, 2007; Vytejšková a kol., 2011).

Při volbě správného výrobku je důležité řídit se sací kapacitou jednotlivých pomůcek, která musí být adekvátní výdeji pacienta. Záleží také na stavu pacienta, jeho mobilitě a soběstačnosti. Správně zvolený výrobek může pacientovi zkvalitnit život a také zabránit zdravotním problémům provázejícím inkontinencí moči. Správně zvolená pomůcka by měla mít dobrou schopnost absorpce, dobrou prodyšnost a snadnou manipulaci. Základem pro správné zavedení a funkčnost absorpční pomůcky je pečlivě proškolený personál. Pokud nemá ošetřující personál dostatek informací, dopouští se mnohdy nevědomě celé řady chyb. (Bardová, 2005; Hanuš, 2011; Kapounová, 2007; Mlýnková, 2010; Schuler, 2010; Vytejšková a kol., 2011).

Inkontinenční pomůcky jsou pacientům hrazeny pojišťovnou. Metodika preskripce inkontinenčních pomůcek je v České Republice definována zákony (č. 298/2011 Sb. a č. 369/2011 Sb.), ve kterých, jsou stanovena maximální množství absorpčních prostředků na časový interval, dále pak finanční limity na časový úsek a současně je garantována 100% úhrada. Pro potřeby preskripce je inkontinence rozdělena do tří stupňů dle množství uniklé

moči na lehkou (50-100 ml/4 h.), střední (do 200ml/4h.) a těžkou (více než 200ml/4h) (Horčíčka, 2012).

3.2 Permanentní močový katétr

Permanentní katétr se zavádějí na delší dobu inkontinentním nemocným s dekubity, při chronické retenci moči, pacientům vyžadujícím kontinuální nebo periodické výplachy močového měchýře, nemocným při neurogenních poruchách močení, po operacích močového měchýře, při úrazech dolních močových cest, při obstrukci močových cest a pacientům, kterým je třeba přísně sledovat a měřit diurézu. Pro vysoké riziko infekce močového měchýře by však měl být použit pouze jako poslední řešení. Zavedení močového katétru má také své kontraindikace, mezi které patří těžké stenózy močového měchýře, trauma močové trubice, akutní zánět močového měchýře, močové trubice či prostaty (Rovný, 2003).

Permanentní močové katétrů můžeme rozdělit do několika skupin. Za prvé je dělíme podle materiálu, z kterých jsou vyrobené. Nejčastěji je používán silikon, pryž a tvrzený silikon. Některé cévky jsou také vyrobeny ze speciálního baktericidního materiálu (antibiotika a soli stříbra). Za druhé cévky dělíme na dvoucestné nebo trojcestné. Třetí skupinu tvoří cévky pro muže a pro ženy. Ty jsou rozlišovány zejména délkou a druhem zakončení. Cévky s rovným zakončením jsou tzv. Nelatonovy katétrů, které se používají u žen k jednorázovému cévkování. U mužů používáme cévky zobákovitě zahnuté tzv. Tiemannovy katétrů. Jako stálá permanentní cévka se užívá Foleyova cévka s balónkem. V neposlední řadě katétrů dělíme podle velikosti průměru. K označení velikosti se využívá Charriérova stupnice (Ch) nebo stupnice French (F) (Bennett, 2006).

Katétr téměř vždy napojujeme na drenážní systém. Ten se skládá z retenčního katétru, drenážní hadičky a sběrného vaku na moč. Pokud tento systém nelze nikde mezi katétre a sběrným vakem otevřít, jedná se o tzv. uzavřený systém (Kapounová, 2007; Schmidtová, Lišková, 2005).

3.3 Kosmetické přípravky

K dokonalé ochraně kůže genitálií a konečníku slouží celá řada kosmetických přípravků, které pomáhají proti agresivnímu působení unikající moči. Čistící pěna slouží k rychlému a šetrnému čištění silně znečištěných partií pokožky. Pěna obsahuje kreatin, který chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy. Neutralizuje pachy a příjemně voní. Tekuté mýdlo užíváme k mytí pokožky u starších inkontinentních pacientů. Vlastnosti účinných látek panthenolu a heřmánku podporují regeneraci pokožky. Na trhu existují také vlhké ošetřující

ubrousky v boxu, používané k rychlému čištění intimních partií pokožky při inkontinenci. Kožní ochranný krém chrání pokožku v místech, kde je vystavena působení agresivních látek a tlaku. Na pokožku se nanáší v tenké vrstvě (Horčíčka, 2012).

4. Ošetrovatelská péče o pacienta s močovou inkontinencí

4.1 Ošetrovatelská péče o pacienta s močovou inkontinencí s absorpčními pomůckami

Reakce pacienta na inkontinenci je individuální. Ne vždy je možné ji úplně odstranit či vyléčit, ale i částečné zmírnění příznaků přispívá ke zlepšení kvality života postižené osoby. Podpůrnou úlohu, zvláště v případech, kdy se kvůli neschopnosti pohybu pacient nedokáže sám o sebe postarat – imobilita anebo vysoký věk, sehrává především rodina. Někdy pacientům s inkontinencí pomáhají i jiné osoby, které vykonávají péči, a to nejčastěji sestry nebo ošetrovatelé. Všichni výše jmenovaní by měli být pro pacienta psychickou podporou, je dobré si s pacientem pohovořit a podporovat ho, aby vyjádřil svoje názory a pocity. Sestra dále spolupracuje také s fyzioterapeutem, eventuálně psychologem (Tkáčová, 2012).

4.1.1 Hygienická péče

U pacienta s močovou inkontinencí, hraje hygienická péče velmi důležitou roli. Můžeme mluvit o tzv. péči nadstandardní. Vhodnou a pečlivou hygienickou péčí totiž můžeme předejít nepříjemným komplikacím, které jsou zmíněny již v předešlé kapitole. Zvýšenou pozornost věnujeme zejména pokožce v okolí konečníku a genitálu. Kůže pacienta trpícího inkontinencí je totiž neustále vystavena vysokému riziku poškození. Každý den je u pacienta provedena celková hygienická péče, stejná jako ostatním pacientům. Ovšem se zvýšenou pozorností na místa kolem genitálu a kosti křížové, kde si všímáme stavu pokožky. Zda není zarudlá či jinak poškozena. Oblast vždy ošetříme speciální kosmetikou určenou pro inkontinentní pacienty. Při každé výměně absorpční pomůcky je důležité pacienta řádně omýt pomocí vody a mýdla. Důkladně osušit a ošetřit ochranným krémem. Pacient vždy musí mít čisté a suché ložní i osobní prádlo. Velice důležitým, ale často opomíjeným úkolem je zajištění intimity pacienta. Při mytí či výměně absorpční pomůcky by proto sestra nikdy neměla na tento fakt zapomenout (Hejzlarová, 2009; Kapounová, 2007; Vytejková a kol., 2011).

4.1.2 Vyprazdňování

U pacientů částečně soběstačných sestra zajistí u lůžka pro muže močovou láhev, která je v držáku u lůžka a je natolik dostupná, aby ji podle potřeby mohl použít. U žen zajistí podložní mísu a zjistí, zda jsou schopné si samy podložní mísu zasunout pod hýždě. Pro snadnější vyprázdnění uvedeme pacienta do Fowlerovy polohy a nezapomeneme přiložit signalizační zařízení k ruce pacienta. Po vyprázdnění zajistíme mytí rukou pacienta. Velmi dobré je zajistit pacientům na pokoj toaletní křeslo, které by mělo být v pravidelných intervalech kontrolováno a čištěno (Klevetová, 2009).

U pacientů zcela inkontinentních a imobilních používáme již zmíněné jednorázové absorpční pomůcky. Vždy je nutné dodržet optimální dobu použití pomůcky, která je individuální dle druhu. Některý materiál je dokonce určen i na 12 hodin. U některých pomůcek se můžeme řídit dle indikátoru zabarvení. Nejlépe je však pomůcku měnit dle potřeby. Sestra nezapomíná na dodržení intimity při vyprazdňování. U pacientů s inkontinencí moče by se mělo močení kontrolovat každé dvě hodiny. Pacienta by sestra měla vyzývat k tomu, aby se vymočil. Postupně pak sestra nacvičuje prodlužování intervalů mezi močením pro dosažení 3-4hodinových intervalů mezi močením. K tomu patří i použití tzv. mikčního deníku (viz. PŘÍLOHA D) (Hejzlarová, 2009; Kapounová, 2007; Šuryová, 2011; Vytejčková a kol., 2011).

4.1.3 Pitný režim

Pacienti by měli dodržovat určitý pitný režim. Obecně lze říci, že velká část pacientů pije málo či pije nevhodné tekutiny. Pacienti s inkontinencí moči by se měli vyvarovat především alkoholu, kofeinu a silnému čaji s obsahem theinu. Za vhodné nápoje je považována nesycená voda, ovocný čaj, minerální vody s nízkým obsahem sodíku či ředěné ovocné šťávy. Denní příjem tekutin by měl být zhruba 2000ml denně. Dostatečný příjem tekutin má vliv na vzhled a zápach moči, snižuje rizika tvorby močových kamenů a infekcí močového měchýře. Příliš koncentrovaná moč dráždí močový měchýř. Sestra by měla u každého pacienta zapisovat množství vypitých tekutin a tekutiny aktivně nabízet, především u seniorů. U pacientů s močovou inkontinencí příjem tekutin regulujeme dle pravidelného rozvrhu, aby bylo možné předvídat močení. Tekutiny nepodáváme 2-3 hodiny před spaním (Hejzlarová, 2009; Klevetová, 2009; Vytejčková a kol., 2011).

4.1.4 Pohybový režim

Důležitým prvkem v prevenci močových komplikací je cvičení dolních končetin. Vhodné je například časté vysazování do křesla. Pacienty je dále vhodné vést k nácviku břišního dýchání, to má dobrý vliv na prokrvení orgánů malé pánve. Při schopnosti spolupráce naučíme pacienta gymnastiku pánevního dna a pravidelně kontrolujeme, jak pacient cvičení zvládá (Klvetová, 2009).

4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre

S permanentním močovým katétre přijde do styku sestra, ošetrovatel i sanitář. Je tedy důležité, aby všichni znali a uměli ovládat základy správné péče o pacienty s PMK. Péče by měla být zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. Věnovat zvýšenou pozornost péči o pacienta se zavedeným PMK se vyplatí.

Pokud se v důsledku nesprávné péče o pacienta objeví infekce močových cest, může se často více zkomplikovat jeho zdravotní stav, prodloužit hospitalizace a sestra bude nakonec při poskytování ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta potřebovat mnohem více času (Schmidtová, 2005).

4.2.1 Hygiena

Hygiena genitálu by se měla provádět nejméně dvakrát denně a to ráno a večer. Sestra si připraví k lůžku pacienta vodu, mýdlo, žínku na jedno použití, čistý ručník, podložku či ručník na ochranu ložního prádla, zástěru, rukavice na jedno použití. Sestra si oblékne rukavice a dopomůže pacientovi zaujmout vhodnou polohu na lůžku. Pacient leží na zádech s pokrčenými a oddálenými koleny v kyčlích. Podložku sestra uloží tak, aby chránila prádlo před znečištěním. U ženy genitál otírá namočenou a namydlenou žínkou zepředu dozadu, tím zabrání přenosu mikroorganismů ze střeva do okolí ústí močové trubice. Dále otre katétr směrem od vulvy. U muže se postupuje obdobně, nesmí zapomenout na péči o předkožkový vak. Sestra provede důkladné osušení genitálu. Dále upraví polohu pacienta a provede úklid pomůcek. Při výkonu je také důležité všimnout si všech patologických úkazů. Jako je krvácení z močové trubice (zejména u mužů), barva a zápach moče, případné zčervenání v okolí zavedení cévky či výtok z močové trubice. Při odchodu stolice u pacienta sestra zkontroluje, zda nedošlo ke znečištění katétru stolicí a provede očištění (Kapounová, 2007; Mikšová a kol., 2006; Workman, 2006).

4.2.2 Výživa a pitný režim

V případě zavedení permanentního katétru je důležité, aby příjem tekutin byl minimálně 2 litry za den. Čímž se zajistí dostatečná hydratace pacienta, přiměřená činnost ledvin a zároveň se předchází tvorbě usazenin v drenážním systému. Příjem tekutin pečlivě sledujeme a zaznamenáváme. Je dobré mít dokumentaci zavěšenou u lůžka pacienta, aby se k ní dostal veškerý personál. Vhodné je také upravit stravu, díky které můžeme snížit pH moči. Kyselá pH snižuje schopnost rozmnožování mikroorganismů v moči. Kyselého pH dosáhneme podáváním ryb, masa, drůbeže, vajec, obilovin a vitamínu C. Z tekutin je vhodné vyloučit nápoje obsahující CO₂ a ovocné šťávy, které dělají moč zásaditou, a tím se zvyšuje dráždění močového měchýře (Schmidtová, 2005).

4.2.3 Péče o permanentní močový katétr

O PMK pečujeme přísně asepticky, drenážní systém udržujeme sterilní, uzavřený a dobře těsnící. Sběrný sáček, který je napojený na katétr, sestra sleduje kvůli množství, charakteru, barvě a příměsích moče. Pokud je sběrný sáček naplněný, provede sestra jeho vyprázdnění. Vstupní bránou infekce se mohou stát výpustné kohouty, kterými jsou sáčky opatřeny, z toho důvodu je nutné je dezinfikovat. Sběrný vak je vždy zavěšen na lůžku tak, aby se nedotýkal podlahy, nevadil pacientovi při pohybu a nebyl přímo na očích.

Při rozpojení drenážního systému udržujeme oba konce sterilní, což vyžaduje používání sterilního uzávěru na katétr a ochranného krytu na konec odvodní hadičky. Sestra by se však měla vyhnout všem neopodstatněným rozpojováním katétru, jelikož mikroby nacházející se v blízkosti spoje mezi katétre a odvodnou hadicí, se snadnou dostanou vzestupnou cestou do močového měchýře. Proti nechtěnému rozpojení je možné místo spojení přelepit nepromokavou páskou. Tímto způsobem tak může sestra sledovat, zda spoj dobře těsní.

Názory na frekvenci výměny katétru, systému hadiček a sběrného sáčku jsou různé. Je třeba tedy postupovat dle standardu oddělení. Je také důležité sledovat funkčnost sběrného systému. Podle potřeby katétr propláchnout za aseptických podmínek sterilním fyziologickým roztokem (případně jiným podle ordinace lékaře) nebo konzultovat s lékařem možnosti výměny. Dále kontrolujeme, zda nejsou přeložené hadičky, zda na nich pacient neleží. Zhoršoval by se tak průtok moči a mohlo by dojít k rozmnožení bakterií.

Před odstraněním PMK je důležité několik dní trénovat močový měchýř uzavíráním katétru na dobu 2 až 4 hodin (Kapounová, 2007; Mikšová a kol., 2006; Workman, 2006).

II. Praktická část

5. Výzkumné otázky

1. Bude provedeno omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky?
2. Bude dodržena optimální doba použití absorpční pomůcky?
3. Bude místo zavedení PMK udržováno v čistotě?
4. Pacient bude bez známek lokální infekce z důvodu PMK? (místo zavedení PMK není zarudlé, bolestivé)
5. Bude oddělení geriatrické mít lepší výsledky než oddělení interní a neurologie?

6. Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn metodou zúčastněného skrytého pozorování. *„Pozorování je prováděno samotným výzkumníkem a týká se systematického pozorování činností dle stanoveného plánu. Pozorovaný objekt není ovlivňován. Tato metoda se nejčastěji využívá při studiu učení, postojů k práci apod. Zúčastněné skryté pozorování znamená, že se badatel pohybuje ve zkoumané komunitě, která neví, že je pozorována“* (Kutnohorská, 2009, s. 37).

Před zahájením samotného výzkumu byl na odděleních interního typu proveden pilotní výzkum. Pilotní výzkum byl použit k tomu, aby bylo určeno, na jaké oblasti v dané problematice se zaměřit, jaké stanovit výzkumné otázky a jaké stanovit cíle. Za pomoci pilotního výzkumu, odborné literatury a standardů nemocnice byly vytvořeny dva protokoly pozorování.

Protokol číslo 1 (viz. PŘÍLOHA E) byl použit pro hodnocení péče u pacientů s močovou inkontinencí používajících absorpční pomůcky. Protokol byl rozdělen do 4 oblastí týkajících se hygieny, vyprazdňování, hydratace a sledování komplikací. Celkem obsahoval 15 otázek.

Protokol číslo 2 (viz. PŘÍLOHA F) byl použit pro hodnocení péče u pacientů s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétrem. Protokol je také rozdělen do 4 oblastí týkajících se hygieny, hydratace, péče o PMK a sledování komplikací. Celkem obsahoval 16 otázek.

Cílem bylo dohromady získat 15 protokolů č. 1 a 15 protokolů č. 2. Pozorování bylo prováděno na oddělení geriatric, interny a neurologie. O provádění výzkumu byla informována vždy pouze vrchní sestra daného oddělení. Ostatní zdravotničtí pracovníci o prováděném výzkumu informováni nebyli. Tento záměr byl využit k reálnosti, neovlivnitelnosti a zkreslenosti výsledků.

Pozorovány byly záměrně pacientky s močovou inkontinencí, které byly odkázány na pomoc zdravotnického personálu. Ve všech případech se jednalo o pacientky ležící. Tyto pacientky byly pozorovány z toho důvodu, aby bylo jasné, jaká péče je pacientkám ze strany zdravotnického personálu poskytována.

Pozorování bylo zaměřeno na jednotlivé položky z protokolu. Pro každou pacientku byl použit vlastní protokol pozorování. Z každého oddělení tak bylo získáno pět vyplněných protokolů č. 1 a pět vyplněných protokolů č. 2. Každá otázka z protokolu byla hodnocena v pětistupňové škále - určitě souhlasím, spíše souhlasím, částečně souhlasím i nesouhlasím, spíše nesouhlasím, určitě nesouhlasím. Pro jednodušší vyhodnocení byla tato tvrzení

oznámkována škálou 1-5. Přičemž 1 je nejlepší výsledek a 5 nejhorší výsledek. Při vyhodnocení byla vždy spočítána průměrná známka oddělení z dané oblasti nebo z otázek, které byly důležité pro vyhodnocení výzkumných záměrů. V grafech a tabulkách jsou znázorněny známky, které získal soubor z dané oblasti. V tabulkách jsou také znázorněny průměrné známky oddělení z daných oblastí.

Výzkum byl na každém oddělení prováděn po dobu 14 dnů. Na interním oddělení byl prováděn od 5. 11. 2012 do 16. 11. 2012, na oddělení geriatricie od 3. 12. 2012 do 14. 12. 2012 a na oddělení neurologie od 18. 3. 2013 do 28. 3. 2013.

7. Prezentace výsledků

7.1 Ošetrovatelská péče o pacienta s močovou inkontinencí s absorpčními pomůckami

7.1.1 Hygiena

Otázky z oblasti hygiena:

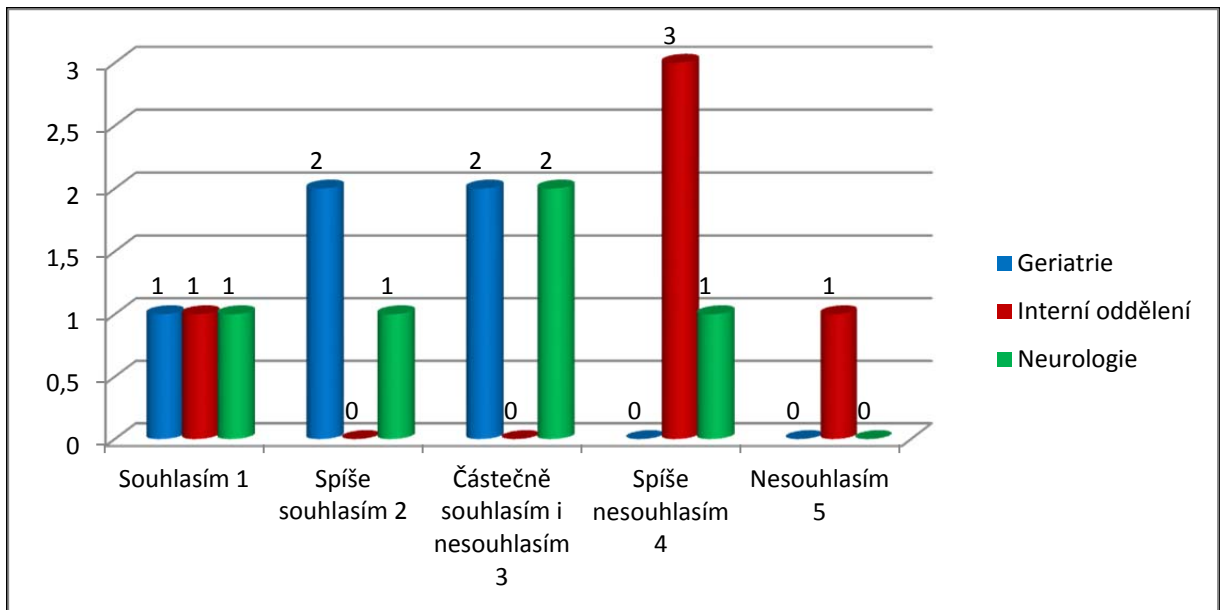
- Je provedena celková hygienická péče alespoň 1x za den?
- Je provedeno omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky?
- Jsou použity ochranné prostředky na ošetření pokožky alespoň 1x za den?
- Jsou použity ochranné prostředky na ošetření pokožky při výměně absorpční pomůcky?

Tabulka 1 Protokol pozorování - Hygiena

Protokol pozorování - Hygiena						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	8	9	3	0	0	1,75
Interní oddělení	5	3	4	5	3	2,9
Neurologie	9	6	3	2	0	1,9

V první části protokolu pozorování byla hodnocena oblast hygienické péče. V Tab. 1 jsou znázorněny počty odpovědí všech třech oddělení na jednotlivé otázky a průměrné hodnoty z oblasti Hygiena. Oddělení geriatric získalo v této oblasti nejlepší hodnocení. A to zejména v otázce používání ochranných prostředků na ošetření pokožky. Tyto ochranné prostředky se tu používají u každého pacienta a to alespoň dvakrát denně. Neurologické oddělení bylo nejlépe ohodnoceno v otázce celkové hygienické péče, která tu je prováděna řádně každý den. Denně tu pacienty myjí ve sprše. Na interním oddělení není celková hygienická péče prováděna vždy zcela dostatečně a stejné je to i s použitím ochranných prostředků na ošetření

pokožky. Geriatrické oddělení získalo průměrnou známku 1,75, interní oddělení 2,9 a neurologické oddělení 1,9.



Obrázek 1 Provedení omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky

Zda se provádí omytí genitálu a hýždí při výměně absorpčních pomůcek, je jedna z mých výzkumných otázek. Na Obr. 1 jsou znázorněny odpovědi na otázku za všechny tři oddělení. Více se tímto bodem výzkumu zabývám v diskuzi.

7.1.2 Vyprazdňování

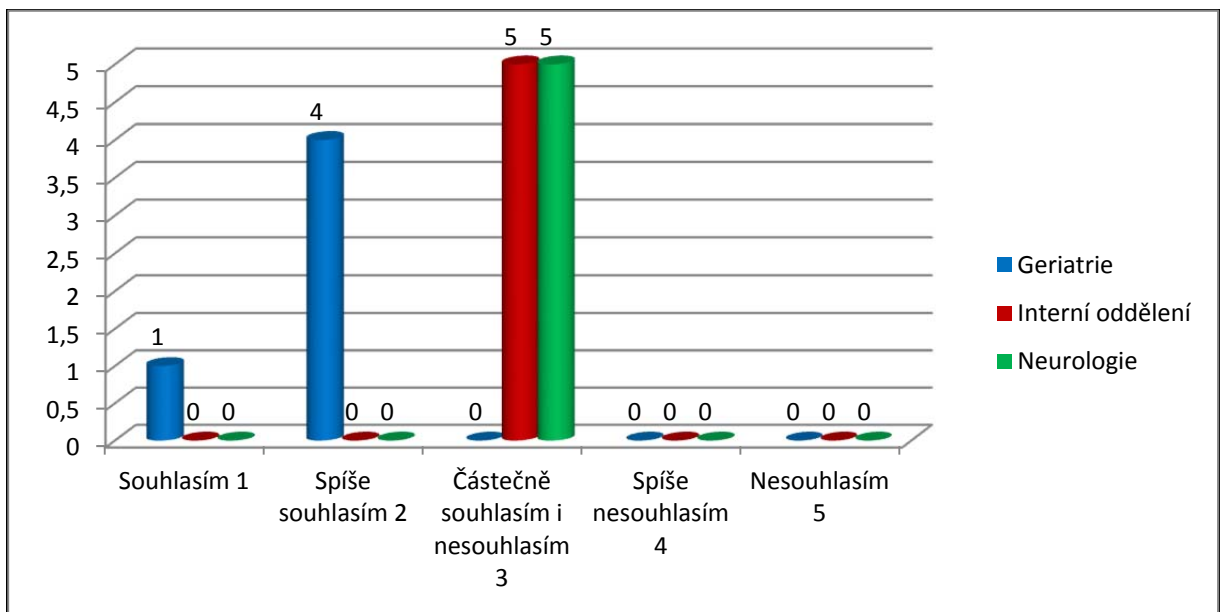
Otázky z oblasti vyprazdňování:

- Jaké inkontinentní pomůcky jsou používány?
 - Natahovací kalhotky
 - Pleny
 - Jednorázové podložky
- Je zajištěno signalizační zařízení na dosah pacienta?
- Pobízejí sestry pacienta, aby se vymočil každé 2 hodiny?
- Postupně nacvičují sestry u pacienta prodlužování intervalů mezi močením?
- Dodržují sestry u pacienta optimální dobu použití absorpční pomůcky?

Tabulka 2 Protokol pozorování - Vyprazdňování

Protokol pozorování - Vyprazdňování						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	13	7	0	0	15	2,9
Interní oddělení	8	0	9	0	18	3,6
Neurologie	8	5	5	0	17	3,4

V oblasti Vyprazdňování nejlepších výsledků dosáhlo geriatrické oddělení, které získalo průměrnou známku 2,9. Neurologické oddělení získalo o něco lepší výsledky, než oddělení interní. Průměrná známka neurologického oddělení je 3,4 a průměrná známka interního oddělení je 3,6. Průměrné hodnoty a počty jednotlivých známek z oblasti Vyprazdňování jsou popsány v Tab. 2. Na všech třech odděleních pacienti s močovou inkontinencí používají pleny, které by se dle literatury měly měnit každé 4 hodiny. Nejlépe byla hodnocena otázka, zda je zajištěno signalizační zařízení na dosah pacienta. Naopak nejhůře hodnocena byla otázka, zda sestry pobízejí pacienty, aby se vymočili v určitých intervalech. Tato otázka byla téměř vždy ohodnocena známkou pět. Hodnocení všech otázek je k nahlédnutí v příloze CH.



Obrázek 2 Dodržení optimální doby výměny absorpční pomůcky

Zda sestry dodržují optimální dobu výměny absorpční pomůcky je další z mých výzkumných otázek. Hodnocení této otázky je znázorněno na Obr. 2 a je popsáno v diskuzi.

7.1.3 Hydratace

Otázky z oblasti hydratace:

- Vedou mikční deník?
- Kontrolují příjem tekutin?
- Regulují příjem tekutin dle pravidelného rozvrhu?

Tabulka 3 Protokol pozorování - Hydratace

Protokol pozorování - Hydratace						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	5	0	0	0	10	3,7
Interní oddělení	4	0	0	0	11	3,9
Neurologie	3	0	0	0	12	4,2

V této oblasti dopadlo nejlépe oddělení geriatric, jak je vidět v Tab. 3 v sekci Průměrná hodnota. Bohužel ve všech třech sledovaných souborech jsou výsledky velmi špatné, všechna oddělení mají nejvíce zastoupenou známku 5. Největší problém je v regulaci příjmu tekutin a ve vedení mikčního deníku. Mikční deník nebyl veden ani u jednoho z 15 pacientů s močovou inkontinencí. Nejlépe dopadla otázka kontroly příjmu tekutin. Příjem tekutin se na oddělení geriatric kontroluje u všech pacientů s močovou inkontinencí. Na oddělení interny a neurologie se příjem tekutin kontroluje spíše jen u pacientů, kteří pijí nedostatečně. Geriatrické oddělení získalo průměrnou známku 3,7, interní oddělení známku 3,9 a neurologické oddělení známku 4,2.

7.1.4 Sledování komplikací

Otázky z oblasti sledování komplikací:

- Pacient nemá opruzeniny?
- Pacient nemá zarudlou pokožku v oblasti genitálu či sakra?
- Pacient nemá dekubitus z důvodu inkontinence?

Tabulka 4 Protokol pozorování – Sledování komplikací

Protokol pozorování – Sledování komplikací						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	10	0	0	0	5	2,3
Interní oddělení	9	0	0	0	6	2,6
Neurologie	8	0	0	0	7	2,9

Průměrné známky jednotlivých oddělení a počet jednotlivých známek jsou uvedeny v Tab. 4. Geriatrické oddělení dopadlo v této oblasti se známkou 2,3 o něco lépe, než interní oddělení se známkou 2,6 a neurologické oddělení se známkou 2,9. Nejlépe hodnocená otázka se týkala vzniku dekubitu z důvodu inkontinence moči s použitím absorpčních pomůcek. U žádného sledovaného pacienta jsem se s tímto problémem nesešla. Naopak nejhůře hodnocená otázka se týkala zarudlé pokožky v oblasti genitálu či sakra. Zarudlou pokožku z důvodu močové inkontinence mělo celkem 9 pacientů z 15 (viz. PŘÍLOHA E).

7.2 Péče o pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétrem

7.2.1 Hygiena

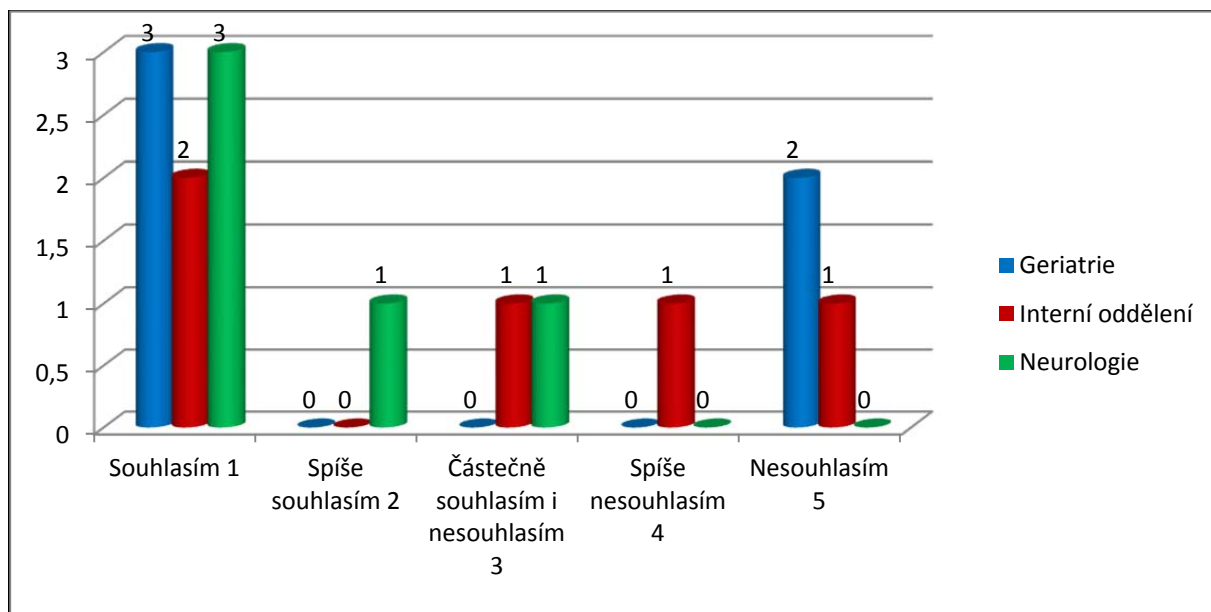
Otázky z oblasti hygiena:

- Místo zavedení PMK je udržováno v čistotě?
- Denně je omýváno okolí katétru vodou a mýdlem?
- Katétr je udržován v čistotě? (není znečištěn od stolice)

Tabulka 5 Protokol pozorování - Hygiena

Protokol pozorování – Hygiena						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	9	2	1	0	3	2,0
Interní oddělení	6	1	3	2	3	2,7
Neurologie	10	2	3	0	0	1,5

Tab. 5 ukazuje, kolik jednotlivých známek dostalo geriatrické, interní a neurologické oddělení. V Tab. 5 jsou dále znázorněny průměrné hodnoty jednotlivých oddělení. Nejlepší hodnocení z této oblasti získalo oddělení neurologie, které má průměrnou známku 1,5. Geriatrické oddělení získalo známku 2,0 a interní oddělení známku 2,7. Na neurologickém oddělení je denně pacient umýván ve sprše, tudíž místo zavedení PMK a samotný katétr je udržován v čistotě. Na interním oddělení je hygienická péče prováděna nedostatečně. Jednotlivé známky z této oblasti jsou v příloze I.



Obrázek 3 Udržení místa zavedení PMK v čistotě

Otázka, zda je místo zavedení PMK udržováno u pacienta v čistotě je více popsáno v diskuzi. Tato otázka je mojí další výzkumnou otázkou. Počty známek všech třech oddělení jsou znázorněné na Obr. 3.

7.2.2 Výživa

Otázky z oblasti výživa:

- Příjem tekutin u pacienta je minimálně 2 litry denně, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí?
- Je vedena bilance tekutin?
- Je podávána strava, která snižuje pH moči?

Tabulka 6 Protokol pozorování - Výživa

Protokol pozorování – Výživa						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím	Spíše souhlasím	Částečně souhlasím i nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Průměrná hodnota
	1	2	3	4	5	
Geriatric	8	0	0	0	7	2,9
Interní oddělení	4	0	0	0	11	3,9
Neurologie	5	0	0	0	10	3,7

Z oblasti výživa bylo nejlépe ohodnoceno oddělení geriatric, které získalo průměrnou známku 2,9. Naopak nejhůře ohodnoceno a to s průměrnou známku 3,9 bylo interní oddělení. Oddělení neurologie získalo známku 3,7. Počet jednotlivých známek a průměrné známky jsou uvedeny v Tab. 6. Nejhůře hodnocenou otázkou z této oblasti je otázka podávání stravy, která snižuje pH moči. Na všech třech odděleních se pacientům s PMK podává strava stejná jako pacientům bez PMK. Nejlépe hodnocená byla otázka vedení bilance tekutin, která se vede u většiny pacientů. A to zejména na oddělení geriatric.

7.2.3 Péče o PMK

Otázky z oblasti Péče o PMK:

- Sběrný sáček je pod úrovní močového měchýře?
- Sběrný sáček je měněn dle pravidelného rozvrhu?
- Sběrný systém je dobře těsnící?
- Sběrný systém je rozpojován na dobu nezbytně nutnou?
- Dezinfikují sestry při napojení cévky na sběrný sáček oba konce?
- PMK je měněn dle pravidelného rozvrhu?
- PMK je průchodný?

Tabulka 7 Protokol pozorování – Péče o PMK

Protokol pozorování – Péče o PMK						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím	Spíše souhlasím	Částečně souhlasím i nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Průměrná hodnota
	1	2	3	4	5	
Geriatric	20	5	5	0	5	2
Interní oddělení	26	3	1	0	5	1,7
Neurologie	25	3	2	0	5	1,8

V této oblasti dopadlo podobně interní a neurologické oddělení, jak je možné vyčíst z průměrné hodnoty v Tab. 7. Geriatrické oddělení dopadlo v této oblasti o něco hůře s průměrnou hodnotou 2,0. Ve většině případů je sběrný sáček pod úrovní močového měchýře a je měněn v pravidelných intervalech. Dále je sběrný systém dobře těsnící a je rozpojován na dobu nezbytně nutnou. Velmi dobré hodnocení získaly také položky výměny PMK a průchodnosti PMK. Velkým problémem však byla otázka dezinfikování konce cévky a sběrného sáčku při napojování. Tato otázka vždy získala známku 5.

7.2.4 Sledování komplikací

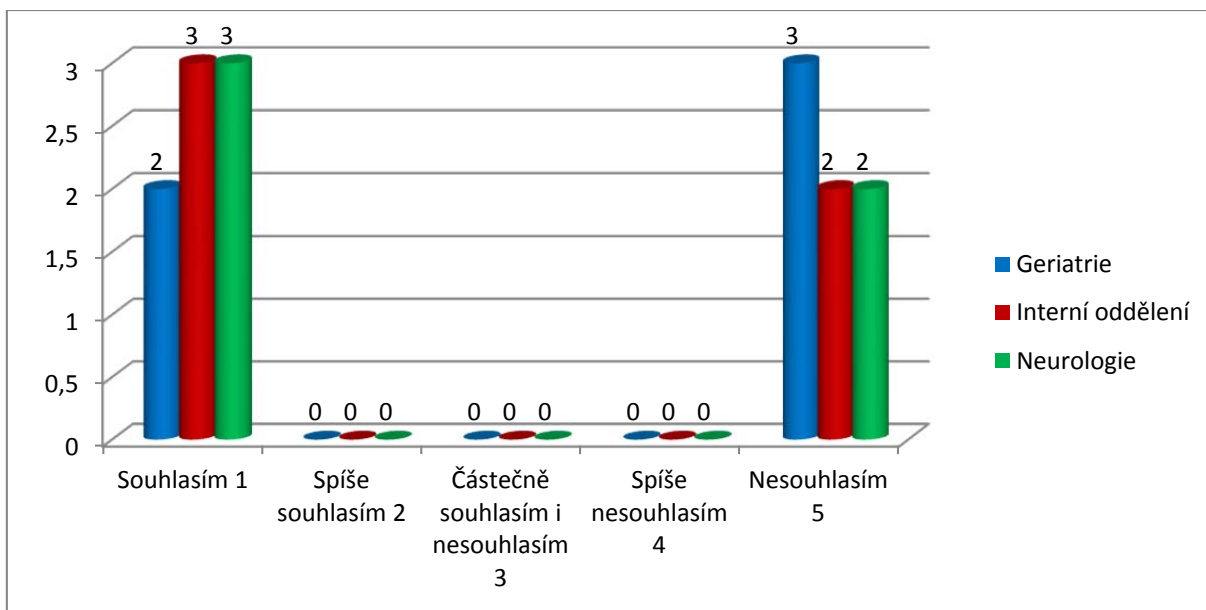
Otázky z oblasti Sledování komplikací:

- Pacient je bez známek celkové infekce?
- Pacient je bez známek lokální infekce? (místo zavedení PMK není zarudlé)
- V místě PMK nedochází k tvorbě dekubitů?

Tabulka 8 Protokol pozorování – Sledování komplikací

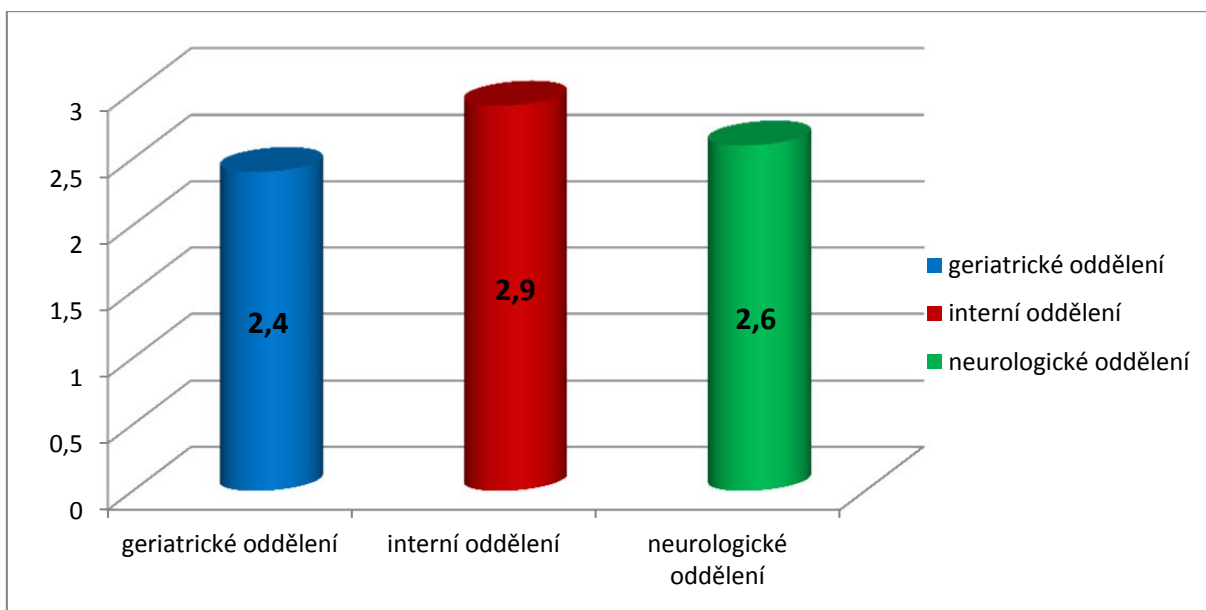
Protokol pozorování – Sledování komplikací						
Hodnocení tvrzení						
Oddělení	Souhlasím 1	Spíše souhlasím 2	Částečně souhlasím i nesouhlasím 3	Spíše nesouhlasím 4	Nesouhlasím 5	Průměrná hodnota
Geriatric	12	0	0	0	3	1,8
Interní oddělení	11	0	0	0	4	2,1
Neurologie	12	0	0	0	3	1,8

Tato oblast zahrnovala celkem 3 položky. Průměrné hodnoty všech třech oddělení z této oblasti jsou zaznamenány v Tab. 7. V této oblasti dopadlo oddělení geriatric a oddělení neurologie stejně. Obě dvě oddělení získaly průměrnou známku 1,8. Interní oddělení získalo průměrnou známku 2,3 z důvodu otázky dekubitu, u dvou pacientů zde byla udělena známka 5.



Obrázek 4 Výskyt lokální infekce u pacienta

Na Obr. 4 je znázorněna otázka týkající se výskytu lokální infekce u pacienta z důvodu PMK. Tato otázka byla zvolena jako výzkumná otázka. Více se touto problematikou tedy zabývám v diskuzi.



Obrázek 5 Celkové hodnocení všech třech souborů oddělení

Obr. 5 ukazuje celkové hodnocení všech třech oddělení z obou protokolů pozorování. Z grafu je patrné, že nejlepší péče poskytovaná pacientům s močovou inkontinencí je poskytována na oddělení geriatric. Můj výzkumný cíl byl porovnat oddělení, proto se hodnocením této otázky více zabývám v diskuzi.

Diskuze

První výzkumná otázka

Bude provedeno omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky?

Omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky je stejně důležité jako samotná výměna absorpční pomůcky v pravidelných intervalech. Literatura, jež se touto problematikou zabývá, uvádí, že při každé výměně absorpční pomůcky by mělo být provedeno řádné omytí genitálu a hýždí vodou a žínkou, pečlivé osušení a promazání genitálu a hýždí kosmetickými přípravky určenými k ošetření pokožky. Pokud není tenhle výkon pravidelně prováděn, pokožka pacienta je tak neustále drážděna močí. Dochází k narušení ochranného pláště pokožky a ke vzniku kožních problémů. Dermatitidy, dermatomykózy či dekubity.

Z otázky týkající se této problematiky mělo oddělení geriatrickej nejlepší výsledky, o něco horší výsledky mělo oddělení neurologie, interní oddělení mělo výsledky nejhorší. Řádné omytí genitálu a hýždí bylo provedeno pouze ve 3 případech z 15. V dalších případech se jednalo pouze o nedostatečné omytí, nejčastěji sestry k omytí používaly pouze čistící pěnu a buničitou vatu. Ochranné prostředky na ošetření pokožky byly nejvíce používány na oddělení geriatrickej. Nejméně pak na interním oddělení. V jednom případě nebylo omytí provedeno vůbec (Kapounová, 2007).

Dle mého názoru sestry neprovádí omytí genitálu a hýždí z toho důvodu, že si neuvědomují důležitost tohoto výkonu. Dalším důvodem také bude přetíženost zdravotnického personálu, především na odděleních interního typu.

Druhá výzkumná otázka

Bude dodržena optimální doba použití absorpční pomůcky?

Výměna pleny v pravidelných intervalech je prevencí proti vzniku kožních zánětů, plísni a dekubitů. Pacient, který leží i několik hodin v pomočené pleně se však necítí dobře ani po psychické stránce. Optimální doba absorpční pomůcky se liší dle výrobce pleny. Proto je důležité zajistit pacientovi takovou absorpční pomůcku, která mu bude co nejvíce vyhovovat (Kapounová, 2007).

Na všech třech sledovaných odděleních, jsem se nejčastěji setkala s plenami, které by měly být měněné po 4 hodinách. Tato doba ve velké většině případů nebyla dodržována. Nejlepší výsledky z této otázky mělo oddělení geriatrickej. Na geriatrickejm oddělení je plena pravidelně kontrolována a měněna zhruba po 6 hodinách. Oddělení interny a neurologie má

výsledky téměř stejné. Plena je tu sice kontrolována také po 6 hodinách, ovšem není vždy měněna. Na Obr. 2 jsou přesně znázorněné počty známek, které se týkají této otázky.

Domnívám se, že sestry nedodržují optimální dobu absorpční pomůcky ze stejného důvodu, jako jsem uváděla ve výzkumné otázce týkající se omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky. Zaneprázdněnost a přetíženost zdravotnického personálu.

Třetí výzkumná otázka

Bude místo zavedení PMK udržováno v čistotě?

V literatuře je uvedeno, že místo zavedení PMK by mělo být omýváno mýdlem a vodou alespoň 2krát denně. Ráno a večer. Udržování místa zavedení PMK a také samotného PMK v čistotě, je důležité jako prevence před vznikem lokální či celkové infekce. A především jako prevence před vznikem infekce močových cest. Proto je péče o PMK stejně důležitá jako třeba dodržení správného postupu při zavedení PMK (Mikšová a kol., 2006).

Na Obr. 3 jsou znázorněné výsledky této otázky za jednotlivá oddělení. Místo zavedení PMK nebylo u 7 pacientů z 15 zcela v pořádku. Především se jednalo o nedostatečně provedenou hygienu v místě zavedení PMK. Jak je již uvedeno, hygiena místa zavedení PMK by měla být prováděna alespoň 2krát denně. Ve skutečnosti je to ale tak, že hygiena genitálu je prováděna maximálně 1krát denně. Bohužel nebyla ve všech případech ani tak prováděna zcela dostatečně. Nejlépe ohodnoceno bylo oddělení neurologie, kde je u každého pacienta denně prováděna ranní hygiena ve sprše. Oddělení geriatrické mělo podobné výsledky jako interní oddělení.

Čtvrtá výzkumná otázka

Pacient bude bez známek lokální infekce z důvodu PMK? (místo zavedení PMK není zarudlé, bolestivé)

U 7 pacientů se zavedeným PMK byly pozorovány příznaky lokální infekce. Jednalo se především o zarudlé okolí v místě zavedení PMK. Tato otázka je znázorněna na Obr. 4. Na oddělení geriatrické byly příznaky lokální infekce zpozorovány u třech pacientů, na oddělení interny a neurologie u dvou pacientů. Na všech třech odděleních je PMK i sběrný sáček měněn v pravidelných intervalech. PMK a sběrný systém je rozpojován pouze v nejnnutnějších případech. Například při odběrech moči, na geriatrickém oddělení bývá rozpojován i při sprchování pacienta. Při napojení ovšem na žádném oddělení nedezinfikují konce katétru. Tento fakt považuji za důležitý předpoklad vzniku infekce, dalším velkým předpokladem je dle mého názoru také nedostatečně prováděná hygiena. Tento problém je již uveden ve

výzkumné otázce číslo tři. Dalším rizikovým faktorem je podle mne také fakt, že pacienti jsou zacévkováni dlouhou dobu. V literatuře je uvedeno, že katetrizace by měla být provedena pouze v nejnnutnějších případech. Ovšem ve skutečnosti, je zacévkována většina inkontinentních pacientů, kteří by bez problému mohli používat absorpční pomůcky, kterých je v dnešní době na trhu velké množství (Mikšová a kol., 2006).

Pátá výzkumná otázka

Bude oddělení geriatrické mít lepší výsledky než oddělení interní a neurologické?

Ve své poslední výzkumné otázce jsem se zabývala tím, které oddělení, zda geriatrické, interna či neurologie dostane lepší celkovou známku za péči o pacienty s močovou inkontinencí.

Na Obr. 5 jsou graficky znázorněny průměrné hodnoty celkového hodnocení všech třech oddělení. Geriatrické oddělení získalo celkovou průměrnou známku 2,4, což znamená, že mělo lepší výsledky než oddělení interní a neurologické. Interní oddělení získalo průměrnou známku 2,9 a neurologické oddělení průměrnou známku 2,6.

Na geriatrickém oddělení byla velká péče věnována především hydrataci pacientů. Sestry aktivně nabízely tekutiny a zapisovaly množství vypitých tekutin u pacientek s močovou inkontinencí i u pacientek s PMK. Dobře ohodnocená byla také oblast používání ochranných prostředků na pokožku. Nejlepší výsledky získalo geriatrické oddělení také z oblasti Hygienické péče a z oblasti Vyprazdňování.

Interní oddělení získalo v celkovém hodnocení nejhorší průměrnou známku. Nedostatečně byla na interním oddělení hodnocena především péče o pacientky s močovou inkontinencí používajících absorpční pomůcky. Výměna absorpčních pomůcek tu není prováděna v pravidelných intervalech a hygienická péče při výměně pomůcek je také prováděna nedostatečně nebo vůbec. Nejlépe ohodnocenou oblastí byla oblast Péče o PMK. PMK a sběrný sáček byl měněn v pravidelných intervalech, byl rozpojován pouze v nejnnutnějších případech a sběrný systém byl neustále udržován pod úrovní močového měchýře.

Na oddělení neurologie byla nejlépe ohodnocena oblast Hygiena. Místo zavedení PMK tak bylo udržováno v čistotě. Moc dobře nebyla ohodnocena oblast Hydratace, sledování a nabízení tekutin tu bylo prováděno nedostatečně. V celkovém hodnocení neurologické oddělení získalo známku 2,6. O pacientky s močovou inkontinencí tu bylo pečováno pečlivě, avšak péče by mohla být i lepší.

Závěr

V celkovém hodnocení nejlepších výsledků dosáhlo oddělení geriatric, které získalo průměrnou známku 2,4, interní oddělení získalo známku 2,9 a oddělení neurologie známku 2,6. Cíl této práce je ten, že ukazuje, v jakých oblastech souvisejících s péčí o pacienty s močovou inkontinencí dělají zdravotní sestry nejvíce chyb. Toto poznání by mělo vést k zamyšlení, jak tyto chyby eliminovat, aby byla péče co nejkvalitnější.

Z tohoto důvodu byly navrženy plány ošetrovatelské péče. Tyto plány obsahují poznatky, které jsem získala studiem odborné literatury, a které se mi zdají nejpodstatnější pro kvalitní péči o pacienty s močovou inkontinencí.

Mnoho sester pečuje o pacienty s močovou inkontinencí svým naučeným způsobem, o kterém si myslí, že je dostačující. Neměly by se však bránit novým postupům, které jsou užitečné pro jejich praxi i za cenu toho, že by musely změnit svůj zažitý postup. Kvalitní péče je totiž to, co je pro pacienty velmi důležité a pro sestry to, čeho by se měly snažit dosáhnout, aby mohly být se svoji odvedenou prací spokojeny.

Použitá literatura

1. BARDOVÁ, M. Co přináší management inkontinence. *Sestra: Inkontinence*. 2005, roč. 11, č. 7, s. 15. ISSN 1210-0404.
2. BENNET, C. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1714X.
3. BOBÁL, J. Inkontinence a dekubity. [online]. 2012. [cit. 2012-05-14]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/inkontinence-a-dekubity-464801>
4. BODACZOVA, M., HÝZLOVÁ, S. Inkontinence moči. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 78-79. ISSN 1210-0404.
5. BUDAYOUVÁ, K., SOUKUPOVÁ, D. Inkontinence a možnosti její léčby. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
6. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
7. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
8. HALAŠKA, M. *Urogynekologie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
9. HANUŠ, T. *Urologie*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-387-5.
10. HEJZLAROVÁ, L. Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 5, s. 2-13. ISSN 1801-464X.
11. HORČIČKA, L.; KUČERA, Z. Absorpční prostředky a produkty pro péči o pokožku při inkontinenci. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 4, s. 35-36. ISSN 181-464X.
12. HOLIBKOVÁ, A.; LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1480-5.
13. KALVACH, Z. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
15. KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
16. KELNAROVÁ, J.; CAHOVA, M.; KŘEŠŤANOVÁ, I.; KŘIVÁKOVÁ, M.; KOVÁŘOVÁ, Z. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty- 1. Ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247- 2830-8.

17. KLEVETOVÁ, D; ČERVINKOVÁ, E. Vyprazdňování močového měchýře je jednou ze základních lidských potřeb. *Sestra: Inkontinence*. 2008, roč. 18, č. 6, s. 6- 8. ISSN 1210-0404.
18. KLEVETOVÁ, D; ČERVINKOVÁ, E. Ošetrovatelské přístupy k poruchám močení u osob vyššího věku. [online]. 2009. [cit. 2013-01-12]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelske-pristupy-k-porucham-moceni-u-osob-vyssiho-veku-416103>
19. KRHUT, J. Inkontinence moči v geriatrici. [online]. 2005. [cit. 2012-11-25]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkontinence-moci-v-geriatrici-169472>
20. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
21. KRŽIŽOVÁ, S. Inkontinence by neměla být tabu. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 3, s. 42. ISSN 1210-0404.
22. KUSÁ, D.; ŠIMOŇÁKOVÁ, H. Péče o inkontinentní klienty v domě pro seniory. *Sestra: Inkontinence*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 13-14. ISSN 1210-0404.
23. KUČERA, Z. Výskyt inkontinence v české republice. [online]. 2009. [cit. 2012-12-19]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyskyt-inkontinence-v-ceske-populaci-448636>
24. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
25. LOHARUKA, S., BARRETT, J. Inkontinence a pády u starých lidí: existuje zde spojitost? *Florence*. 2007, roč. 3, č. 12, s. 503. ISSN 1801-464X.
26. MACEK, P.; HANUŠ, T.; HERLE, P. *Urologie pro všeobecné lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011. ISBN 978-80-86307-85-5.
27. MAĎAR, R; PODSTATOVÁ, R; ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1673-9.
28. MARADA, T. Inkontinence- nepříjemný problém. *Sestra: Inkontinence*. 2008, roč. 18, č. 6, s. 9. ISSN 1210-0404.
29. MARTAN, A. Dnešní možnosti léčby ženské močové inkontinence. *Lékařské listy: Gynekologie a porodnictví*. 2010, roč. 57, č. 17, s. 12-14. ISSN 0044-1996.
30. MARTAN, A. Inkontinence moči u žen. *Medicína po promoci*. 2007, roč. 7, č. 2, s. 67-75. ISSN 1212-9445.
31. MARTAN, A. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.

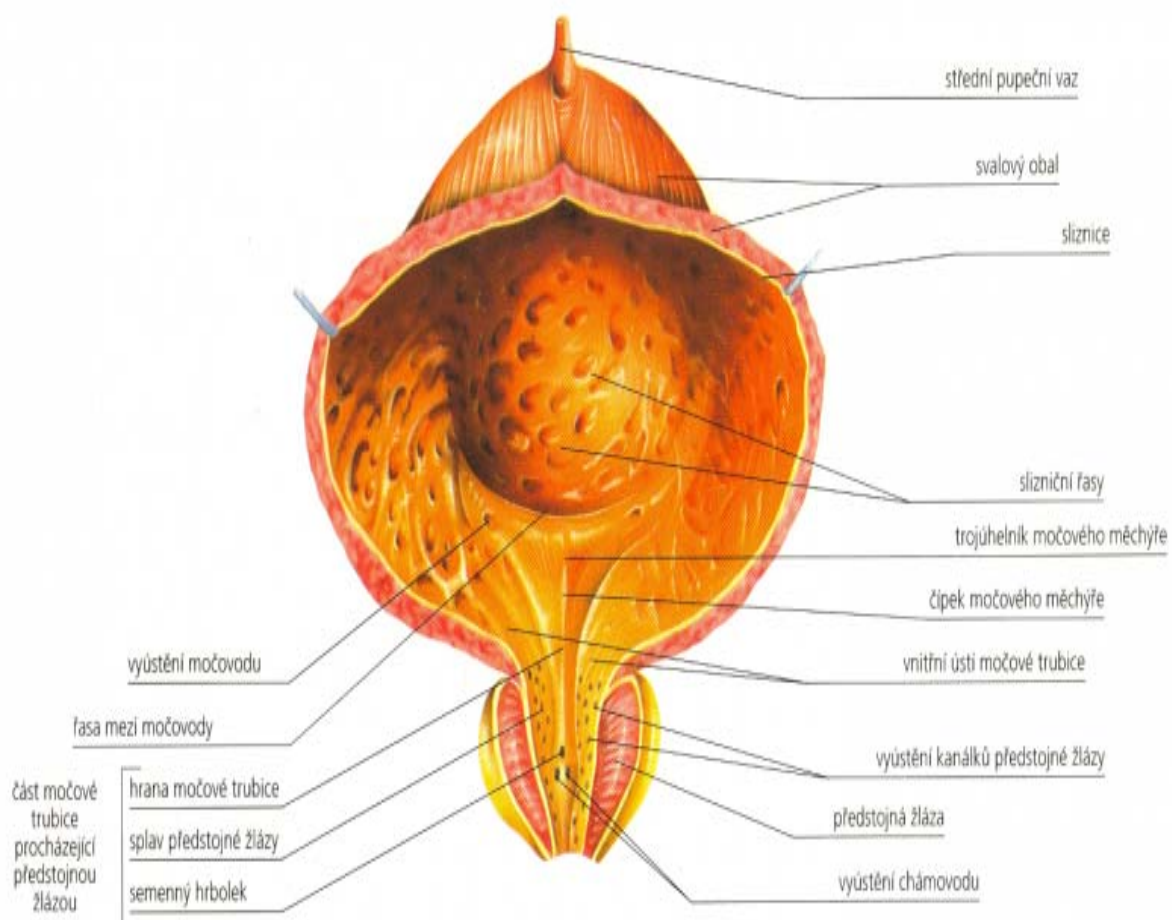
32. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
33. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
34. MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
35. POLEDNÍKOVÁ, L., SCHMIDTOVÁ, Z., SLAMKOVÁ, A. Ošetrovatelský proces u seniorů s močovou inkontinencí. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 40-41. ISSN 1210-0404.
36. ROKYTA, R; MAREŠOVÁ, D; TURKOVÁ, Z. *Somatologie*. Praha: Wolters Kluwer, 2009. ISBN 978- 80- 7357- 454-3.
37. ROMANČÍK, M. *Inkontinencia moči u žien- jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. Bratislava: Herba, 2009. ISBN 978-80-89171-61-3.
38. ROVNÝ, A. Dlouhodobé derivace moči- principy provedení. *Urologie pro praxi*. 2003, roč. 6, č. 2, s. 69-73. ISSN 1803-5299.
39. RYBÁROVÁ, L. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
40. SCHMIDTOVÁ, Z., LIŠKOVÁ, M. Péče o pacienta s permanentním (retenčním) katétrem. [online]. 2005. [cit. 2012-11-15]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-permanentnim-retencnim-katetrem-298722>
41. SCHULER, M; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978- 80- 247- 3013-4.
42. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
43. SOCHOROVÁ, N; VRÁNOVÁ, V. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 8, č. 9, s. 263-265. ISSN 1803-5299.
44. STANĚK, R. Léčba močové inkontinence. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
45. ŠIMŮNKOVÁ, M. Inkontinence- poslední tabu? *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 20, s. 16-18. ISSN 0044-1996.
46. ŠÚRYOVÁ, T. Starostlivosť o pacienta s inkontinenciou. [online]. 2011. [cit. 2011-01-22]. Dostupné také z WWW: <http://zdravienonstop.sk/inkontinencia/starostlivost-o-pacienta-sinkontinenciou1-cast>
47. TESAŘ, V.; SCHUCK, O. *Klinická neurologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0503-6.

48. TKÁČOVÁ, L. Močová inkontinence- teorie a praxe. [online]. 2012. [cit. 2012-5-14]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mocova-inkontinence-teorie-a-praxe-464797>
49. TOPINKOVÁ, E. Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence. [online]. 2002. [cit. 2002-04-05]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/socialni-a-ekonomicke-dopady-mocove-inkontinence-143923>
50. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
51. TOPINKOVÁ, E. Jak se projevuje stárnutí močového systému? *Sestra: Inkontinence*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
52. TOPINKOVÁ, E. Kvalita života u inkontinentních seniorů. *Sestra: Inkontinence*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 14. ISSN 1210-0404.
53. TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-051-5.
54. VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P.; WIRTHOVÁ, V.; HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
55. ZMRHAL, J., ZMRHALOVA, B., ZÁHUMENSKÝ, J. Inkontinence u žen nejen ve vyšším věku. *Postgraduální medicína: Geriatric*. 2008, roč. 10, č. 7, s. 753-759. ISSN 1212-4184.

Seznam příloh

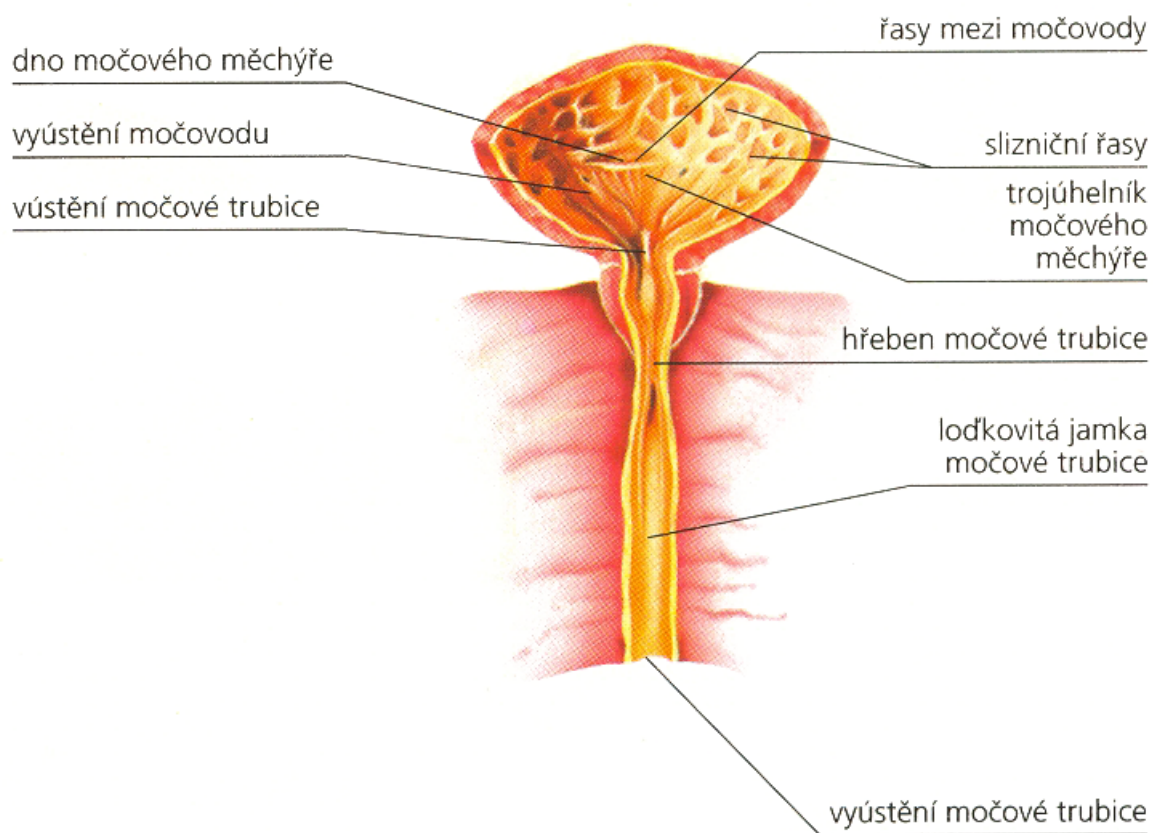
PŘÍLOHA A: Močový měchýř.....	54
PŘÍLOHA B: Močová trubice ženy.....	55
PŘÍLOHA C: Močová trubice muže	56
PŘÍLOHA D: Mikční deník.....	57
PŘÍLOHA E: Protokol pozorování u pacienta s močovou inkontinencí užívajícího absorpční pomůcky	58
PŘÍLOHA F: Protokol pozorování u pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétrem	59
PŘÍLOHA G: Ošetřovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí užívajícího absorpční pomůcky	60
PŘÍLOHA H: Ošetřovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétrem.....	61

PŘÍLOHA A: Močový měchýř



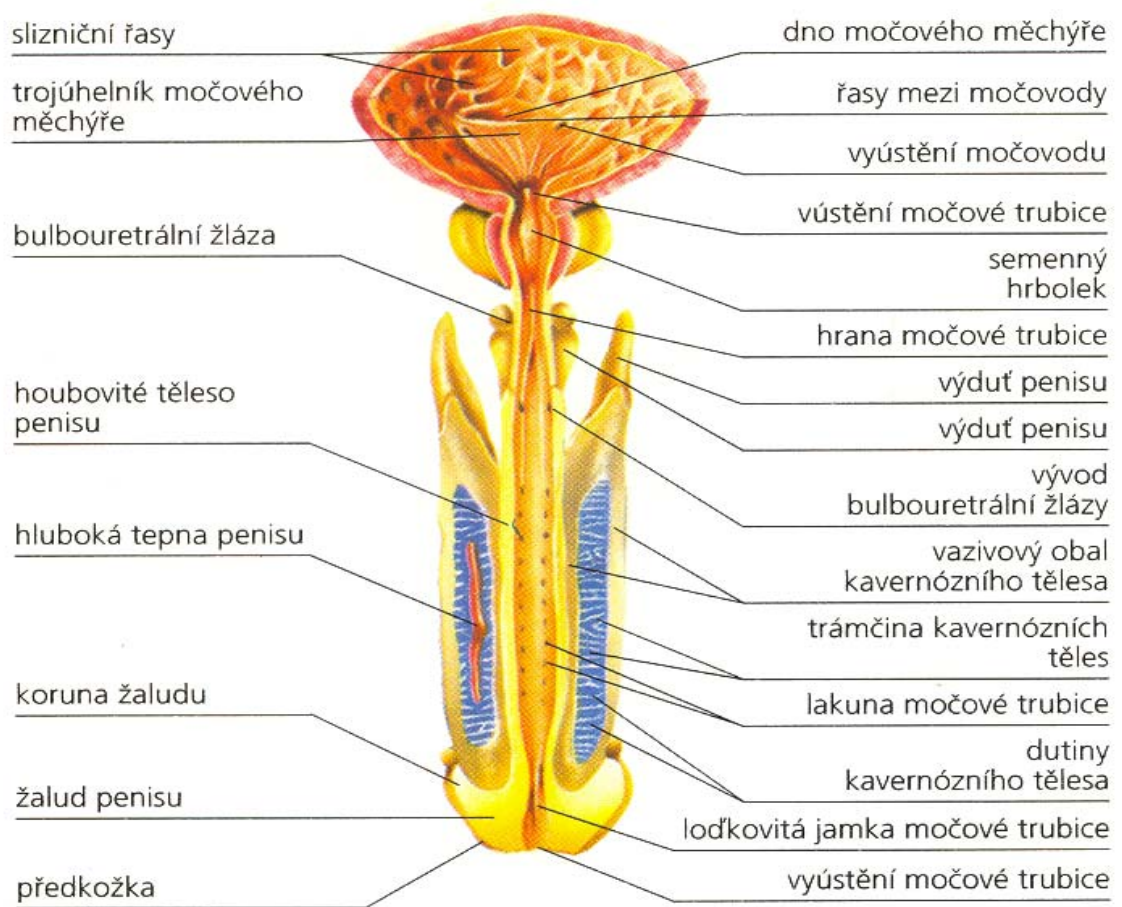
Zdroj: Atlas anatomie [Svojtka & Vašut, Praha, 1996] [ISBN 80-7180-092-9]

PŘÍLOHA B: Močová trubice ženy



Zdroj: Atlas anatomie [Svojtka & Vašut, Praha, 1996] [ISBN 80-7180-092-9]

PŘÍLOHA C: Močová trubice muže



Zdroj: Atlas anatomie [Svojtka & Vašut, Praha, 1996] [ISBN 80-7180-092-9]

PŘÍLOHA D: Mikční deník

strana 2/3

3denní cyklus I od do (1. den)

Současná léčba:

	čas	močení	únik moči	Urgence- stupeň		čas	močení	únik moči	Urgence- stupeň
1				0 1 2 3 4	1				0 1 2 3 4
2				0 1 2 3 4	2				0 1 2 3 4
3				0 1 2 3 4	3				0 1 2 3 4
4				0 1 2 3 4	4				0 1 2 3 4
5				0 1 2 3 4	5				0 1 2 3 4
6				0 1 2 3 4	6				0 1 2 3 4
7				0 1 2 3 4	7				0 1 2 3 4
8				0 1 2 3 4	8				0 1 2 3 4
9				0 1 2 3 4	9				0 1 2 3 4
10				0 1 2 3 4	10				0 1 2 3 4
11				0 1 2 3 4	11				0 1 2 3 4
12				0 1 2 3 4	12				0 1 2 3 4

Zdroj: <http://www.hyperaktivni-mechyr.cz/text.php?id=6>

PŘÍLOHA E: Protokol pozorování u pacienta s močovou inkontinencí užívajícího absorpční pomůcky

Oblasti pozorování u pacienta s močovou inkontinencí užívajícího absorpční pomůcky	Hodnocení				
	Souhlasím	Spíše souhlasím	Částečně souhlasím i nesouhlasím	Spíše Nesouhlasím	Nesouhlasím
Hygiena					
1. Je provedena celková hygienická péče alespoň 1x za den?	0/0/5	4/3/0	1/1/0	0/1/0	0/0/0
2. Jsou použity ochranné prostředky na ošetření pokožky alespoň 1x za den?	5/3/2	0/0/3	0/0/0	0/1/0	0/1/0
3. Je provedeno omytí genitálu a hýždí při výměně absorpční pomůcky?	1/1/1	2/0/1	2/0/2	0/3/1	0/1/0
4. Jsou použity kosmetické prostředky na ošetření pokožky při výměně absorpční pomůcky?	2/1/1	3/0/2	0/3/1	0/0/1	0/1/0
Vyprazdňování					
5. Jaké absorpční pomůcky pacient používá?					
Natahovací kalhotky	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
Pleny	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0
Jednorázové podložky	5/2/3	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/3/2
6. Je zajištěno signalizační zařízení na dosah pacienta?	2/1/0	3/0/5	0/4/0	0/0/0	0/0/0
7. Pobízejí sestry pacienta každé 2 hodiny, aby se vymočil?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
8. Postupně nacvičují sestry prodlužování intervalů mezi močením?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
9. Dodržují sestry optimální dobu použití absorpční pomůcky?	1/0/0	4/0/0	0/5/5	0/0/0	0/0/0
Hydratace					
10. Je veden mikční deník?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
11. Je kontrolován příjem tekutin?	5/4/3	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/1/2
12. Regulují sestry příjem tekutin dle pravidelného rozvrhu?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
Sledování komplikací					
13. Pacient nemá opruzeniny?	3/2/1	0/0/0	0/0/0	0/0/0	2/3/4
14. Pacient nemá zarudlou pokožku na sakru?	2/2/2	0/0/0	0/0/0	0/0/0	3/3/3
15. Pacient nemá dekubitus z důvodu inkontinence?	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0

PŘÍLOHA F: Protokol pozorování u pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre

Oblasti pozorování u pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre	Hodnocení				
	Souhlasím	Spíše souhlasím	Částečně souhlasím i nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Hygiena					
1. Místo zavedení PMK je udržováno v čistotě?	3/2/3	0/0/1	0/1/1	0/1/0	2/1/0
2. Denně je omýváno okolí katétru vodou a mýdlem?	3/2/5	2/0/0	0/1/0	0/0/0	0/2/0
3. Katétr je udržován v čistotě? (není znečištěn od stolice atd.)	3/2/2	0/1/1	1/1/2	0/1/0	1/0/0
Výživa					
4. Příjem tekutin u pacienta je minimálně 2 litry denně, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí?	3/2/3	0/0/0	0/0/0	0/0/0	2/3/2
5. Je vedena bilance tekutin?	5/2/2	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/3/3
6. Je podávána strava, která snižuje pH moči?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
Ošetřování PMK					
7. Sběrný sáček je pod úrovní močového měchýře?	3/3/3	2/1/1	0/1/1	0/0/0	0/0/0
8. Sběrný sáček je měněn dle pravidelného rozvrhu?	2/3/2	3/2/2	0/0/1	0/0/0	0/0/0
9. Sběrný systém je dobře těsnící?	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0
10. Sběrný systém je rozpojován na dobu nezbytně nutnou?	0/5/5	0/0/0	5/0/0	0/0/0	0/0/0
11. Dezinfikují sestry při napojení cévky na sběrný sáček oba konce?	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	5/5/5
12. PMK je měněn dle pravidelného rozvrhu?	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0
13. PMK je průchodný?	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0
Sledování komplikací					
14. Pacient je bez známek celkové infekce?	5/5/5	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0
15. Pacient je bez známek lokální infekce? (místo zavedení PMK není zarudlé)	2/3/3	0/0/0	0/0/0	0/0/0	3/2/2
16. V místě PMK nedochází k tvorbě dekubitů?	5/3/4	0/0/0	0/0/0	0/0/0	0/2/1

PŘÍLOHA G: Ošetrovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí
užívajícího absorpční pomůcky

Ošetrovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí užívajícího absorpční pomůcky									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Jméno pacienta:</td> <td style="width: 33%;">Razítko oddělení:</td> <td style="width: 33%;">Číslo chorobopisu:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Důvod hospitalizace:</td> </tr> </table>		Jméno pacienta:	Razítko oddělení:	Číslo chorobopisu:			Důvod hospitalizace:		
Jméno pacienta:	Razítko oddělení:	Číslo chorobopisu:							
		Důvod hospitalizace:							
Datum:									
Absorpční pomůcky	<input type="checkbox"/> Pleny <input type="checkbox"/> Natahovací kalhotky <input type="checkbox"/> Jednorázové podložky <input type="checkbox"/> Vložné pleny <input type="checkbox"/> Vložky								
Hygiena:	<input type="checkbox"/> Celková hygienická péče <input type="checkbox"/> V lůžku <input type="checkbox"/> Ve sprše <input type="checkbox"/> Použití ochranných prostředků na ošetření pokožky <input type="checkbox"/> Ráno <input type="checkbox"/> Odpoledne <input type="checkbox"/> Večer								
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/> Kontrola močení á 2 hodiny <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Výměna absorpční pomůcky á 4 hodiny <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%;">Hodina</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	Hodina							
Hodina									
Hydratace	<input type="checkbox"/> Mikční deník <input type="checkbox"/> Kontrola příjmu tekutin á 2 hodiny <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Regulace příjmu tekutin <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Příjem tekutin za 24 hodin.....ml								
Opruzeniny z důvodu močové inkontinence	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Místo <input type="checkbox"/> Terapie <input type="checkbox"/> Ne								
Poznámky:									

PŘÍLOHA H: Ošetrovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre

Ošetrovatelský plán – péče o pacienta s močovou inkontinencí s permanentním močovým katétre		
Jméno pacienta:	Razítko oddělení:	Číslo chorobopisu:
	Důvod hospitalizace:	
Datum zavedení PMK:		Den zavedení PMK:
Hygiena:	<input type="checkbox"/> Celková hygienická péče <input type="checkbox"/> V lůžku <input type="checkbox"/> Ve sprše <input type="checkbox"/> Omytí okolí katétru <input type="checkbox"/> Ráno <input type="checkbox"/> Večer	
Hydratace	<input type="checkbox"/> Příjem tekutin za 24 hodinml	
PMK	<input type="checkbox"/> Sběrný sáček je pod úrovní močového měchýře <input type="checkbox"/> Výměna sběrného sáčku Datum..... <input type="checkbox"/> Sběrný systém je dobře těsnící <input type="checkbox"/> PMK je průchodný	
Příznaky celkové infekce	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Zvýšená teplota <input type="checkbox"/> Bolest v místě zavedení PMK <input type="checkbox"/> Zarudlé místo v okolí PMK <input type="checkbox"/> Ne	
Příznaky lokální infekce	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Zarudlé místo PMK <input type="checkbox"/> Bolest v místě zavedení PMK <input type="checkbox"/> Ne	
Poznámky:		