



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče u žen s recidivujícím zánětem močového měchýře

Vypracoval: Lucie Millerová

Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová, MBA

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce byla vypracována na téma Ošetrovatelská péče u žen s recidivujícím zánětem močového měchýře. Je to velmi aktuální a diskutované téma, protože zánětem močového měchýře se alespoň jedenkrát za život setkala každá žena. V případě prodělané infekce močového měchýře hrozí velké riziko recidiv. Infekce močového měchýře patří spolu s respiračními záněty mezi nejčastější infekce vůbec.

Velké procento žen trpí záněty močového měchýře opakovaně a objevuje se u nich až několik atak ročně. Ošetrovatelská péče, informovanost a edukace je nedílnou součástí při kontaktu se ženou přicházející do ambulance s infekcí močového měchýře. Důležité je předání informací a kladení důrazu na dodržování preventivních zásad, které mají nezastupitelné místo v předcházení vzniku recidiv.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá charakteristikou zánětu močového měchýře. Podrobněji je rozepsána kapitola preventivní opatření, kde jsou detailněji popsány preventivní postupy v předcházení vzniku recidivujících zánětů močového měchýře. Je zde popsána ošetrovatelská péče o ženy se zánětem močového měchýře a uvedeno i několik ošetrovatelských diagnóz, které se mohou u žen vyskytovat.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacientky spokojeny s informacemi o svém onemocnění a druhým cílem, zda onemocnění omezuje pacientky ve společenském životě.

Bylo stanoveno pět hypotéz. První hypotéza - opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v pracovním procesu. Druhá hypotéza - opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v jejich sexuálním životě. Třetí hypotéza - opakované recidivy zánětu močového měchýře vyřazují ženy ze společenského života. Čtvrtá hypotéza - informovanost pacientek v této oblasti je nedostačující. Pátá hypotéza - ženy s recidivujícím zánětem močového měchýře nedodržují režimová opatření. K ověření hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření.

Výsledky šetření nám potvrdily první hypotézu, kdy v pracovní neschopnosti z důvodu zánětu močového měchýře muselo být až 80 % žen. Druhá hypotéza byla také potvrzena - 83 žen uvedlo omezení v jejich sexuálním životě. Třetí hypotéza, skutečnost, že se ženy cítí být omezeny ve společenském životě, byla nepotvrzena. Potvrdila se nám hypotéza číslo čtyři: informovanost pacientek v této oblasti je nedostačující. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina dotazovaných respondentek je nedostatečně informována o svém onemocnění. Pátá hypotéza se potvrdila, přičemž z výzkumného šetření vyplývá, že více než polovina dotazovaných respondentek dodržuje pouze některá preventivní opatření.

K výzkumnému šetření byla využita kvantitativní metoda sběru dat za pomoci nestandardizovaného anonymního dotazníku pro ženy postižené recidivujícím zánětem močového měchýře. Dotazníky byly určeny ženám navštěvující urologické a gynekologické ambulance ve Fakultní nemocnici Plzeň a v Nemocnici České Budějovice a.s.. Výzkumné šetření bylo provedeno v lednu 2014 až březnu 2014. Ženám bylo rozdáno 150 dotazníků, ke konečnému zpracování bylo použito 120 dotazníků z důvodu vyřazení neúplných nebo zcela prázdných dotazníků. Dotazník obsahoval 25 otázek - 1 otevřená otázka, 4 polouzavřené otázky a 20 uzavřených otázek. Výsledky z výzkumného šetření byly zpracovány do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Excel. V diskuzi jsou výsledky výzkumného šetření porovnávány s odbornou literaturou.

Práce by měla sloužit k seznámení se s infekcí močového měchýře, následnému dodržování preventivních postupů a vyvarování se případných chyb a omylů v ošetrovatelské péči. Závěrečným výstupem této práce je informační brožura pro ženy trpící recidivujícím zánětem močového měchýře.

Klíčová slova: Infekce močového měchýře, ošetrovatelská péče, prevence, informovanost.

Abstract

The bachelor thesis was elaborated on the theme Nursing care at women with relapsing inflammation of the urinary bladder. It is a very current and discussed topic because every woman encountered the inflammation of the urinary bladder at least once in her life. In case of undergoing the infection of the urinary bladder there is a very high risk of relapses. Together with respiratory inflammations the infection of the urinary bladder belong to the most common infections in general.

A large percentage of women suffer from inflammations of the urinary bladder repeatedly and they have even several attacks per year. Nursing care, awareness and education are the integral part while contact with a woman coming to the ambulatory surgery with the infection of the urinary bladder. It is very important to give information and put emphasis on compliance with preventive principles which have an irreplaceable place in preventing relapses.

The bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and empirical part. The theoretical part deals with characteristic of the inflammation of the urinary bladder. There is elaborated in detail a chapter preventive measures where are described in depth preventive procedures of prevention of the relapsing inflammations of the urinary bladder. There is described nursing care for women with the inflammation of the urinary bladder and there are presented several nursing diagnoses which can occur at women.

In the bachelor thesis two aims were set. The first aim was to determine if patients are satisfied with information on their disease and the second aim if the disease restricts patients in social life.

Five hypotheses were set. First hypothesis - repeated relapses of the inflammation of the urinary bladder restrict women in work process. Second hypothesis - repeated relapses of the inflammation of the urinary bladder restrict women in their sexual life. Third hypothesis - repeated relapses of the inflammation of the urinary bladder eliminate women from social life. Fourth hypothesis – awareness of patients in this area is not sufficient. Fifth hypothesis – women with relapsing inflammation of the

urinary bladder do not respect regime measures. To verify hypotheses a quantitative research inquiry was used.

Results of the inquiry confirmed the first hypothesis when almost 80% of women have to be unable to work. The second hypothesis was also confirmed - 69% of women mentioned a limitation in their sexual life. The third hypothesis, the fact that women feel to be restricted in social life was also confirmed. The hypothesis number four was confirmed too: awareness of patients in this area is not sufficient. From the research inquiry arises that almost a half of patients respects only some preventive measures.

For the research inquiry there was used a quantitative method of data collection by means of non-standardized anonymous questionnaire for women affected by relapsing inflammation of the urinary bladder. Questionnaires were designated for women attending urological and gynaecological ambulatory surgery in the University Hospital Plzeň and in the České Budějovice Hospital. Research inquiry was realised from January 2014 to March 2014. There were distributed 150 questionnaires and 120 questionnaires were used for final processing because of elimination of incomplete or completely empty questionnaires. The questionnaire contained 25 questions – one open question, 4 semi-open questions and 20 closed questions. Results from the research inquiry were processed into charts by means of computer programme Microsoft Excel.

In the discussion the results of the research inquiry are compared with special literature.

The thesis should serve to familiarize with infection of the urinary bladder, subsequent respecting of preventive procedures and avoiding potential faults and mistakes in nursing care. The final output of the thesis is an information booklet for women suffering from relapsing inflammation of the urinary bladder.

Key words: Infection of the urinary bladder, Nursing care, Prevention, Awareness

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

(Lucie Millerová)

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Monice Kyselové, MBA za odborné vedení, její cenné rady a připomínky během zpracování mé bakalářské práce, za laskavý přístup a za její trpělivost. Také bych chtěla poděkovat mým blízkým za podporu a trpělivost, která mi pomáhala při studiu a psaní bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Anatomie močových cest	11
1.1.1 Mikce.....	12
1.1.2 Fyziologie vylučování	12
1.2 Infekce močového měchýře	13
1.2.1 Incidence.....	13
1.2.2 Příčiny.....	14
1.2.3 Příznaky.....	15
1.2.4 Diagnostika.....	16
1.2.4.1 Anamnéza	16
1.2.4.2 Fyzikální vyšetření.....	18
1.2.4.3 Laboratorní vyšetření	18
1.2.4.4 Zobrazovací metody	19
1.2.5 Léčba	20
1.2.5.1 Preventivní opatření	21
1.2.5.2 Výživa.....	23
1.3 Ošetrovatelská péče.....	24
1.3.1 Ošetrovatelství.....	24
1.3.2 Ošetrovatelský proces.....	24
1.3.3 Ošetrovatelské péče o ženy se zánětem močového měchýře	26
1.3.4 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u klientů se zánětem močového měchýře.	28

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Hypotézy práce.....	29
3 METODIKA	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	31
4 VÝSLEDKY	32
4.1 Výsledky kvantitativního šetření u pacientů	32
5 Diskuze	45
6 Závěr	50
7 Seznam literárních zdrojů	51
8 Přílohy.....	54

Úvod

Jedno staré přísloví říká, že zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme. Mnoho lidí si svého zdraví neváží, je pro ně řada věcí přednějších. Většina mladých lidí nechápe, proč jim někdo přeje zdraví a bere tuto frázi jen jako nutnost. Až později pochopí, jak je zdraví důležité.

V dnešní době se často hovoří o závažných nemocech, jako je virus HIV, rakovina a další onemocnění. Existuje ale mnoho jiných onemocnění, která sice při vyslovení jejich názvu nebudí hrůzu, ale trpí jimi velký počet lidí a jejich průběh může být hodně nepříjemný. K takovým onemocněním patří i zánět močového měchýře. Trpí jím především ženy, a to až padesátkrát častěji než muži. Až třicet procent žen prodělalo zánět močového měchýře mezi dvacátým a čtyřicátým rokem života. Nejčastěji je toto onemocnění způsobeno bakterií E.coli, a to až v osmdesáti procentech případů. Velké procento pacientek, až padesát procent, má alespoň jednu recidivu v období jednoho roku, a až pět procent žen trpí infekcí dlouhodobě. Rizikovými faktory onemocnění je například menopauza, vysoká frekvence pohlavního styku, používání spermicidních krémů nebo nedostatečná hygiena.

Já sama trpím již od dětství chronickým zánětem močového měchýře a především z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit se ve své práci na toto onemocnění. Zním velice dobře bolesti doprovázející tuto nemoc. V mém okolí nejsem jediná žena, která zánětem močového měchýře často trpí, naopak, tento zánět postihuje stále více žen.

Cílem mé práce je zmapovat, do jaké míry jsou ženy o tomto onemocnění informovány a do jaké míry je jejich nemoc omezuje v běžném životě. Ve výzkumném šetření jsem se zaměřila především na to, jaké informace o tomto onemocnění ženy mají, a na to, jak jim nemoc ovlivňuje život v pracovní sféře, ve společenském životě nebo v oblasti sexu. Má práce by měla být přínosem především pro ženy, které trpí tímto onemocněním nebo je jím postižen někdo z jejich okolí. Ráda bych, aby jim tento materiál dokázal zodpovědět alespoň některé otázky, které je trápí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie močových cest

Ledviny jsou párovým orgánem uloženým symetricky po stranách bederní páteře v retroperitoneu. Vzhled ledviny připomíná fazolovitý tvar. Ledviny jsou uloženy v tukovém pouzdře, které má ochrannou funkci. Stavbu ledviny rozdělujeme do dvou částí, na dřev a kůru. Na dřevu nacházíme útvary jehlanů-pyramid, které svými vrcholy nazývanými papily směřují do hilu ledviny (1). Pomocí malých otvorů na papilách vystupují sběrací kanálky. Množství papil se pohybuje okolo 5-14. Základní funkční a anatomickou jednotkou je nefron nacházející se v kůře ledviny. Je tvořen Bowmanovým váčkem, který je obklopen kloubkem kapilár zvaným glomerulus. Toto vše vytváří Malpighiho tělíčko, ve kterém se uskutečňuje filtrace krevní plazmy, a je zde tvořena primární moč o objemu 180 litrů. Ledvinový kanálek, který vychází z Bowmanova váčku, má tři části nazývané proximální tubulus, Henleova klička a distální tubulus. Vytváří se zde definitivní moč z důvodu zpětné resorpce vody. Distální tubulus ústí do sběracího kanálku, pokračuje odvodnými kanálky, které vystupují na ledvinových papilách. Papily jsou obklopeny ledvinovými kalichy, které se posléze spojují do ledvinové pánvičky moči, z nich vycházejí močovody (2).

Močovody jsou trubice dlouhé okolo 30 cm, které sestupují z ledvinových kalichů a vyúsťují do močového měchýře. Mají po své délce tři fyziologická zúžení a jsou tvořeny z hladké svaloviny, která má za úkol zabránit zpětnému toku moče z močového měchýře (1).

Močový měchýř je dutý orgán, který slouží jako rezervoár moči. Nachází se v pánvi za symfýzou. Tvar močového měchýře se mění na základě jeho naplnění. Nenaplněný močový měchýř má tvar misky a při jeho postupné naplnění se mění do oválného a později do kulovitého tvaru. Při postupné naplnění měchýře rozeznáváme dno, kde ústí močová trubice, vrcholy, kam vyúsťují močovody, a tělo močového měchýře (2). Zpětnému toku moče do močovodů zabraňuje cirkulární svalovina v oblasti konečných částí močovodů. Prostřednictvím aktivního pohybu močovodů je

močový měchýř naplňován po malých dávkách. Při naplnění 200-300 ml moče se objevuje pocit nutnosti močení a dochází k vyprázdnění (3).

Močová trubice je dlouhá okolo 4 cm u žen a 20 cm u mužů, slouží k odvodu moči ven z těla. Krátká močová trubice u žen je prospěšná obzvláště při cévkování močového měchýře, ale oproti tomu je zde vyšší riziko přenosu infekce nežli u mužů. Na močové trubici se nachází zevní a vnitřní svěrač (1).

1.1.1 Mikce

Při vyprazdňování močového měchýře dochází k ději, na kterém se podílejí skupiny svalů a nervů. Při náplni močového měchýře se stěna dilatuje a irituje nervová zakončení a tím je podmíněn začátek mikce. Prvořadá pro vymočení je retrakce svalové stěny močového měchýře a relaxace zevního svěrače, který se nalézá v části močové trubice, kde prochází dnem pánevním (3). Zevní svěrač je tvořen příčně pruhovaným svalstvem ovládaným naší vůlí. V dětském věku se začne dítě učit ovládnutí zevního svěrače vůlí a následně kontrolovat močení. Naproti tomu vnitřní svěrač při močení zčásti pasivní je z hladké svaloviny ovládan sympatikem, tudíž je naší vůlí neovlivnitelný (4).

1.1.2 Fyziologie vylučování

Definitivní moč přitéká sběracími kanálky do ledvinové pánvičky, která je složená z ledvinových kalichů. Pomocí močovodů, které navazují na ledvinové kalichy, je moč odváděna do močového měchýře a dále je močovou trubicí vyloučena. Pohyb moče z ledvinové pánvičky a dále z močovodů je zapříčiněn hladkým svalstvem v uvedených cestách. Pomocí aktivního pohybu je po malých dávkách moč vypuzována do močového měchýře. Močový měchýř slouží jako rezervoár moče, který je schopen obsáhnout okolo 200-300 ml. Při objemu 200-300 ml moče se intravezikální tlak nemění, ale při nárůstu objemu moče se tlak zřetelně zvýší a nastávají stahy svaloviny močového měchýře. Následně se objevuje nucení na močení. Uvedené hodnoty se u každého člověka mohou mírně lišit (4).

1.2 Infekce močového měchýře

Jde o zánětlivé onemocnění močového měchýře, nebo z latiny užívaný název cystitida. Příčin cystitidy může být několik, ale příznaky tohoto onemocnění jsou vždy stejné. Z klinického hlediska je cystitida syndrom příznaků, které jsou dysurie, polakisurie, urgence a suprapubická bolest. Onemocnění probíhá samostatně, nebo je součástí zánětu jiného orgánu například prostaty. Podle příčiny rozdělujeme cystitidy na bakteriální a nebakteriální (5). Dále můžeme rozdělit cystitidy na nekomplikované a komplikované. Cystitid nekomplikovaných je mnohem více, znamená to, že jsou přítomné u jinak zdravých žen bez anatomických či funkčních změn. Komplikované cystitidy vznikají u žen s onemocněním diabetes mellitus, renální insuficiencí, s funkční nebo anatomickou poruchou a u pacientek provádějící intermitentní katetrizaci (6).

Recidivující cystitida je opakující se zánět močového měchýře, který se vyskytuje minimálně 2x v průběhu šesti měsíců, nebo 3x v průběhu jednoho roku. Vzniká nejčastěji z důvodu nedolčených akutních zánětů močového měchýře. Nepříjemné příznaky recidivující cystitidy, které jsou podobné jako u akutní cystitidy, nejen snižují kvalitu života pacientek, ale mohou také vést k vyřazení z pracovního procesu. Projevy jsou strangurie, dysurie, hematurie, suprapubická bolest. Převážné množství až 84% je reinfekce recidivujících infekcí močového měchýře. Znamená to, že infekce je vyvolána jiným bakteriálním agens. Oproti tomu relaps recidivujících infekcí močového měchýře je vyvolán totožným bakteriálním agens jako při prvotní infekci. S největší pravděpodobností se bakteriální kmeny shromažďují v poševním a střevním rezervoáru. Bakteriální kmeny mohou i po delší době po léčení opět osidlovat oblast peritonea a posléze dojde k přenesení bakteriálního agens ascendentní cestou. Léčba recidivující cystitidy je časově náročnější, protože reaguje na léčbu mnohem hůře (17).

1.2.1 Incidence

S akutní cystitidou se v nemocniční praxi setkáváme velice často. V ženské populaci je onemocnění zcela běžné, není výjimkou výskyt u jinak zdravých žen nebo u dětí, jež postihuje onemocnění již v útlém věku. Je zajímavé, že v dětském věku se akutní

cystitida vyskytuje nejčastěji u chlapců, ale pouze do věku dospívání. V dospívání a v mladém věku trpí akutní cystitidou především ženy, což souvisí se zahájením aktivního sexuálního života. Až 50% žen uvádí v průběhu života výskyt akutní cystitidy. Z toho 10-20% žen uvádějí recidivující cystitidu (6).

V urogynekologické praxi jde o nejčastější stanovené onemocnění. Má proto významný podíl na vyskytující morbiditu a v nepodstatné řadě také na finanční náročnost léčby (7).

1.2.2 Příčiny

Nejčastějšími původci, kteří se podílejí na vzniku infekcí močového měchýře, je z 80 % bakterie *Escherichie coli*. Méně častým agens je *Proteus mirabilis* ve výskytu 3-4 % v ženské populaci. Dále se vyskytují bakterie *Staphylococcus saprophyticus* a méně častým patogenem ke vzniku cystitid je *Enterococcus faecalis* a *Enterobacteriaceae*. V případě nebakteriální etiologie hovoříme o intersticiální cystitidě, kdy je příčina vzniku nejasná (6).

Nebakteriální cystitida vzniká na podkladě radioterapie nebo podráždění látkami, které jsou obsaženy v moči. Bakteriální cystitida vzniká proniknutím bakterií vzestupnou cestou z míst zevního genitálu do močové trubice a dále do močového měchýře. Jde nejčastěji o onemocnění postihující především sexuálně aktivní ženy (5).

Neobvyklý celek tvoří asymptomatická bakteriurie, kdy u zdravých žen je zjištěn výskyt choroboplodných zárodků. U žen sexuálně aktivně činných je nejčastěji přítomen patogen *Chlamydia sp.*, *Ureaplasma sp.* nebo *Mycoplasma sp.* (8).

Až v 95% vzniká akutní cystitida proniknutím infekce ascendentní cestou, tzn. přestup bakterie z rekta přes perineum a následné proniknutí bakterie do močového měchýře. Nejen z anorekta, ale i z vulvovaginální oblasti vstupují infekty do močové trubice. U žen je rizikovým faktorem krátká močová trubice a v těsné blízkosti se nacházející rektální oblast. Postup hygieny v oblasti zevního genitálu nebo linie otírání při močení nemají pro vznik infekce žádnou roli (4).

Přechod patogenů usnadňují některé faktory. Nejvýznamnějším faktorem je pohlavní styk, při kterém dochází k mechanickému přenosu infekce. K zabránění

nedojde ani při použití prezervativu, ba naopak se zvýší mechanické dráždění sliznice. K míře rizika je důležitá četnost pohlavního styku. U žen provozujících každodenní pohlavní styk se riziko přenosu infekce zvyšuje až několikanásobně. Užíváním některých spermicidních prostředků a nadměrné hygieny v oblasti genitálu se nezabrání přenosu infekce, ale dojde ke změně pH a posléze narušení rovnováhy v pochvě. Obvyklé nízké pH v pochvě je významnou bariérou při osídlení vagíny enteropatogenními kmeny. Podobné riziko je u žen v období menopauzy, při kterém dojde ke snížení estrogenů a kolonizací bakterií *Lactobacillus acidophilus* v pochvě.

Jednou z dalších příčin je vznik akutní cystitidy u dospívajících mladších 15 let, vysoké reziduum po vymočení.

Cystitida může také vzniknout následkem neaseptického chování zdravotnického personálu při katetrizaci močového měchýře, cystoskopii a jinými invazivními výkony na močových cestách (6).

1.2.3 Příznaky

Charakteristickým znakem cystitidy je přítomnost bolesti za stydkou sponou a zevními genitáliemi v průběhu močení nebo při jeho zakončování (cystalgie). Dochází k iritaci senzitivních nervů v tkáni močového měchýře, které může být zapříčiněno rozpětím nebo kontrakcí svaloviny. Dalším příznakem jsou postmikční tenesmy. Jak už název napovídá, dochází ke křečovitým bolestem při močení. Ženy, které onemocní akutní cystitidou, uvádějí pocit náhlého močení ve velmi krátkých časových intervalech, kdy dojde k vymočení velmi malé dávky moče (urgentní mikce). Cystitida vede ke snížení objemu, bolestivosti při expanzi močového měchýře a dochází k častější mikci (polakisurie). Polakisurie je nespecifický příznak, který vzniká také při stresu, emoční labilitě, v přítomnosti cizorodého tělesa. Močení je doprovázeno řezáním a pálením (strangurie) a obtížným močením (dysurie). U pacientek je možnost výskytu teploty maximálně do 38 C, dále už se nejedná o cystitidu. Moč atypicky zapáchá, je zkaleně zbarvena a není neobvyklá ani přítomnost krve v moči (hematurie), a to jak mikroskopická, tak i makroskopická (9). Makroskopická hematurie se objevuje až u 40 % pacientů s akutní cystitidou (8).

1.2.4 Diagnostika

Ženy, které se infikovaly infekcí močového měchýře, se zpravidla dostávají ke svým praktickým lékařům. Ti zastávají velmi důležitou úlohu při diagnostice, následné léčbě a dalších krocích k úspěšnému vyléčení. Správnou diagnostikou nebo doporučením pacientky k návštěvě specializovaného urologického pracoviště může dojít k odstranění problému ve velmi krátkém časovém úseku. Klíčovou roli při diagnostice infekce močového měchýře nehraje přítomnost mnoha vysoce složitých zobrazovacích metod, přístrojů nebo komplikovaných laboratorních postupů, ale významnou roli zde má kvalitní zpracování anamnézy a klinických příznaků s uvážlivým rozбором získaných informací (18).

1.2.4.1 Anamnéza

Dobře zpracovaná anamnestická data napovídají o skryté nemoci pacienta. Důkladné shromáždění anamnestických údajů napomáhá nejen určení správného rozhodnutí, ale i dalšímu léčebnému postupu. Komunikace a sběr informací nejsou významné jen pro lékaře při rozhodování o dalších kritériích, ale i pro pacienta samotného přináší anamnestické vyšetření navození pocitu významnosti, respektu a uznání lékařem (27).

Způsobilost lékaře k nabytí vhodných odpovědí, které mu doplní informace získané z klinických příznaků, metod a dalších jiných vyšetření, je předpokladem dokonalé znalosti daného onemocnění. Sběr informací by měl probíhat co nejdětalněji a důležitost by měla být kladena i na daná předem nesouvisející fakta, a to z důvodu výskytu nemocí, které mohou nepřímo ovlivnit klinické příznaky, průběh a i léčbu infekcí močového měchýře. Dalším úkolem rozeznání je stav, kdy infekce močového měchýře je primární záležitostí nebo komplikací jiného onemocnění. Na kvalitu anamnestických informací působí mnoho dalších faktorů, jako je např. věk pacienta a způsob objasnění problému. Z důvodu těchto problémů je někdy anamnéza negativně ovlivněna, k vysvětlení nezřetelností můžeme požádat rodinu, ošetřující personál a příbuzné.

Rodinná anamnéza: V rodinné anamnéze se zaměřujeme na dědičné vady, jako jsou anomálie vývodných močových cest, které se podílejí na vzniku cystitidy. Dále je důležité zjistit výskyt recidivující cystitidy v rodině a metabolické onemocnění diabetes mellitus.

Osobní anamnéza: V osobní anamnéze nás zajímá, kdy poprvé se objevila infekce močového měchýře, jak dlouho přetrvávaly obtíže a zda se problémy vrací opakovaně. Ptáme se na přítomnost přidružených chorob, např. diabetes mellitus. U žen zařadíme i gynekologickou anamnézu, kde se ptáme na menstruační cyklus, počet porodů, počet potratů, gynekologické záněty, používané antikoncepční formy. Nesmíme zapomenout na operační zákroky, včetně diagnostických metod, i na alergie na léky nebo kontrastní látky.

Sociální anamnéza: Zjišťujeme zde informace spojené s užíváním psychotropních a omamných látek z důvodu možného porušení sliznice vývodných močových cest, které přináší riziko vzniku defektu, a tím následné osídlení a vniknutí patogenu. Další velmi důležité údaje jsou o sexuální aktivitě, orientaci a četnosti střídání sexuálních partnerů. Z důvodu důvěrných a citlivých informací by měl lékař přikládat mimořádný význam taktnímu a profesionálnímu přístupu k pacientovi. Důraz klademe na sběr informací ohledně příjmu potravy a pitného režimu pacienta. Snížený přísun tekutin negativně ovlivňuje vznik a průběh infekce močového měchýře. Nadměrný přísun antigenu v potravě způsobující zvýšenou přecitlivělost může mít za následek podráždění epitelu močových cest.

Anamnéza nynějšího onemocnění: Úzce spolupracuje s informacemi získaných z osobní, rodinné a sociální anamnézy. Při získávání dat musíme striktně vést pacienta k nejdetajnějšímu popisu prvních známek obtíží, kde mohou být poruchy močení, změna v kvalitě, ale i kvantitě moče, akutní bolest, příměsi moče. Důležité je odhalení, zda se jedná se o akutní onemocnění, nebo zhoršení obtíží u chronického onemocnění (2).

1.2.4.2 Fyzikální vyšetření

Dalším krokem při diagnostice infekcí močového měchýře je fyzikální vyšetření. Už při první návštěvě s pacientem si všímáme celkového vzhledu, který nám může naznačit úroveň hygieny, sociální zabezpečení a stupeň péče. Dále je pacient vyšetřován palpačně. Ledviny vyšetřujeme bimanuálně (oběma rukama) vleže na zádech (Guyonův hmat) nebo vleže na boku (Israeliho hmat) s pokrčenými dolními končetinami, kdy v oblasti bederní krajiny tlakem jedné ruky palpujeme proti tlaku druhé ruky. Poklepem malíkové strany ruky v oblasti lumbální krajiny vlevo i vpravo je vyšetření nazývané tapottement. Vzniklá bolest při otřesu je důvodem k podezření na přítomnost zánětů nebo blokáde vývodných cest močových. Při zánětu může být bolestivost v průběhu močovodů při palpací. Při zánětu močového měchýře palpujeme oblast plného močového měchýře nad sponou stydkou jako hladkou pružnou rezistenci se senzitivností z důvodu dilatace močového měchýře (7).

1.2.4.3 Laboratorní vyšetření

Nejprospěšnějším vyšetřením je vyšetření moče. Mezi základní a rutinní vyšetření, které je zároveň rychlé a cenově dostupné, jsou chemické indikátorové papírky. Lze odhalit přítomnost *leukocytární esterázy* (tzn. průkaz leukocyturie - resp. pyurie) a *nitritů* (tzn. průkaz mikrobů ze skupiny Enterobacteriaceae, které konvertují nitráty v nitrity) (5). Dále může dojít k detekci krve nebo ke změně pH zásaditým směrem (1).

Klíčovou metodou pro diagnostiku cystitidy je mikrobiologické vyšetření močového sedimentu, při kterém zjišťujeme přítomnost leukocytů, erytrocytů a bakterií (4).

Pomocí technologie se centrifugují tuhé částice od kapaliny. Výsledkem je sediment, který se pomocí mikroskopu zvětšením 100 až 300 krát vyšetřuje (2).

U žen, které onemocněly akutní cystitidou, je pozitivní nález leukocytů v moči, v případě neodhalení leukocyturie jsou příčiny obtíží neinfekčního původu. Známky hematurie se vyskytují u žen s akutní cystitidou, ale nenacházejí se u žen trpících zánětem poševní sliznice a zánětem močové trubice. Výskyt hematurie nemá vliv na hodnocení

závažnosti infekce. Neobvyklému nálezu odpovídá množství 10 a více leukocytů/mm³ v neodcentrifigovaném vzorku moči (5).

Ke správně provedenému vyšetření je nutné přesné odebrání vzorku moči. K vyšetření odebíráme ranní moč, která je koncentrovanější, do čisté a suché zkumavky. Při technice odběru moči u žen klademe důraz na důkladné očištění genitálií směrem od močové trubice k ánu. Odebíráme střední proud moči. Vzorek odběrové moči by měl být do jedné hodiny zpracován v laboratoři (6). Kultivační vyšetření moči se provádí na začátku léčby (1).

U žen s recidivující cystitidou je také žádoucí provedení výtěrů z pochvy, močové trubice a děložního čípku (4).

Správné odebrání vzorku moči je významným předpokladem ke stanovení správné diagnózy. Vzorek moči odebíráme pomocí katetrizace močového měchýře (cévkování), aby moč nebyla kontaminována z okolí. Nádoba určená k odběru musí být čistá, suchá a sterilní. Nedotýkáme se vnitřku nádoby z důvodu znesterilnění. Moč v laboratoři je nutné zpracovat do dvou hodin od odběru (7).

1.2.4.4 Zobrazovací metody

Při nejasné diagnostice stanovujeme další vyšetření v rámci zobrazovacích metod (4). *Nativní nefrogram* stanovujeme na základně diferenciální diagnostiky k zjištění nepřítomnosti patologického útvaru. Metoda je na podkladě rentgenového záření bez použití kontrastní látky. Vyšetřujeme zde ledviny a vývodné močové cesty. Na vývodných močových cestách zjišťujeme případný stín zobrazující daný konkrement. Při naplnění močového měchýře si povšimneme jeho stínu v malé pánvi. Pacient je při vyšetření v poloze vleže.

Ultrasonografie: Pomocí vyšetření můžeme nalézt konkrementy v ledvinách, močovodu, močovém měchýři nebo v močové trubici. Vyšetření nám umožňuje zjištění objemu rezidua po vymočení bez použití katetrizace močového měchýře. Močový měchýř vyšetřujeme při jeho dostatečné náplni.

Vylučovací urografie: Rentgenové vyšetření s využitím kontrastní látky aplikované do intravenózního systému. Kontraindikací k tomuto vyšetření je alergie na kontrastní látku. Základem dobře vyhodnoceného vyšetření je důkladná příprava pacienta spočívající ve vyprázdnění střev, konzumaci bezsezbytkové stravy a později lačnění. Vyšetřením můžeme detekovat vývojové odchylky ledvin a vývodných močových cest a můžeme nalézt morfologické změny na močovém měchýři. Urografie nám umožňuje nalezení konkrementu a jejich dopad na vylučovací systém.

Uroflowmetrie je jednoduché vyšetření, které slouží k měření průtoku moči při močení. Přístroj zaznamenává mikci elektronicky. Zjišťujeme hodnoty maximálního průtoku, průměrného průtoku, objem moči po vymočení, čas močení, dobu od zahájení močení do doby maximálního průtoku (7).

Cystoskopie: Zobrazovací metoda s použitím endoskopu k přímému vyšetření močového měchýře (13).

Nejčastěji se u žen s recidivujícími infekcemi při vyšetření nenajdou žádné funkční nebo tvarové odchylky. Pouze u některých žen se objeví zúžení průsvitu močové trubice jako důvod recidivujících cystitid (4).

1.2.5 Léčba

Mnoho žen uvádí, že se nepříjemných pocitů zbavily zvýšeným příjmem tekutin spolu s užíváním brusinek nebo bylin (17).

Správně zvolená léčebná strategie při infekci močového měchýře je v kompetenci praktického lékaře ve spolupráci s gynekologem či urologem (16). Podstatné v léčbě je sledování rezistence, její rozvíjení a následné přizpůsobování léčby. Nemělo by se zapomínat na následnou profylaxi i na velmi bagatelizované režimové postupy (17).

V léčbě infekcí močového měchýře se upřednostňují režimy s kratší dobou působení trvající 3 dny oproti dlouhodobějšímu režimu trvajícímu 7 dnů nebo podáním jednorázové dávky. Léčba trvající 3 dny je velmi efektivní s minimem nežádoucích účinků a také finančně výhodná. Vhodným antibiotikem jsou léky s delším eliminačním

poločasem např. Trimethoprim a trimethoprim-sulfamethoxazol. Léčba tímto antibiotikem v tří denním režimu má účinnost až v 93 %. Trimethoprim a trimethoprim-sulfamethoxazol považujeme za klíčové léky a jsou na prvním místě při volbě léku. Rezistence léků je přibližně v rozmezí 9-18 %. Samostatný Trimethoprim je upřednostňován z důvodu nižších nežádoucích účinků, ale přesto stejné účinnosti. Terapie spočívající v podání jednorázové dávky antibiotikema jsou nedostatečně efektivní, vyskytuje se větší míra recidiv a často nedochází k vyléčení infekce. Výjimku tvoří lék Nitrofurantoin, který je také vhodný k léčbě akutní infekce. Zde je ale doporučováno užívání po dobu 7 dnů, 50 mg třikrát denně (4). Rezistence na bakterii *E. coli* je pod 5 %, ale oproti tomu není účinný na ostatní bakteriální kmeny. Ke zmírnění bolestivých příznaků můžeme současně podávat spasmolytika-Algifen, nesteroidní antiflogistika-Ibuprofen, nesteroidní analgetika-Indomethecin. Pacientka by měla být v klidovém režimu, s dostatečným přívodem tekutin a je doporučováno časté, kompletní vyprázdnění močového měchýře (18).

1.2.5.1 Preventivní opatření

Mezi preventivní opatření cystitidy řadíme režimové a farmakologické postupy. Do režimových řadíme pravidelný příjem tekutin, které by neměly být sycené a dráždivé (8).

Dále se doporučuje mikce po skončení pohlavního styku a při každém močení vyprázdnit celý obsah močového měchýře. Ženy, které prodělaly akutní cystitidu, by neměly vyhledávat koupání ve stojaté vodě (9).

Důležitým a častým kontroverzním tématem je hygiena genitálu. Mnoho lékařů je v rozporu s doporučením při běžné hygieně zevního genitálu. Někteří nepovažují směr a techniku očišťování genitálu jako příčinu vzniku infekcí močového měchýře, naopak druzí předpokládají, že provádění hygieny po stolici směrem od ústí močové trubice k ánsu je klíčová metoda. Nadměrná i nedostačující hygiena je ale nesprávná. Zabránit bychom měli používání dezinfekčních mýdel z důvodu změny pH, protože narušením rovnováhy v pochvě se situace naopak zhorší (4).

Antikoncepční prostředky patří také do preventivních opatření. Žena, spolu se svým gynekologem, by měla vyřadit nevhodnou antikoncepci, jako je používání prezervativu, který zvyšuje dráždění sliznice a tím riziko přenosu patogenu do močových cest. Používáním spermicidních prostředků a lubrikačních gelů dochází ke změně pH, které může vést k většímu nárůstu patogenu. Ani nitroděložní tělísko se nedoporučuje jako vhodná antikoncepce při recidivách cystitid, protože u žen může docházet ke chronickému ložisku infekce z důvodu mechanického dráždění (31).

Do farmakologických opatření řadíme několik možných postupů, protože ne všechny jsou vhodné pro všechny dané pacientky. K možnostem prevence řadíme užívání brusinek. Nejčastější užívání je ve formě šťáv a výtažků z kanadských nebo horských brusinek. Pomocí účinků kyselin quinicové, malicové, ellagikové obsažených ve výtažku z brusinek dochází ke snížení adhezivní schopnosti bakterií na buněčnou membránu epitelu. K účinnému množství musí být ale denně požit velké množství této látky. Uvádí se 36 mg za den. Extrakt je také výborný antioxidant a je vhodný u těhotných a kojících žen, a to z důvodu nevyskytujících se nežádoucích účinků. Užíváním přírodního produktu je dalším opatřením při profylaxi recidivující infekce močového měchýře. Další metodou je imunobioterapie. Terapie spočívá v podávání lyzátu *Escherichia coli* přípravkem názvem Urovaxom, který zvyšuje nescifickou odolnost sliznice. Užívání tohoto léku je možné společně s antibiotickými léky. Tabletou podáváme na lačno po dobu tří měsíců. Díky malému množství nežádoucích účinků je snášenlivost léku velmi dobrá. U postmenopauzálních žen s recidivujícími infekcemi močového měchýře lze použít hormonální léčbu. Poklesem gynekologických orgánů dochází ke zvětšení rezidua po vymočení a nastává změna ve struktuře v poševní mikroflóře. Dodáním estrogenů se zlepšuje obnova zmenšující se sliznice a osídlení vaginy *Lactobacillus acidophilus* a zabránění nárůstu *Escherichia coli*. Aplikace je lokální ve formě globulí a krémů (4).

U žen sexuálně aktivních se můžeme zaměřit na postkoitální profylaxi. Po pohlavním styku se žena vymočí a aplikuje si jednorázovou dávku antibiotik. Metodu dlouhodobého užívání antibiotik lze využít i bez návaznosti na pohlavní styk, kdy je látka užívána jednou denně, nejlépe na noc. Užívanými antibiotiky jsou

nitrofurantoin, trimetoprim, kotrimoxazol norfloxacin, ciprofloxacin (8). Metoda je vhodná u žen, u kterých se objeví více jak 2 epizody za rok. Pomocí ní se může opětovný výskyt snížit až k nulové atace. Ekonomická náročnost je velmi nízká (11).

Enzymoterapie je poslední dobou velmi vyhledávaná metoda. Během ní dochází k podávání rostlinných a živočišných druhů fermentů určených k perorálnímu podávání. Vhodné je používání léku Phlogenzym, který příznivě napomáhá v zánětlivých reakcích, imunitních dějích a při edémech (4).

1.2.5.2 Výživa

Výživová opatření při infekcích močového měchýře patří k základním postupům při prevenci (8). Při opakovaných atakách cystitid se doporučuje při úpravě stravy používat nedráždivá koření jako je bazalka, majoránka, oreganové koření, pažitka. Naopak by se pacientky měly vyhnout pikantním kořeněným jídlům, jako jsou asijské a mexické pokrmy obsahující chilli, pepř, směsi indického koření. Nedoporučované jsou i ostré potraviny jako je hořčice, uzenářské výrobky, pikantní ochucovadla. Při tepelné úpravě jídla nemusíme dbát na specifické postupy. Jídlo upravujeme jak vařením, tak dušením, pečením nebo i smažením na oleji.

Významným krokem k prevenci infekce močového měchýře je pravidelný pitný režim o objemu minimálně dvou litrů tekutin denně. Vyhovujícími tekutinami jsou hodnotné pitné vody, vysoce koncentrované ovocné džusy a šťávy. Velmi doporučované jsou džusy s obsahem brusinek. Přínosnými nápoji jsou čaje, nesmí být ale podávány silné pravé čaje, jako jsou čínské a zelené. Zakázaný je příjem alkoholu, pouze v přiměřeném množství je doporučované pivo. Regresivně působící jsou tekutiny obsahující kofein a kakaový prášek, silná zrnková i instantní káva. Nesmíme zapomínat na pravidelné vyprazdňování střevního obsahu. Příjmem potravy obsahující tepelně zpracovanou zeleninu, ale v syrovém stavu zelenina i ovoce napomáhá k pravidelné defekaci. Neměli bychom zapomínat na vlákninu obsaženou v mnoha potravinách. U žen trpícími dokola se opakujícími záněty se zaměřujeme na úpravu stravy měnící pH moči. Principem diety je změna kyselé reakce moči na zásaditou reakci a naopak. Pomocí této metody dochází ke změně prostředí, ve kterém se nacházejí daní mikrobi

a tím je narušena jejich existence z důvodu neustálé adaptace. Potraviny způsobující kyselou odezvu moči jsou veškeré uzeniny, masné a rybí výrobky, sladké dezerty a čokoláda, plody brusinek, švestek, rybízu. Naopak potraviny způsobující zásaditou odezvu moči jsou ovoce, špenát, mrkev, rajčata (10).

1.3 Ošetrovatelská péče

1.3.1 Ošetrovatelství

Přestože ošetrovatelství je poměrně mladé odvětví, má v systému zdravotnické péče nezastupitelné místo. Základní charakteristiku tvoří nejen individuální uspokojování potřeb nemocných, plánovaná a komplexní ošetrovatelská péče, ale v první řadě preventivní a ochranná péče. Světová zdravotnická organizace ošetrovatelství definuje jako „*Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společnosti, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.*“ (22 str. 6). Mezi hlavní priority ošetrovatelství patří jak u jednotlivce, rodiny nebo komunity dosažení co nejvyšší možné kvality zdraví, aktivizace daného jedince v péči o vlastní zdraví, poskytování prevence a i omezování záporných dopadů působících vlivem chorob. Při plnění těchto cílů sestra spolupracuje nejen s lékařem, ale i s dalšími pracovníky zdravotnického nebo jiného odborného týmu. Ošetrovatelská péče pohlíží na člověka jako na holistickou bytost. Holistická péče zahrnuje složku bio-psycho-sociální, vnímá člověka jako celek, nezaměřuje se pouze na nemoc nebo chorobu (19).

1.3.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematický, logický, stále se opakující postup poskytování ošetrovatelské péče. Poskytován je jak jednotlivci, tak rodině nebo skupině lidí. Je kladen důraz na osobité potřeby pacienta, jejich uspokojování, dále na jeho obtíže a předcházení jich, podporu nebo navrácení pacientova zdraví, docílení nejvyššího možného stupně v oblasti kvality života (20).

Jednotlivé činnosti obsažené v ošetrovatelském procesu jsou orientované na splnění daného cíle. Při přijatelném zdravotním stavu pacienta vykonáváme jednotlivé výkony při poskytování ošetrovatelské péče s aktivní spoluprací pacienta. Ošetrovatelský proces nám umožňuje dosahovat vytýčených cílů a sledovat vývoj pacienta a jeho zlepšení. Proces je složen z 5 fází vzájemně spolu souvisejících (22).

První fáze je zhodnocení pacienta. Je důležité, aby se sestra před realizací ošetrovatelské strategie důkladně seznámila s pacientem a měla zjištěné veškeré dostupné informace, a to nejen z pohledu nynějšího onemocnění a stavu, ale i s ohledem na dřívější rozvoj, sociální zabezpečení a vystižení jeho osobnosti a charakteru. Hlavním úkolem je sběr dat a informací. Informace mohou být jak objektivní, které si můžeme ověřit a jsou založeny na faktech, oproti tomu ale také subjektivní, které jsou sdělovány konkrétním pacientem z jeho subjektivního vnímání (21). Sběr informací získáváme pomocí ošetrovatelské anamnézy, pozorováním, komunikací a rozhovorem s pacientem nebo testováním a měřením pomocí testů, měřicích škál a dotazníků. Při jakémkoliv získávání informací je důležité zajistit klidné a vhodné prostředí, dostatek času na pacienta, vzbudit důvěru a ochotu. Dotazy je nutné pokládat zřetelně, jasně a přiměřeně k věku dotazovaného. Je důležité dát dotazovanému možnost zcela se vyjádřit a sdělit veškeré své pocity (22).

Následuje 2. fáze procesu - diagnostika. Sestra provádí rozbor zjištěných dat a na základě spolupráce s pacientem se stanoví ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský problém je identifikován sestrou. Vytvoření ošetrovatelské diagnózy je výsledek z činností, ve kterých byly informace o pacientovi řazeny, tříděny a potvrzeny. Správně určená ošetrovatelská diagnóza je dobrým předpokladem k efektivnímu uspokojení potřeb pacienta a k cílené a koordinované ošetrovatelské péči (21).

Navazuje 3. fáze - plánování ošetrovatelské péče. Tato fáze je nezbytným a důležitým krokem k docílení hodnotné ošetrovatelské péče. Plánované strategie vedou k dosažení cílů a odstranění problémů vytýčených v předchozí fázi. Sestra spolupracuje nejen s konkrétním pacientem, ale nejlépe i s rodinou pacienta a s dalším zdravotnickým personálem.

4. fáze ošetrovatelského procesu je nazývána realizace. V této fázi se uskutečňuje realizace daných strategií a cílů za aktivní účasti pacienta. Současně sestra sbírá další data, která mohou lépe vystihnout ošetrovatelský problém a následné přizpůsobení ošetrovatelské péče.

Poslední 5. fáze je zhodnocení ošetrovatelského plánu. Zaměřujeme se na to, zda bylo dosaženo stanoveného cíle a nakolik byla ošetrovatelská péče úspěšná, na zjištění dalších poznatků o pacientovi a přizpůsobení plánu v případě, kdy stanoveného cíle nebylo dosaženo, nebo byly odhaleny další potíže. Fáze ošetrovatelského procesu jsou popisovány zvlášť a odděleně, ale přesto na sebe navzájem působí a souvisejí spolu. V případě urgentního stavu pacienta nemusí probíhat fáze jedna po druhé (21).

1.3.3 Ošetrovatelské péče o ženy se zánětem močového měchýře

Pacientky, které onemocní zánětem močového měchýře, jsou sužovány bolestmi a jejich potíže je ve většině případů donutí vyhledat odbornou pomoc. Se svými intimními problémy navštíví svého praktického lékaře, některé se obracejí na svého gynekologa nebo rovnou na urologického odborníka (25).

Při přijetí pacientky do péče je nejdříve potřeba vhodnou komunikací zjistit, jaké symptomy pacientku ji sužují. Přístup a komunikace by měly být na profesionální úrovni a měly by probíhat citlivou formou. Jedná se o intimní potíže a ne každá žena o nich mluví bez zábran (24).

Sestra po příchodu pacientky do ambulance změří u dané ženy tělesnou teplotu, tlak a puls. Při zánětech močového měchýře se u pacientek nevyskytuje zvýšená teplota, ale změření teploty patří do základních postupů při diagnostice nemoci. Sestra dále asistuje a pomáhá vyšetřujícímu lékaři při vyšetření. U každého vyšetření se pacientce odebere moč a krev. Nejčastěji se provádí biochemické a mikroskopické vyšetření moči. Na biochemické vyšetření moči se u pacientek odebírá moč do nesterilní zkumavky, oproti vyšetření moči na kultivaci, kde je moč nabírána do sterilních zkumavek. V ambulantní praxi se odběr moče provádí vymocněním se pacientky, proto klademe důraz na její poučení a informovanost při technice odběru moči, kdy je nutné zachytit její střední proud a zachovat sterilitu. V případě, kdy žena není schopná dodržet

podmínky asepse nebo není schopná odběru moči, je nutné získat moč pomocí jednorázového cévkování. Odběr moče pomocí jednorázové katetrizace se zcela standardně provádí na urologických ambulancích. Pro zavedení jednorázové cévky je nutný souhlas pacientky a její spolupráce. Po důkladném očištění a dezinfekci genitálu zavede sestra do močové trubice jednorázovou cévku a při odtoku moči odebírá moč do sterilních zkumavek (28).

Po celou dobu ošetrovatelské péče navazuje sestra empatickým přístupem a vhodnou komunikací u pacientky pocit důvěry a profesionality, která je velmi důležitá pro další spolupráci a ošetřování. Při onemocnění recidivujících zánětů močového měchýře je důležité dodržování a respektování preventivních opatření a postupů, které snižují riziko recidivy. Sestra má za úkol edukaci pacientek, která je zaměřená na poučení o pravidelném příjmu tekutin, kdy pacientkám doporučuje denní příjem tekutin okolo 2-3 litrů. Nejlépe zvolené tekutiny jsou bylinné čaje, nesycená voda, ovocné šťávy a džusy. Přínosnými jsou urologické čaje a džusy s vysokým obsahem brusinek. Oproti tomu sestra varuje pacientky před vysokým příjmem alkoholu, kofeinu a kakaového prášku. U lidí velmi oblíbená káva je velmi nevhodná při prodělaném zánětu močového měchýře. Sestra sděluje informace ohledně přiměřené hygieny intimních partií, kdy je ženám vysvětlena vhodná technika směru při hygieně a jsou doporučeny vhodná hygienická mýdla a prostředky, které snižují riziko recidiv. Sestra dále vysvětluje pacientkám nutnost úplného vyprázdnění močového měchýře a nezadržování odchodu moči a nošení vhodného oblečení, kdy je doporučováno bavlněné spodní prádlo (29).

Opatření v oblasti sexuálního styku je další nezbytnou součástí při edukaci, kdy sestra informuje pacientky o rizicích spojených s každodenním pohlavním stykem, s používáním některých antikoncepčních metod a vymočením po pohlavním styku jako velmi přínosnou metodou v prevenci vzniku onemocnění. Informace o užívání vhodných vitaminů a doplňků stravy s obsahem brusinek jsou také v rámci edukace, kterou pacientka absolvuje při návštěvě ambulance. Edukace v ošetrovatelství je vůbec jednou z mnoha významných a náročných povinností sestry (23).

1.3.4 Vybrané ošetřovatelské diagnózy u klientů se zánětem močového měchýře

00016 Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s onemocněním projevující se častým močením;

00132 Akutní bolest v souvislosti s onemocněním projevující se verbalizací, grimasou, pláčem;

00148 Strach v souvislosti s onemocněním projevující se verbalizací a neklidem (26);

00095 Porušený spánek v souvislosti s častým močením projevující se verbalizací, nespavostí a unaveností;

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s onemocněním;

00160 Ochota ke zlepšení bilance tekutin v souvislosti s onemocněním projevující se zvýšeným příjmem tekutin;

00166 ochota ke zlepšení vyprazdňování moči v souvislosti s onemocněním projevující se zvýšeným příjmem tekutin, častým močením (30).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, zda jsou pacientky spokojeny s informacemi o svém onemocnění

C2: Zjistit, zda onemocnění omezuje pacientky ve společenském životě

2.2 Hypotézy práce

H1: Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v pracovním procesu

H2: Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v jejich sexuálním životě

H3: Opakované recidivy zánětu močového měchýře vyřezují ženy ze společenského života

H4: Informovanost pacientek v této oblasti je nedostačující

H5: Ženy s recidivujícím zánětem močového měchýře nedodrží režimová opatření

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Sběr dat probíhal pomocí kvantitativního výzkumného šetření pro soubor pacientek trpících recidivujícím zánětem močového měchýře. Před začátkem sběru dat byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestře urologického oddělení ve FN Plzeň a Nemocnici České Budějovice, a.s., kde bylo mé žádosti vyhověno a umožněno uskutečnit výzkumné šetření.

Informace byly získány pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (Příloha 1). Dotazník je vytvořen na podkladě prostudované literatury, článků a diskuzí na dané téma. Dotazník je určen všem ženám, které onemocněly recidivujícím zánětlivým onemocněním močového měchýře a navštěvují urologické nebo gynekologické ambulance. Dotazník obsahuje 1 otevřenou otázku, 20 zavřených otázek a polouzavřené otázky.

Otázky číslo 1 a 2 jsou identifikační. Otázky 3, 4, 5, 6 zaměřené na četnost výskytu zánětu močového měchýře u dané respondentky a věk respondentů při první atace zánětu. V otázkách číslo 8, 9, 10, 11, 12 je zjišťováno v jaké formě a od koho mají respondentky informace a zda dané informace o onemocnění jsou pro ně srozumitelné a dostačující. Otázky číslo 7, 13, 14 jsou zaměřeny na preventivní opatření v předcházení vzniku infekce a k znalosti o v příčinách vzniku infekce. Otázky číslo 23, 24, 25 jsou zaměřeny na lékařskou péči. U otázek číslo 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 je zjišťováno, zda dané onemocnění vyřazuje ženy z jejich společenského, sexuálního a pracovního života.

K vyhodnocení dat z dotazníku je použit počítačový program Microsoft Excel 2008. Výsledky šetření jsou znázorněny v grafech.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvoří ženy, které onemocněly recidivujícím zánětem močového měchýře a navštěvují urologické a gynekologické ambulance ve FN Plzeň a v Nemocnici České Budějovice a.s.

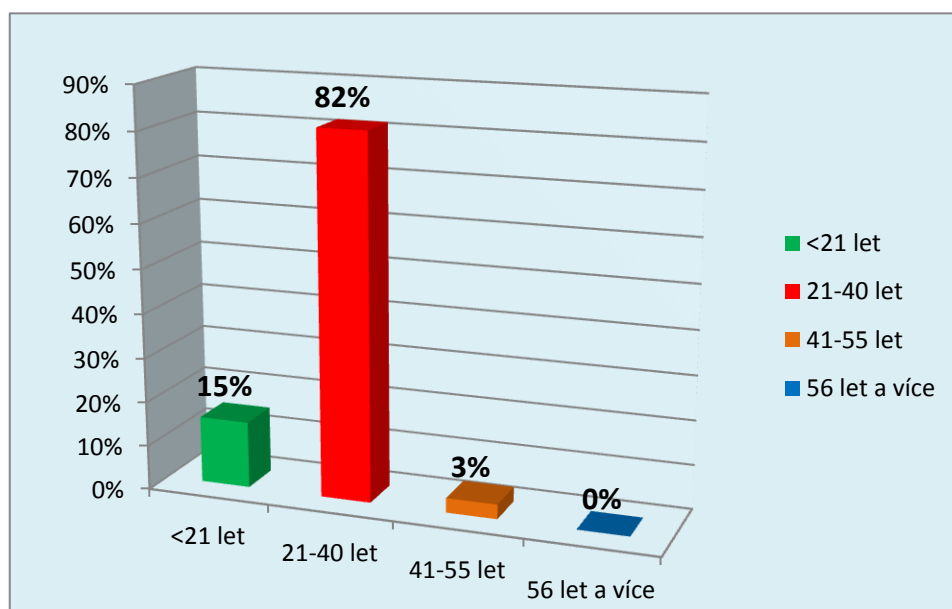
Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž 20 se vrátilo nevyplněných a 10 dotazníků mělo neúplně vyplněná data. Ke konečnému zpracování bylo použito 120 dotazníků. Výzkumné šetření bylo prováděno v období ledna 2014 až března 2014.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvantitativního šetření u pacientů

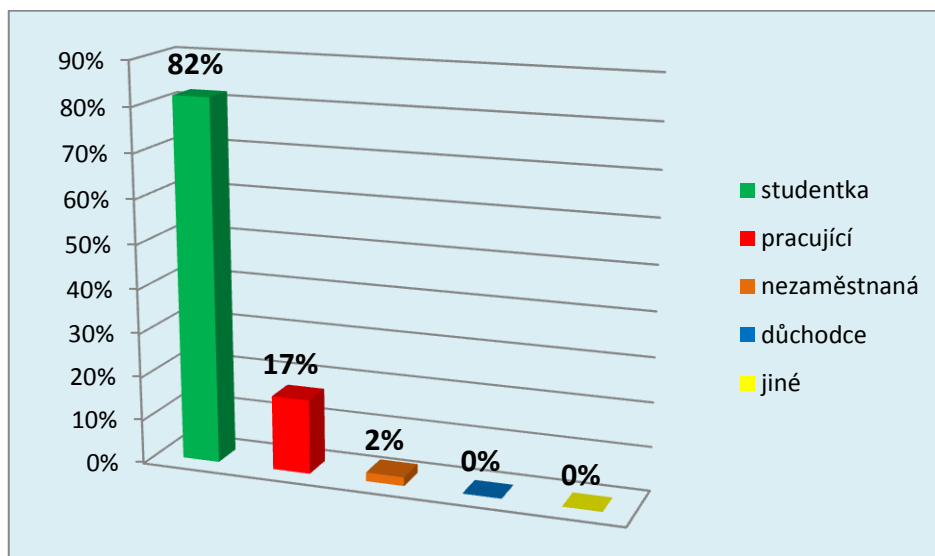
Výsledky kvantitativního šetření u pacientů jsou zpracovány do přehledných grafů. Vychází se ze získaných informací ze šetření (viz Příloha 1).

Graf 1 - Věk respondentů (graf k otázce č. 1)



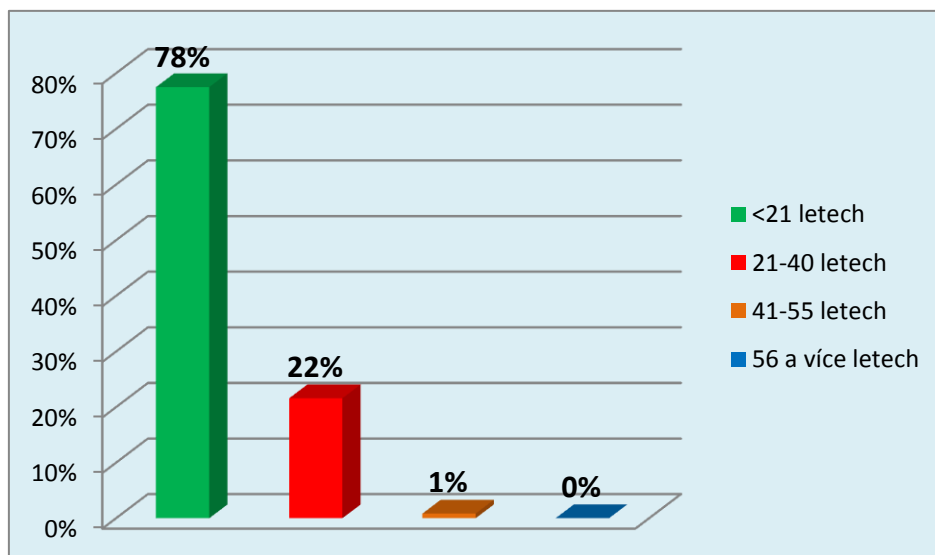
Z celkového počtu 120 (100%) respondentů je 18 (15%) mladší 21 let, 98 (82%) ve věkové hranici 21-40 let, 4 (3%) respondenti ve věku 41-55 let, žádný respondent ve věkové hranici 56 let a více.

Graf 2 – Zaměstnání respondentů (graf k otázce č. 2)



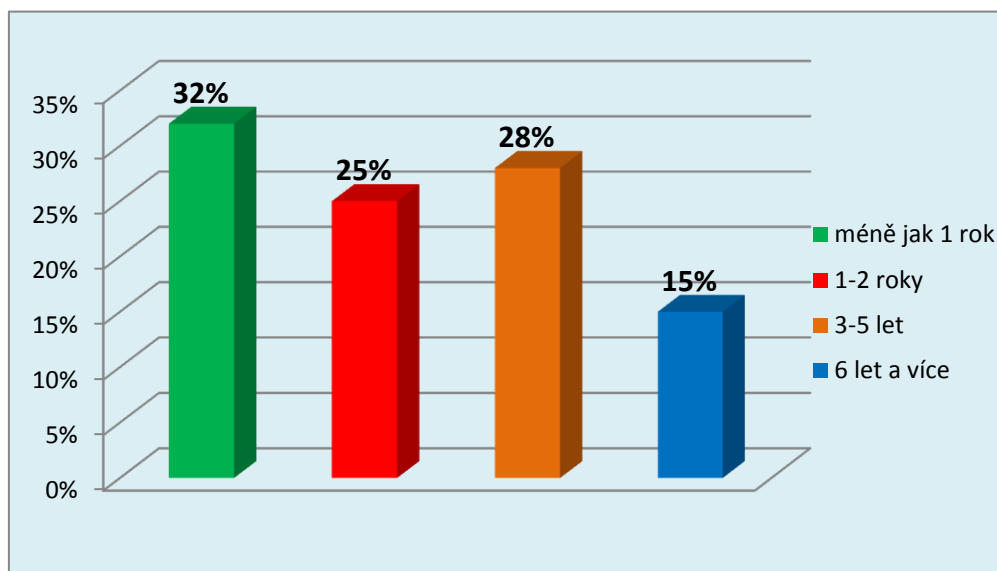
Z celkového počtu 120 (100%) dotazovaných jsou nejvíce zastoupeny ženy studující 98 (82%), pracující ženy 20 (17%), nezaměstnané jsou v počtu 2 (2%), možnost odpovědi důchodce a jiné nevedla žádná respondentka.

Graf 3 – První objevení zánětu (graf k otázce č. 3)



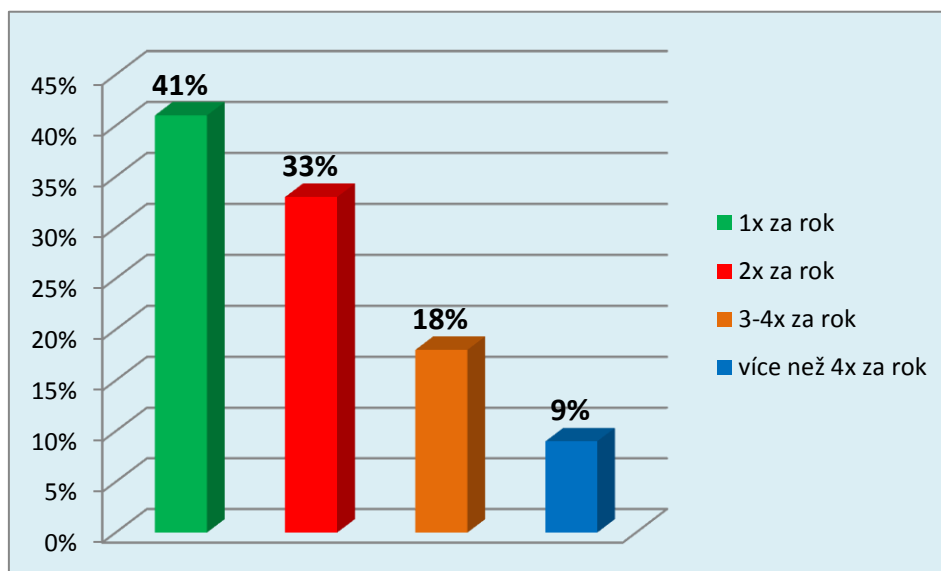
Z celkového počtu dotazovaných 120 (100%) uvedlo 93 (78%) respondentek poprvé objevení zánětu v méně jak 21 letech, 26 (22%) ve věku 21-40 letech, 1 (1%) respondentka věk 41-55, žádná respondentka věkové hranice 56 a více let.

Graf 4 – Délka výskytu infekce (graf k otázce č. 4)



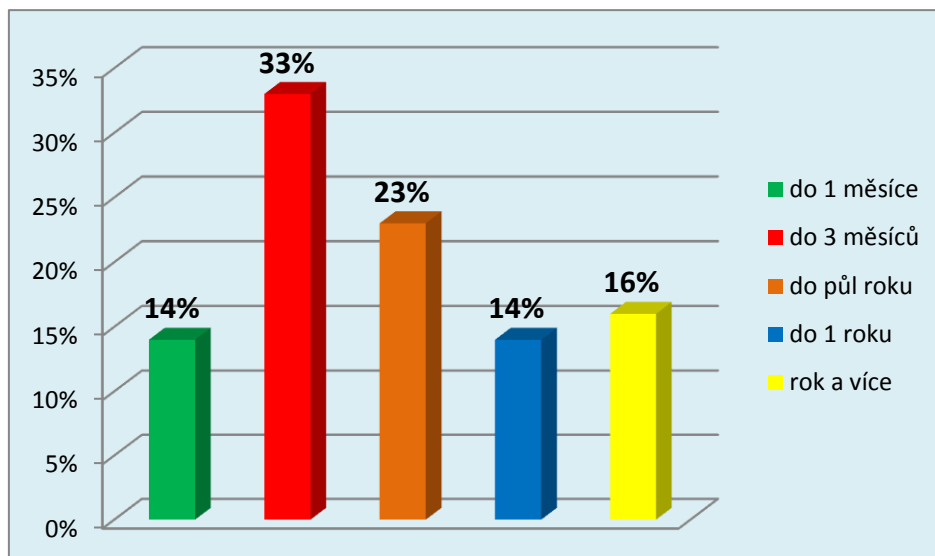
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek uvedlo délku léčby infekce močového měchýře méně jak 1 rok 38 (32%), 34 (28%) uvedlo 3-5 let, 30 (25%) se léčí 1-2 roky a 18 (15%) respondentek uvádí 6 let a více.

Graf 5 – Četnost výskytu zánětu (graf k otázce č. 5)



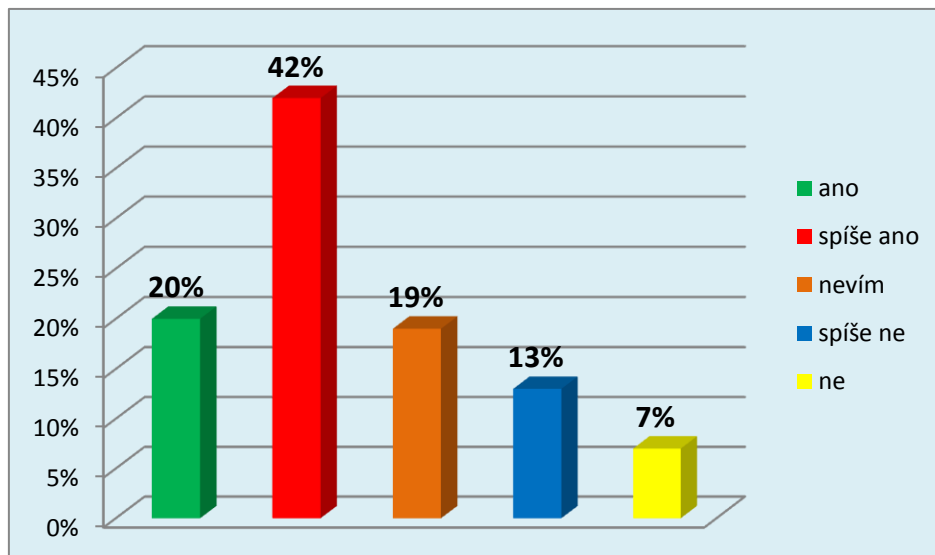
Z celkového počtu 120 (100%) respondentů uvádí četnost výskytu 1x za rok 49 (41%), 39 (33%) má frekvenci výskytu 2x za rok, 21 (18%) má zánět močového měchýře 3-4x za rok, 11 (9%) respondentek více než 4x za rok.

Graf 6 – Opakování zánětu po předchozím (graf k otázce č. 6)



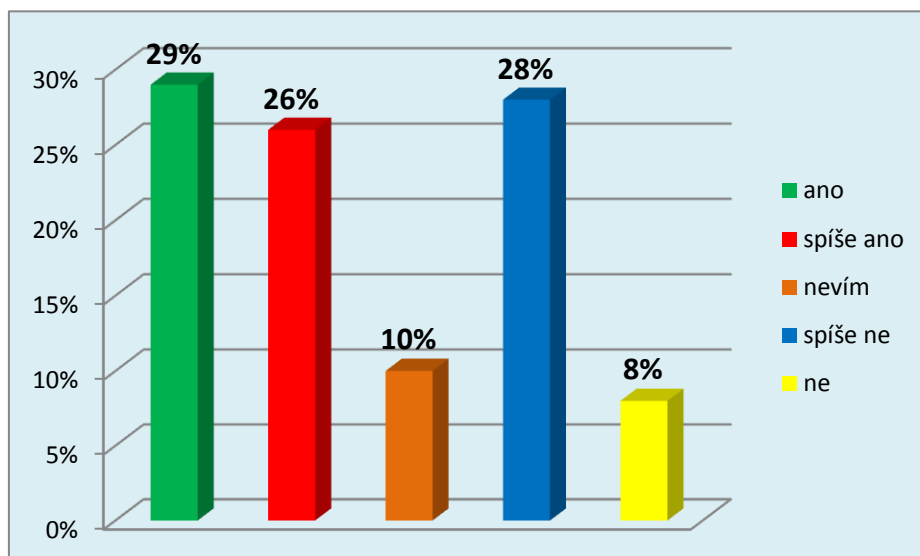
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek se u 40 (33%) objevil zánět po předchozím do 3 měsíců, 27 (23%) mělo zánět do půl roku, 19 (16%) se zánět objevil v roce a více, 17 (14%) uvádí recidivu zánětu do 1 měsíce a 17(14%) do 1 roku.

Graf 7 - Znalost příčiny vyvolávající zánět (graf k otázce č. 7)



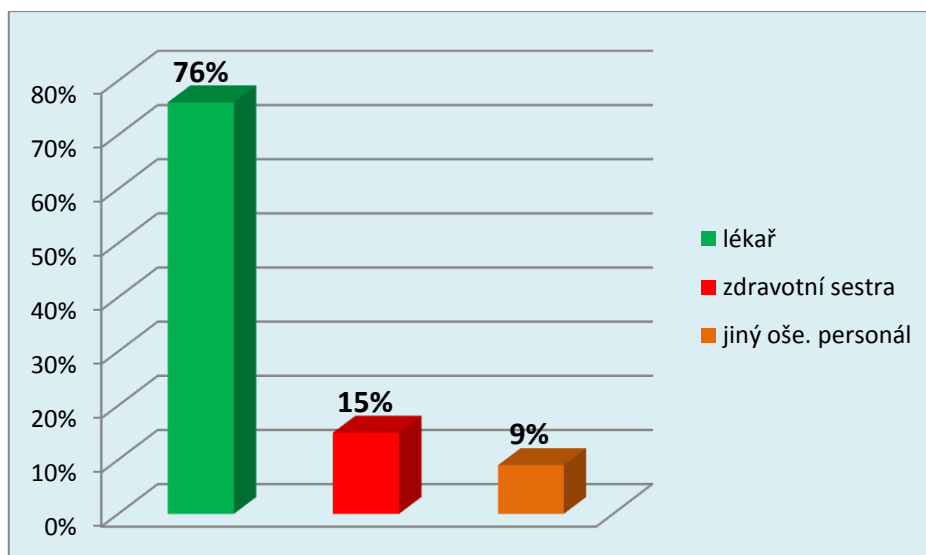
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek si je spíše vědomo příčiny zánětu 50 (42%), 24 (20%) si je zcela vědomo příčiny zánětu, 23 (19%) neví příčiny zánětu, 15 (13%) si spíše není vědomo příčiny a 8 (7%) nezná příčiny zánětu.

Graf 8 – Kvalita informací (graf k otázce č. 8)



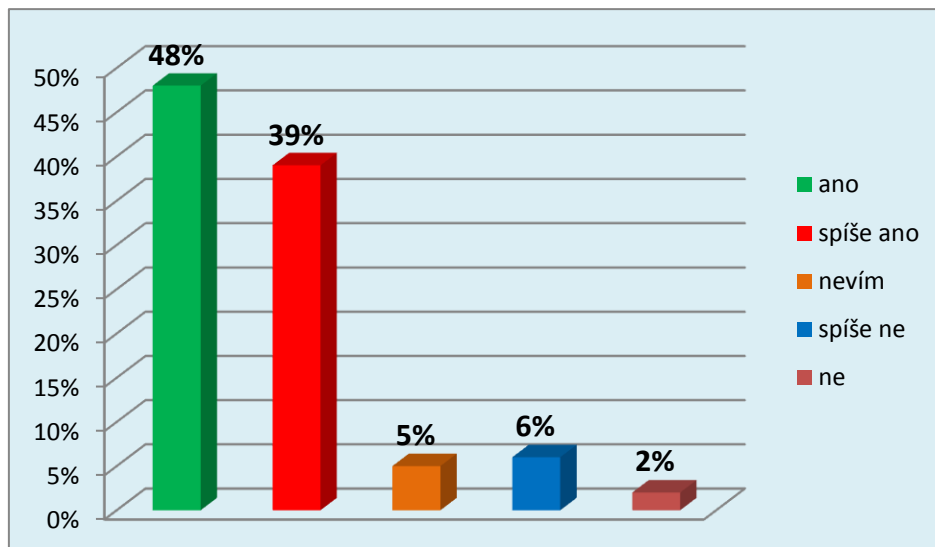
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek udává 35 (29%) že pro ně byly informace od lékaře dostačující, 33 (28%) odpovědělo spíše ne, 32 (26%) spíše ano, 12 (10%) respondentek neví a pro 9 (8%) nebyly informace dostačující.

Graf 9 – Sdělení informací (graf k otázce č. 9)



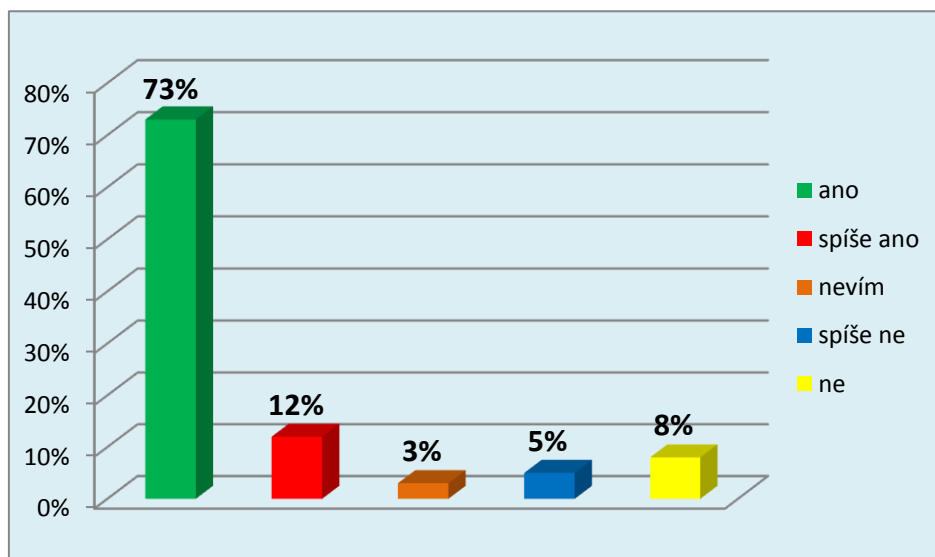
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek bylo 91 (76%) žen sděleny informace od lékaře, 18 (15%) žen dostalo informace od zdravotní sestry a 11 (9%) žen mělo informace od jiného ošetřujícího lékaře.

Graf 10 – Srozumitelnost informací (graf k otázce č. 10)



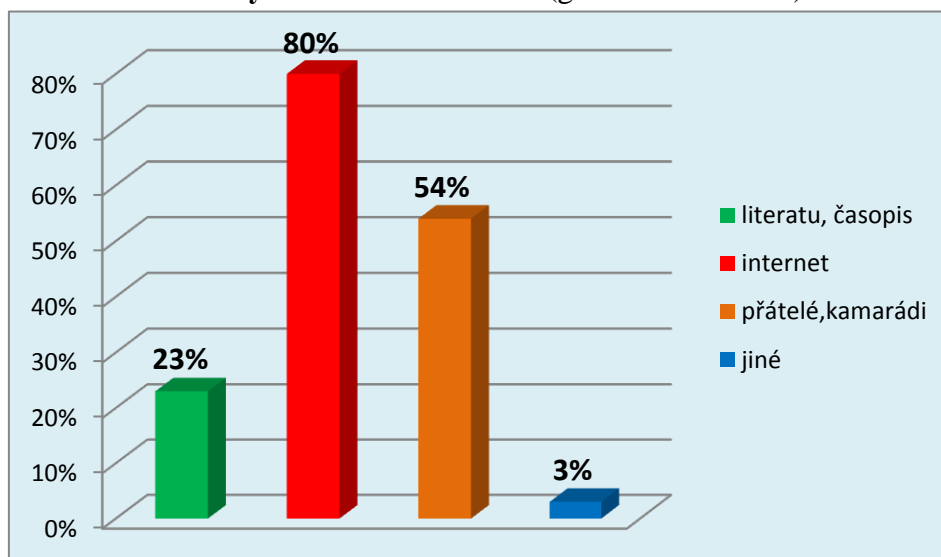
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek byly pro 58 (48%) žen informace srozumitelné, 47 (39%) uvedlo, že informace byly spíše srozumitelné, 7 (6%) uvádí, informace spíše nesrozumitelné, 6 (5%) žen neví, zda pro ně byly informace srozumitelné a 2 (2%) uvádí informace nesrozumitelné.

Graf 11 – Ostatní hledání informací (graf k otázce č. 11)



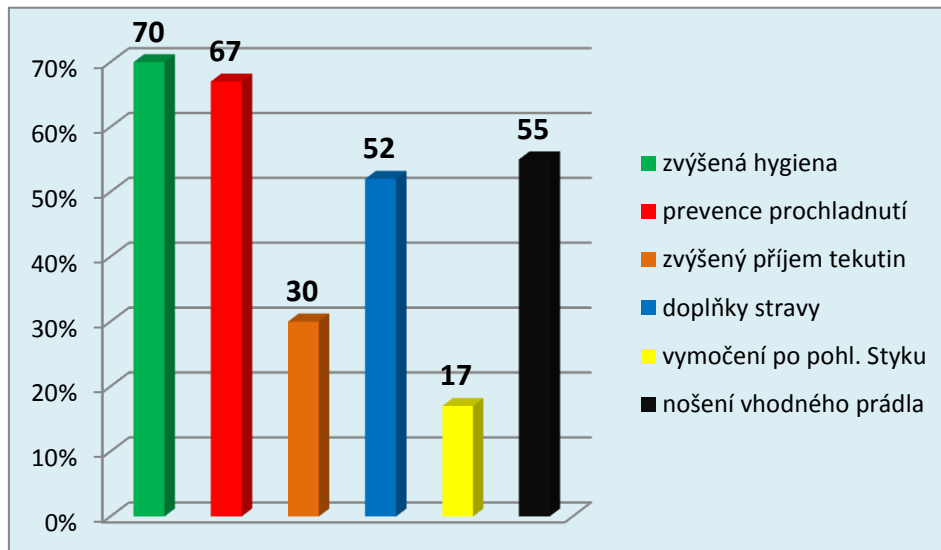
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek uvedlo 88 (73%) hledání informací i jinde, 14 (12%) žen spíše hledá informace jinde, 9 (8%) žen jiné informace nevyhledávaly, 6 (5%) informace spíše nevyhledávaly a 3 (3%) vybralo možnost odpovědi nevím.

Graf 12 – Místa vyhledávání informací (graf k otázce č. 12)



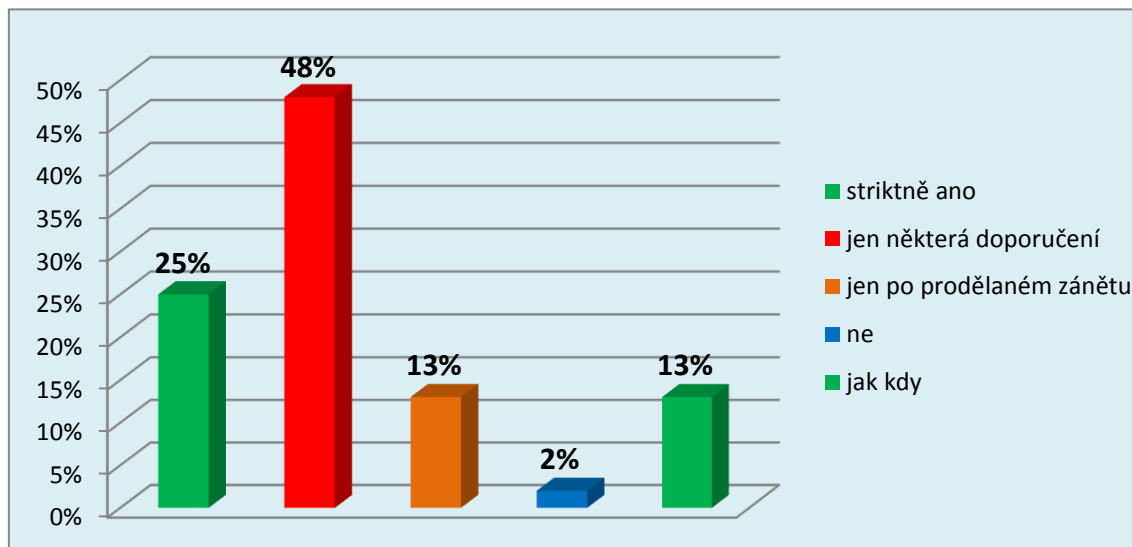
Z celkového počtu 102 (85%) respondentek vyhledávalo 97 (80%) informace na internetu, 65 (54%) od svých známých či přátel, 28 (23%) se o dalších informacích dozvědělo z odborné literatury nebo časopisů a 4 (3%) ženy uvedlo možnost jiné.

Graf 13 – Preventivní postupy (graf k otázce č. 13)



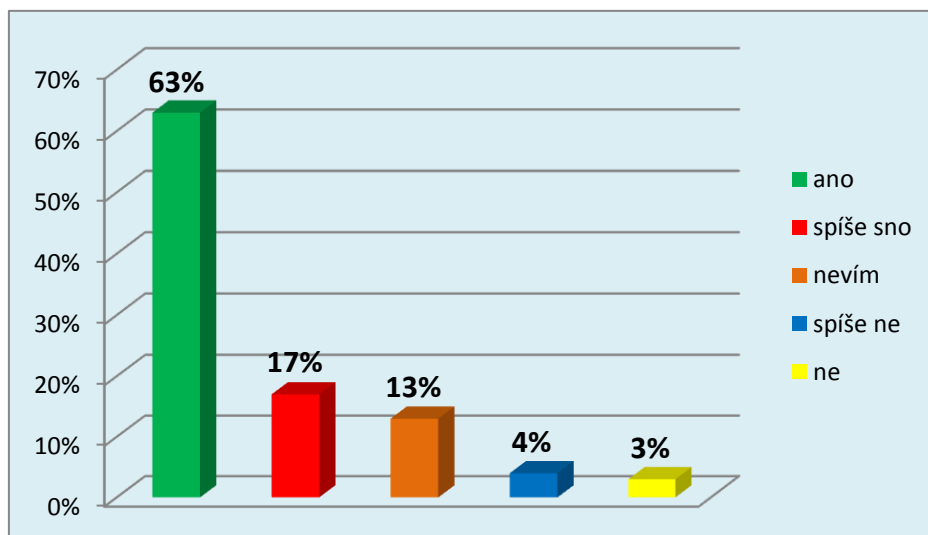
Graf popisuje četnost odpovědí z celkového počtu 291. Nejvyšší četnost byla u možnosti zvýšené hygieny: 70 odpovědí, u prevence prochladnutí 67 odpovědí, u nošení vhodného prádla 55 odpovědí, u užívání doplňků stravy 52 odpovědí, u zvýšení přísunu tekutin 30 odpovědí. 17 uvedlo vymočení po pohlavním styku.

Graf 14 – Dodržování preventivních opatření (graf k otázce č. 14)



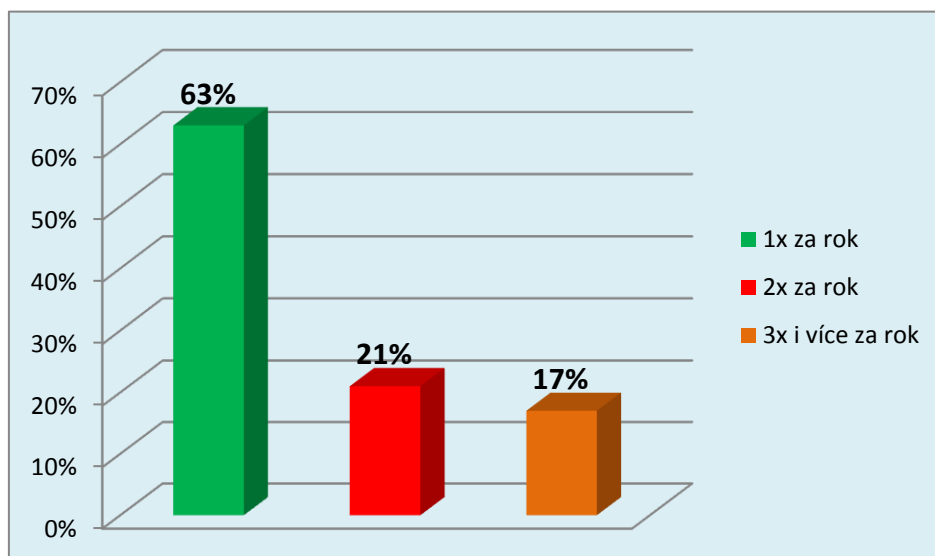
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek dodržuje pouze některá doporučení v preventivních postupech 58 (48%) žen, striktně dodržuje prevenci 30 (25%), 15 (13%) dodržuje opatření jen při nedávno prodělaném zánětu, 15 (13%) dodržuje preventivní opatření jak kdy a 2 (2%) nedodržuje preventivní opatření vůbec.

Graf 15 – Pracovní neschopnost, absence ve škole (graf k otázce č. 15)



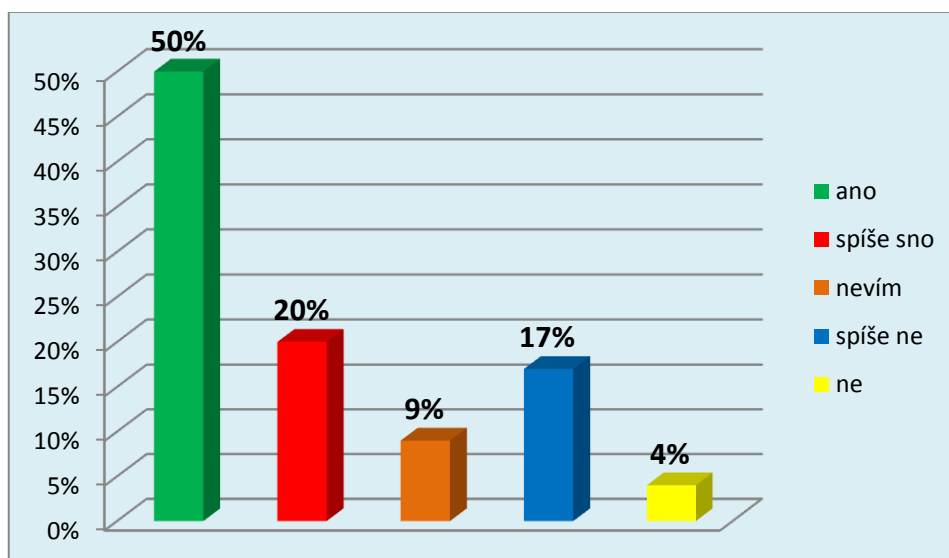
Z celkového počtu 120 respondentek muselo 76 (63%) být v pracovní neschopnosti nebo mít absenci ve škole, 20 (17%) žen zvolilo odpověď spíše ano, 15 (13%) žen neví, 5 (4%) spíše nemělo a 4 (3%) neměly absenci ve škole nebo pracovní neschopnost.

Graf 16 – Počet pracovních neschopností, absencí ve škole (graf k otázce č. 16)



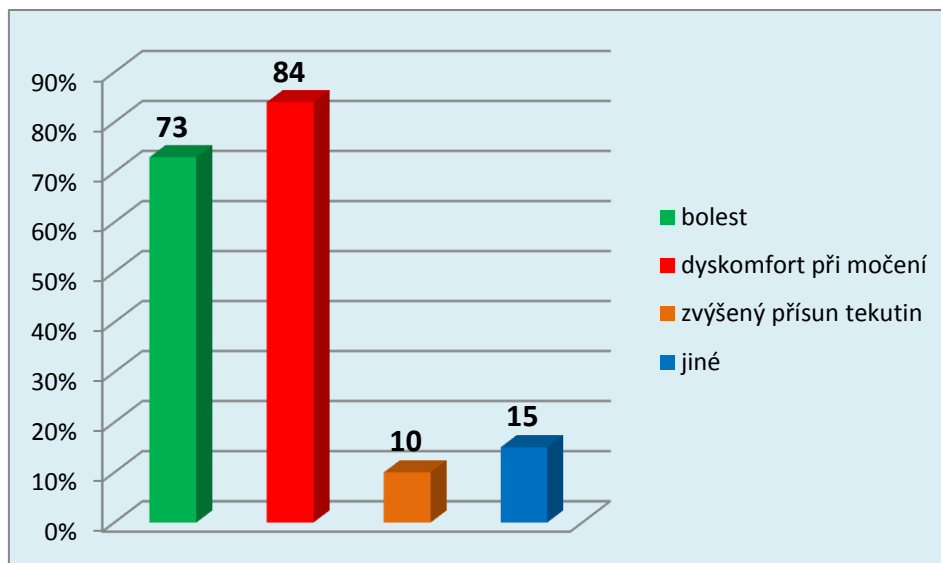
Z celkového počtu 96 (100%) respondentek bylo v pracovní neschopnosti nebo absence ve škole 1x za rok 60 (63%), 2x za rok 20 (21%) a 3x i vícekrát za rok 16 (17%) žen.

Graf 17 – Omezení v životě (graf k otázce č. 17)



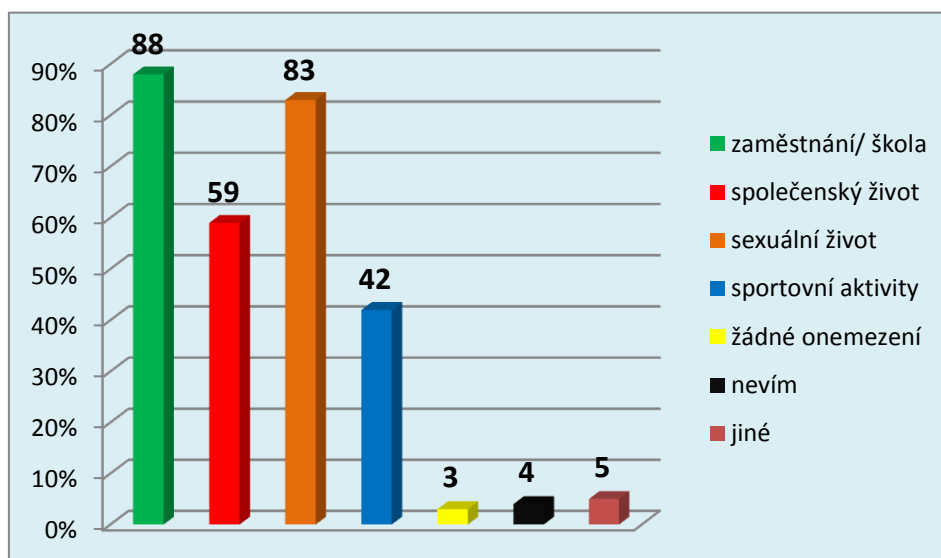
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek onemocnění omezuje v životě 60 (50%) žen, spíše omezuje 24 (20%) žen, 20 (17%) žen onemocnění spíše neomezuje, 11 (9%) žen zvolilo odpověď nevím a 5 (4%) žen neomezuje onemocnění vůbec.

Graf 18 – Konkrétní omezení (graf k otázce č. 18)



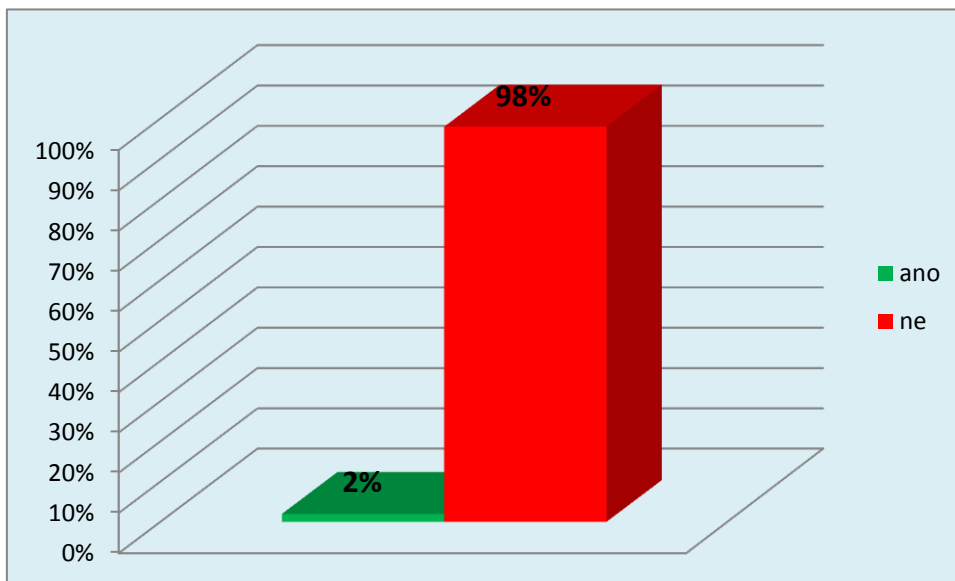
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 84. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u dyskomfortu při močení - 84 odpovědí, u bolesti - 73 odpovědí, zvýšený přísun tekutin – 10 odpovědí. 15 respondentů uvedlo možnost jiné.

Graf 19 – Oblast omezení (graf k otázce č. 19)



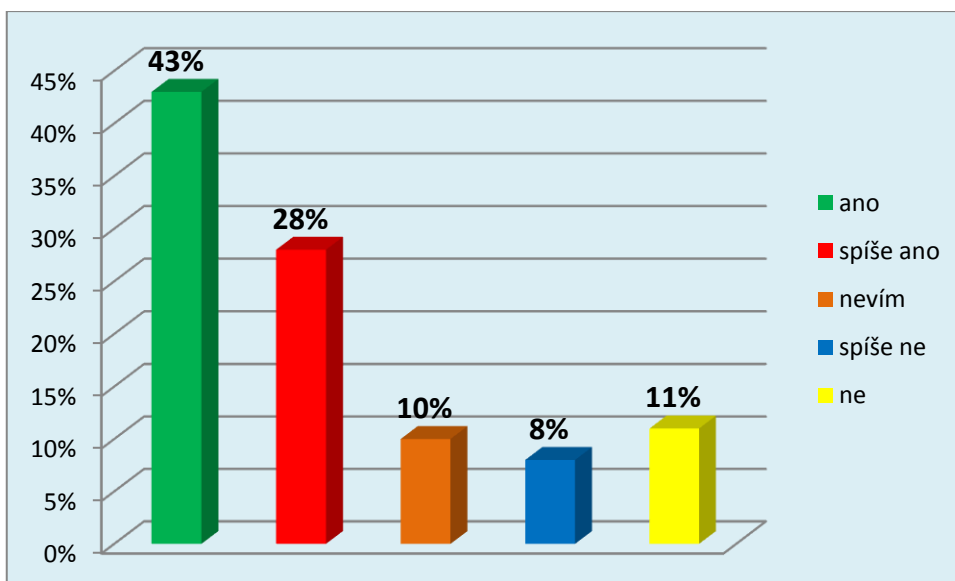
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 284. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u omezení v zaměstnání nebo ve škole – 88 odpovědí, v sexuálním životě - 83 odpovědí, v společenském životě – 59 odpovědí, ve sportovních aktivitách – 42 odpovědí, žádné omezení – 3 odpovědi. 5 respondentů uvedlo možnost jiné a 4 nevím.

Graf 20 – Změna zaměstnání (graf k otázce č. 20)



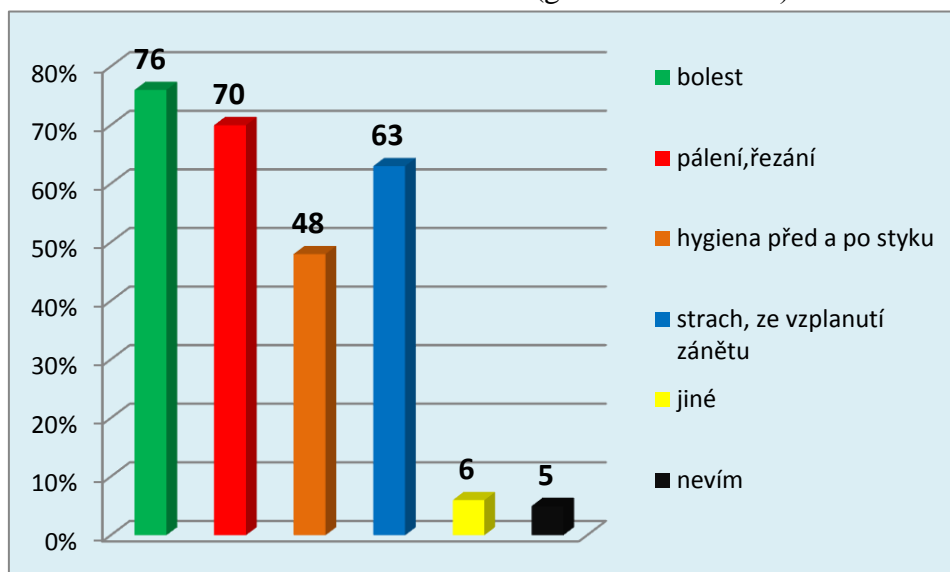
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek nemuselo 118 (98%) změnit zaměstnání z důvodu onemocnění a 2 (2%) změnilo zaměstnání z důvodu onemocnění.

Graf 21 – Ovlivnění sexuálního života (graf k otázce č. 21)



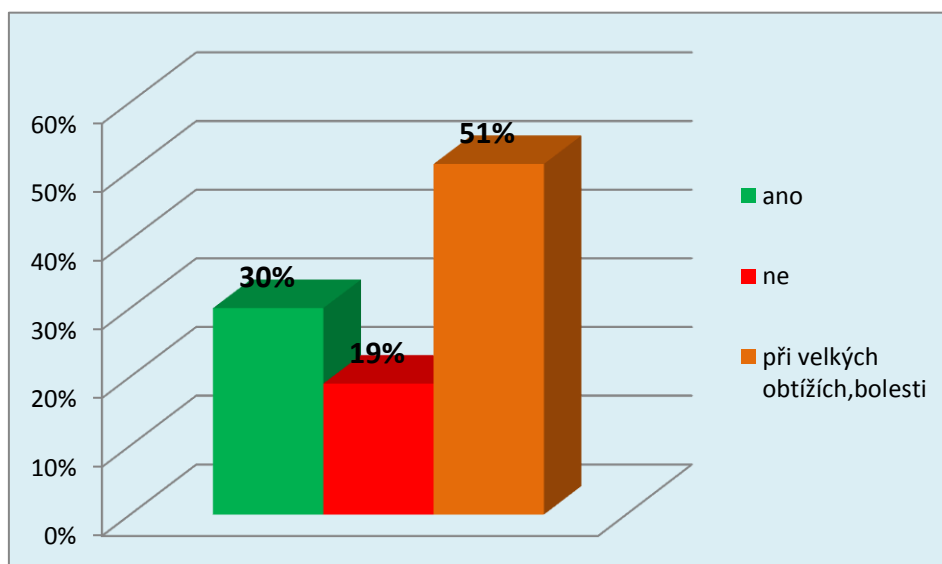
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek ovlivňuje onemocnění sexuální život 51 (43%) ženám, 34 (28%) ženám spíše ano, 13 (11%) žen odpovědělo na otázku ne, 12 (10%) žen uvedlo nevím a 10 (8%) spíše neovlivňuje onemocnění sexuální život.

Graf 22 – Omezení v sexuálním životě (graf k otázce č. 22)



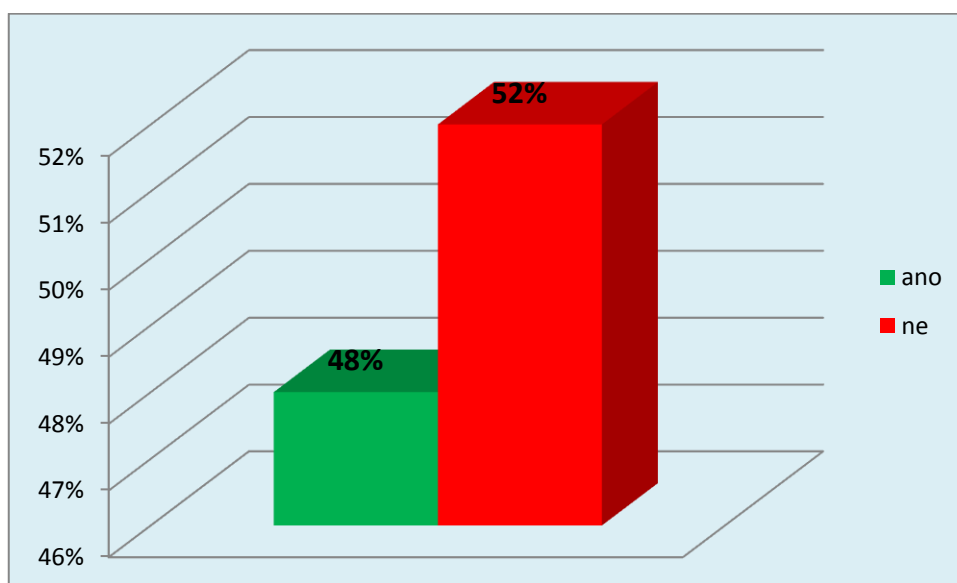
Z celkového počtu 85 byla nejvyšší četnost odpovědí zaznamenána u omezení z důvodu bolesti – 76 odpovědí, nepříjemné pocity (pálení, řezání) - 70 odpovědí, strach a obavy ze vzplanutí zánětu – 63 odpovědí, důkladná intimní hygiena před a po pohlavním styku – 48 odpovědí. 6 respondentů uvedlo možnost jiné a 5 nevím.

Graf 23 – Návštěva lékaře při projevení příznaků (graf k otázce č. 23)



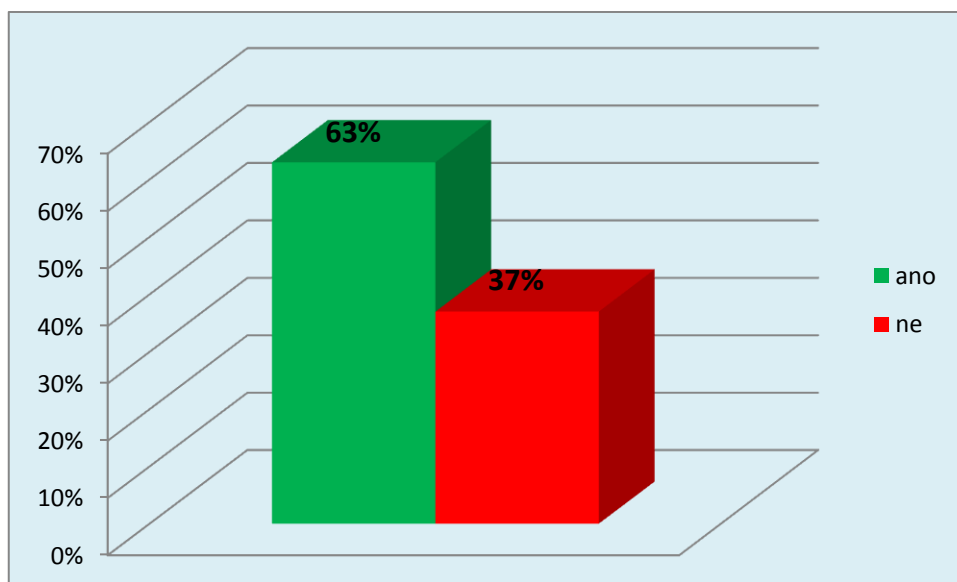
Z celkového počtu 120 (100%) respondentek navštěvuje lékaře pouze při velkých obtížích a velké bolesti 61 (51%), 36 (30%) navštěvuje lékaře vždy při prvních známkách infekce a 23 (19%) nenavštěvuje lékaře, při prvních známkách infekce.

Graf 24 – Užívání léků ovlivňující infekci močového měchýře (graf k otázce č. 24)



Z celkového počtu 120 (100%) respondentek uvádí 63 (52%) neužívání léků ovlivňující infekci močového měchýře a 57 (48%) užívá léky.

Graf 25 – Pravidelné kontroly u lékaře (graf k otázce č. 25)



Z celkového počtu 120 (100%) respondentek chodí na pravidelné kontroly 75 (63%) a 45 (38%) žen nechodí na pravidelné kontroly k lékaři.

5 Diskuze

V bakalářské práci zaměřené na ošetrovatelskou péči u žen s recidivujícím zánětem močového měchýře jsem si vytyčila dva cíle, zjistit zda jsou pacientky spokojeny s informacemi o svém onemocnění a zjistit, zda onemocnění omezuje pacientky ve společenském životě. Pomocí kvantitativního výzkumného šetření byly ověřovány stanovené hypotézy. Sběr dat probíhal formou anonymních dotazníků v urologických a gynekologických ambulancích ve FN Plzeň a v Nemocnici České Budějovice a.s.

Dotazník obsahoval 25 otázek.

Graf 1 znázorňuje věkové rozhraní respondentů. Z celkového počtu 120(100%) bylo 82% žen ve věku od 21-40 let. Kolombo (6) ve své publikaci uvádí, že ve věku od 20 do 40 let má žena alespoň jednu prodělanou ataku zánětu močového měchýře. Dále bylo zastoupeno v počtu 15% žen, věková kategorie <21 let, ve věku 41-55 let byli zastoupeny pouze 3% žen a ve věku 56 let a více se nenacházela žádná respondentka.

Graf 2 se zajímal o zaměstnání respondentek, kde 82% žen byly studentky, 17% žen bylo v pracovním poměru a 2% respondentek byla nezaměstnaná.

Graf 3 je zaměřen na věk žen, při objevení první ataky zánětu močového měchýře. Z grafu vyplívá, že nejčastější je věková hranice mladší 21 let při objevení první infekce, u 78 % žen. Kawaciuk (31) uvádí nečastější postižení u žen ve věku od 20-40 let. Ve věkové hranici 21- 40 let se nacházelo 22% respondentek, pouze 1% žen bylo v rozmezí 41-55 let a věku 56 let a více nedosáhl žádný respondent. Podle mého názoru je patrné, že jsou nejčastěji postiženy zánětem močového měchýře ženy ve věku okolo 20 až 40 let.

Recidivy zánětu močového měchýře nám objasňují otázky v Grafu 4, 5, 6. Graf 4 je zaměřen na délku výskytu infekce, z něho vyplívá, že nejvíce a to 32% žen má délku výskytu méně jak 1 rok. Graf 5 poukazuje na četnost objevení se zánětu. U 41% žen se zánět vyskytuje 3-4x do roka, u 33% žen se vyskytne 2x do roka, 1x za rok se vyskytne u 18% žen a více jak 4x za rok se vyskytne pouze u 9%. Graf 6 se zabýval objevením se zánětu po předchozím, kde nejvíce žen 33% má objevení se zánětu

po předchozím do 3 měsíců. Kawaciuk (31) ve své publikaci uvádí, že riziko recidivující infekce močového měchýře stoupá s počtem předchozích infekcí a klesá s časovou délkou mezi první a druhou infekcí.

Graf 7 odhaloval, zda si jsou respondentky vědomy příčiny vyvolávající zánět. Graf ukazuje, že 20% žen si je zcela jisto příčiny a spíše jisto si je 42%. Z uvedených výsledků jsem velice příjemně překvapena, zjištěním že 62% žen zná možnou příčinu vyvolávající zánět.

Informovaností respondentek se zabýval Graf 8 a 9. Graf 8 byl zaměřen na poskytnutí informací od ošetřujícího lékaře, kdy spokojeno s informacemi je 29% žen, spíše jsou spokojeny s informacemi 26%, spíše nejsou spokojeny s informací 28% žen, zcela nejsou spokojeny 8% a 10% žen odpovědělo, že neví. Dle uvedených hodnot vyplývá že hypotéza- Informovanost pacientek je v této oblasti nedostačující, je potvrzena. Domnívám, že informace od ošetřujícího lékaře jsou nedostačující a v problematice zánětu močového měchýře jsou informace od lékaře zcela nezbytné. V grafu 9 zaznamenalo 76% žen sdělení informací od lékaře, od zdravotní sestry dostalo informace 15% a poskytnutí informací od jiného ošetřujícího personálu zaznamenalo 9% žen.

Srozumitelnost informací odkrývá Graf 10. Pro 49% byli informace zcela srozumitelné a pro 39% žen byly informace spíše srozumitelné. Nesrozumitelné byli pouze pro 2% a spíše nesrozumitelné pak pro 6% žen. S výsledky jsem velice spokojena, u většiny dotazovaných vidíme kvalitu ve srozumitelnosti poskytnutých informací.

Na vyhledávání informací byla zaměřena otázka 11 a 12. Z grafu 11 je zřejmé, že vyhledávalo informace o onemocnění 73% a spíše vyhledávalo 12% žen. Z toho usuzuji, že celkového počtu respondentek vyhledávalo 85% žen, informace i jinde, tudíž nebylo spokojeno s informacemi od svého ošetřujícího lékaře. Na toto navazuje graf 12, který nám podhaluje, kde ženy získávaly informace. 80% žen vyhledávalo informace na internetu, 54% měly informace od svých známých či přátel a pouze 23% se o dalších informacích dočetlo v odborné literatuře nebo časopise. Za důvěryhodné informace považují pouze ty, které jsou z odborné literatury nebo časopisu.

Znalost preventivních postupů je otázka popsána v grafu 13. Nejčastější odpověď z celkových 291 odpovědí uvádí zvýšenou hygienu až 70 žen. Horáčková (5) ve své publikaci uvádí provádění důkladné hygieny, oproti tomu Kolombo (6) popisuje nevhodnost nejen nedostatečné, ale i nadměrné hygieny v oblasti preventivních postupů. Další položkou byla prevence prochladnutí s četností 67 odpovědí. 55 žen zaznamenala nošení vhodného prádla. Užívání doplňků stravy uvádí 52 žen. Pouze 30 žen uvedlo zvýšený přísun tekutin a jen 17 žen napsalo vymočení po pohlavním styku. Mnoho autorů Zámečník, Macek (8) či Teplan (9) uvádějí v preventivních postupech za významné zvýšení příjmu tekutin, užívání doplňků stravy, vymočení se po pohlavním styku, nepoužívání spermicidních prostředků či dezinfekčních mýdel. Z uvedených výsledků můžeme vidět, že žádná respondentka neuvedla nepoužívání spermicidních prostředků nebo dezinfekčních mýdel. Pouze málo respondentek uvedlo vymočení po pohlavním styku a zvýšený přísun tekutin, které autoři ve svých publikacích považují za klíčové. Vysoký počet žen uvedlo prevenci prochladnutí, které autoři vůbec nepublikují.

Následující otázka 14 nám přímo odpovídá na hypotézu H5 - Ženy s recidivujícím zánětem močového měchýře nedodržují režimová opatření. Hypotéza se potvrdila. Graf 14 nám zobrazuje, že pouze 25% žen dodržuje striktně preventivní opatření. Pouze některá doporučení dodržuje 48%. Jen při nedávno prodělaném zánětu plní opatření 13% žen, nedodržují 2%. Odpověď „jak kdy“ uvedlo 13% žen. Bartoníčková (13) potvrzuje, za vhodné, dodržování preventivních opatření při léčbě. Dle mého názoru má mnoho žen problémy s recidivujícími infekcemi močového měchýře z důvodu nedodržování preventivních zásad.

Graf 15, 16 nám poukazuje na pracovní neschopnost nebo absenci ve škole z důvodu zánětu močového měchýře. Z grafu vyplívá, že 63% žen muselo být v pracovní neschopnosti nebo mělo absenci ve škole z důvodu onemocnění. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 17%. Z těchto údajů vychází, že hypotéza H1 - Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v pracovním procesu, se potvrdila. Také Kolombo (6) ve své publikaci zveřejňuje studii, podle které je jedna ataka zánětu močového měchýře spojována s 1,2 dne pracovní neschopnosti. Na to navazuje graf 16,

který se zaměřil na počet, kolikrát se žena v situaci nacházela. 63% žen se v situaci nacházelo 1x za rok, 21% bylo v situaci 2x do roka a 17% se v situaci ocitla 3x i vícekrát do roka.

Oblastí pracovní sféry se ještě zabýval graf 20. Zde, je nám odhaleno kolik žen změnilo zaměstnání z důvodu zánětu močového měchýře. Pouhé 2% žen muselo změnit zaměstnání a 98% odpovědělo ne. Z mého pohledu se domnívám, že mnoho žen chtělo nebo uvažovalo o změně zaměstnání, už jen z důvodu že směnnost na některých pracovních pozicích není vhodná při stále se opakujících zánětech. Pravidelný příjem tekutin a časté vyprazdňování v mnoho zaměstnáních není možný podle potřeb žen. Ale zaměstnání nezměnily pravděpodobně z důvodu ekonomické či jiné situace.

Graf 17 a 18 jsou přímou odpovědí na hypotézu H3- Opakované recidivy zánětu močového měchýře vyřazují ženy ze společenského života. Hypotéza se nepotvrdila. Z grafu 17 vyplívá, že 50% žen se cítí omezení ve svém společenském životě. Spíše ano uvádí 20% žen. Podotázka je vyznačena v grafu 18, z kterého vyplívá, že nejvíce jsou ženy omezeny nepříjemnými pocity při močení 84 odpovědí, dále omezuje 73 žen bolest a nutnost zvýšeného příjmu tekutin omezuje 10 žen. Bartoníčková (13) uvádí rychlý někdy až zlomový nástup bolesti a mikčních obtížích. Dle mých zkušeností jsou příznaky zánětu močového měchýře velmi intenzivní, často až nesnesitelné. Omezení přichází ve velmi rychlém nástupu.

Grafu 19 popisuje výsledky zabývající s oblastmi, ve kterých se cítí ženy omezeny. Vyplívá, že nejvíce se ženy cítí omezení v zaměstnání nebo ve škole a to až 88 žen. Následující omezení uvádí v sexuálním životě 83 žen. Poté v počtu 59 žen zaznamenávají ve svém společenském životě. Ve sportovních aktivitách je zastoupení žen v počtu 42. 4 ženy na otázku nevědělo odpověď. Zánětem močového měchýře nejsou omezeny 3 ženy. Odpověď „jiné“ uvedlo 5 žen. Z výše uvedených výsledků vyplívá, že hypotéza H2- Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v jejich sexuálním životě, se potvrdila. Tyto informace jsou velice znepokojivé, vidíme zde, že onemocnění omezuje ženy v mnoha oblastech života najednou.

Otázky, které jsou zaměřené na omezení v sexuálním životě a konkrétních omezení v sexuálním životě se zabýval graf 21 a 22. Z grafu 21 vyplívá, že onemocnění

omezují ženy v jejich sexuálním životě zcela jistě 43% a spíše cítí omezení 28% žen. Z grafu 22 je zřejmé, že 70 žen jsou omezeny v sexuálním životě z důvodu nepříjemných pocitů, jako je pálení a řezání. 76 žen jsou omezeny z bolesti, které doprovázejí zánět močového měchýře. Obavy a strach z objevení se zánětu po pohlavním styku uvedlo 63 žen. Důkladná hygiena před a po pohlavním styku omezuje 48 žen. Merta (7) uvádí, že každodenní pohlavní styk zvyšuje riziko vzniku recidivujícího zánětu močového měchýře až devítinásobně. Zmiňuje také, že je problematické určit, nakolik má význam doporučení pacientkám sexuální abstinenci krátce po prodělaném zánětu močového měchýře. Dle mého úsudku vidíme alarmující zjištění, kdy mnoho žen má problémy v sexuálním životě jak z důvodu bolesti, nepříjemných pocitů či ze strachu, ale také z lékařských doporučení, kdy je ženám doporučováno přerušování sexuálního styku.

Návštěvu lékaře zjišťoval graf 23, kdy 51% žen uváděly návštěvu lékaře pouze při velkých obtížích a bolestech. 30% navštívily lékaře vždy při projevení prvních příznaků infekce a 19% lékaře nenavštíví. Kolombo (6) ve své publikaci uvádí charakteristické příznaky zánětu močového měchýře, jako jsou: pálení a řezání, bolestivá mikce, suprapubická bolest. Z vlastní zkušenosti z praxe na urologických ambulancích vím, že často ženy navštíví lékaře až už po několika hodinách po projevení prvních příznaků a po propuknutí nesnesitelné bolesti.

Graf 24 se zabýval užíváním léků ovlivňující zánět močového měchýře, kde z uvedených výsledků vyplývá, že 53% neužívá léky a 48% žen léky užívá. Dle Zámečnicka (8) je vhodné užívání přípravků s cílem zvýšit humorální a buněčnou imunitu, účinnost se dostavuje ale po delším a pravidelném užíváním. Doporučovány jsou i doplňky stravy s obsahem brusinek, kde je nutné, aby byl denní přísun alespoň 36 mg za den. Dalším způsobem je možné užívání probiotik, kde je cíl přirozeně obnovit střevní i vaginální kolonizaci.

Na pravidelné kontroly u lékaře byl zaměřen graf 25, kde ze zjištěných informací 63% žen chodí na pravidelné kontroly k lékaři. Z uvedených výsledků jsem mile překvapena, že převážná většina žen chodí na pravidelné kontroly a nezanedbává svoji zdravotní péči.

6 Závěr

Bakalářská práce „Ošetrovatelská péče u žen s recidivujícím zánětem močového měchýře“ se v teoretické části zabývá příčinami, příznaky, diagnostickými metodami a léčbou a i preventivními postupy zánětu močového měchýře. V práci byly stanoveny dva cíle, které měli za úkol zjistit, zda jsou pacientky spokojeny s informacemi o svém onemocnění a zda onemocnění omezuje pacientky ve společenském životě.

Dále bylo stanoveno 5 hypotéz. H1: Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v pracovním procesu. Tato hypotéza se potvrdila, výzkumné šetření ukázalo, že 80% oslovených respondentů muselo být v pracovní neschopnosti.

Další hypotéza H2: Opakované recidivy zánětu močového měchýře omezují ženy v jejich sexuálním životě, se také potvrdila, 83 respondentek uvedlo, že je onemocnění omezuje v sexuálním životě. Třetí hypotéza H3: Opakované recidivy zánětu močového měchýře vyřazují ženy ze společenského života se nepotvrdila. Z výzkumného šetření, uvedlo omezení ve společenském životě 59 respondentek. Čtvrtá hypotéza H4: Informovanost pacientek je v této oblasti nedostačující, se potvrdila. Z výzkumného šetření vyplívá, že dotazované respondentky jsou nedostatečně informována o svém onemocnění. Poslední hypotéza H5: Ženy s recidivujícím zánětem močového měchýře nedodržují režimová opatření, se potvrdila. Z výzkumného šetření vyplívá, že více než polovina dotazovaných respondentek dodržuje jen některá preventivní opatření.

Výstupem této práce je informační letáček, který bude nabídnut ženám, které se ve svém životě setkaly se zánětem močového měchýře a ženám, které se léčí s recidivujícím zánětem močového měchýře. Informace mohou být nápomocné při edukaci a informovanosti v preventivních postupech a opatřeních, které jsou nesmírně důležité při recidivách zánětu močového měchýře.

7 Seznam literárních zdrojů

1. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA et al. *Základy anatomie 3. Trávící, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-302-8
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Manus, 2007. ISBN 978-80-86571-00-3
4. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7
5. HORÁČKOVÁ, Miroslava. Akutní a akutně recidivující infekce močových cest. *Medicína pro praxi*. 2010, č. 3, s. 135-138. ISSN 1214-8687.
6. KOLOMBO, Ivan, Tomáš HANUŠ, Jaroslav PORŠ, Martina PORŠOVÁ, et al., *Infekce močových cest pro praktické lékaře a specialisty*. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-7262-445-8
7. MERTA, Miroslav. *Infekce dolních močových cest*. In: *Zdraví E15* [online].[2002-30-5]. Dostupné z: (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/infekce-dolnich-mocovych-cest-145388>).
8. ZÁMEČNÍK, Libor a Petr MACEK. *Moderní farmakoterapie v urologii*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-276-6
9. TEPLAN, Vladimír, Miroslava HORÁČKOVÁ a Eliška BÉBROVÁ, et al., *Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku*. Praha: Grada. 2004. 252 s. ISBN 80-247-0566-4
10. TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2208-8

11. MACEK, Petr, Tomáš HANUŠ a Petr HERLE. *Urologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011. ISBN 978-80-86307-85-5
12. MIKŠOVÁ Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4
13. BARTONÍČKOVÁ, Kateřina. *Léčba akutní uroinfekce v ordinaci praktického lékaře*. In: *Zdraví E15* [online].[2011-31-1]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-akutni-uroinfekce-v-ordinaci-praktickeho-lekare-457771>.
14. HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-387-5
15. MATOUŠKOVÁ, Michaela a kol. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Asclepius, 2013. ISBN 978-80-904899-4-3
16. VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ, Silvie SULKOVÁ DUSILOVÁ a kol. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3227-5
17. MONHART Václav, Pavel BREJNÍK a Otto HERBER, *Infekce urogenitálního traktu*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. ISBN 80-86998-16-9
18. TEPLAN, Vladimír. *Nefrologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-422-5
19. PLEVOVÁ, Ilona a kol., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
20. TÓTHOVÁ, Valérie a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1
21. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská péče, úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9

22. Kolektiv autorů. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6
23. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2
24. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-599-4
25. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, et al. *Ošetrovatelské postupy II. Speciální část*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-3420-0
26. NANDA INTERNATIONAL, NANDA - *Ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1
27. VENGLAŘOVA, Martina a Gabriela. MARHOVA *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNET. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
29. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.
30. KOLEKTIV. *Ošetrovatelské diagnózy*. Nanda International. 2012-2014. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8
31. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7

8 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Informační brožura

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Vážená slečno/paní,

Jmenuji se Lucie Millerová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor všeobecná sestra. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění celého dotazníku, který mi bude oporou při výzkumném šetření prováděném za účelem zpracování mé bakalářské práce na téma – **Ošetrovatelská péče u žen s recidivujícím zánětem močového měchýře**. Data jsou zcela anonymní a budou použita pouze k vypracování mé práce.

Pokud u otázek není uvedeno jinak, je vždy pouze jedna odpověď správná, tu prosím zaškrtněte.

Děkuji Vám za váš čas, ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníku.

Lucie Millerová

1. Jaký je váš věk?

- a) <21 let
- b) 21-40 let
- c) 41-55 let
- d) 56 a více let

2. Jaké je vaše zaměstnání?

- a) Studentka
- b) Pracující
- c) Nezaměstnaná
- d) Důchodce
- e) Jiné:

3. V kolika letech se u Vás poprvé objevil zánět močového měchýře?

- a) <21 letech
- b) 21-40 letech
- c) 41-55 letech
- d) 56 a více letech

4. Jak dlouho se léčíte s infekcí močového měchýře?

- a) méně jak 1 rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-5 let
- d) 6 let a více

5. Jak často se u Vás objevuje zánět močového měchýře?

- a) 1x za rok
- b) 2x za rok
- c) 3-4x za rok
- d) více než 4x za rok

6. Za jak dlouho se zánět objevil po předchozím?

- a) Do 1 měsíce
- b) Do 3 měsíců
- c) Do půl roku
- d) Do 1 roku
- e) Rok a více

7. Jste si vědoma příčiny, která u Vás vyvolala zánět?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

8. Byly pro Vás informace o Vašem onemocnění od ošetřujícího lékaře dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

9. Kdo Vám sdělil pro vás nejdůležitější informace?

- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Jiný ošetřující personál

10. Byly pro vás informace srozumitelné?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne

e) Ne

11. Vyhledávala jste informace o Vašem onemocnění i jinde?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

12. Pokud ano, kde jste se o nich dozvěděla? (Možnost zaškrtnou více odpovědí)

a) Dočetla jsem se o nich v odborné literatuře nebo časopise

b) Internet

c) Od známých, přátel

d) Jiné.....

13. Znáte preventivní postupy v předcházení vzniku infekce? (Prosím vypište)

.....
.....

14. Dodržujete preventivní opatření?

a) Striktně ano

b) Pouze některá doporučení

c) Jen při nedávno prodělaném zánětu

d) Ne

e) Jak kdy

15. Musela jste někdy z důvodu zánětu močového měchýře být v pracovní neschopnosti nebo mít absenci ve škole?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

16. Pokud jste odpověděla ano, kolikrát jste se v této situaci nacházela?

a) 1x za rok

b) 2x za rok

c) 3x i více za rok

17. Myslíte si, že Vás onemocnění omezuje ve vašem životě?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

18. Pokud ano, co Vás nejvíce omezuje?(Možnost zaškrtnou více odpovědí)

a) Bolest

b) Nepříjemné pocity při močení

c) Nutnost zvýšeného příjmu tekutin

d) Jiné:

19. V jaké oblasti Vás nejvíce onemocnění omezuje?(Možnost zaškrtnou více odpovědí)

a) V zaměstnání/ve škole

b) Ve společenském životě

c) V sexuálním životě

d) Ve sportovních aktivitách

e) Ničím mě neomezuje

f) Nevím

g) jiné.....

20. Musela jste z důvodu zánětu močového měchýře změnit zaměstnání?

a) Ano

b) Ne

21. Myslíte si, že zánět močového měchýře ovlivňuje Váš sexuální život?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

22. Pokud jste odpověděla ano, co Vás konkrétně omezuje ve vašem sexuálním životě? (Možnost zaškrtnou více odpovědí)

- a) Bolest
- b) Nepříjemné pocity (pálení, řezání)
- c) Důkladná intimní hygiena před a po sexuálním styku
- d) Obavy, strach že se po pohlavním styku objeví zánět močového měchýře
- e) Jiné.....
- f) Nevím

23. Navštěvujete lékaře vždy, když se u vás projeví příznaky infekce?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pouze při velkých obtížích a při velké bolesti

24. Užíváte některé léky ovlivňující infekci močového měchýře?

- a) Ano
- b) Ne

25. Chodíte na pravidelné kontroly k lékaři?

- a) Ano
- b) Ne

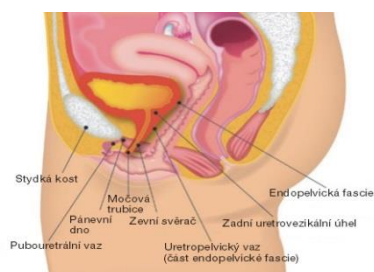
Recidivující cystitida

Informační brožura pro pacienty

2014

1. Anatomie ženy

Močová trubice slouží k odvodu moče z močového měchýře ven z těla. U žen je močová trubice krátká okolo 4 cm a nachází se v těsné blízkosti konečníku. Oproti mužům, kde je délka močové trubice okolo 15-20 cm. Krátká močová trubice je prospěšná zejména u cévkování močového měchýře, ale oproti tomu je zde zvýšené riziko přenosu infekce nežli u mužů.



Obr. 1 Anatomie ženy

2. Cystitida

Cystitida (zánět močového měchýře) patří spolu s respiračními záněty mezi nejčastější infekce vůbec. Až 50% žen onemocnělo ve svém životě akutním zánětem močového měchýře. Postihuje především ženy okolo 20-40 věku života. Přibližně u každé třetí ženy se zánět objeví opakovaně.

Příčina:

Nejčastější příčinou bývá bakterie E. coli, která se ascendentní (vzestupnou) cestou dostane přes močovou trubici dále do močového měchýře. Přejít patogenu usnadňují některé faktory: sexuální styk, nadměrná hygiena, používání spermicidních prostředků.

Projevy:

Charakteristickými příznaky zánětu je časté a bolestivé močení. Pálení a řezání při močení, nejčastěji ke konci mikce. Časté močení po malých porcích, zápachající a zkalená moč, někdy i s příměsí krve.

Diagnostika:

- Fyzikální vyšetření – močový měchýř se pomocí palpce vyšetřuje nad sponou stydkou (obr. 2)



Obr. 2 Palpace močového měchýře

- Mikrobiologické vyšetření močového sedimentu – kde se zjišťuje přítomnost bakterií, leukocytů a erytrocytů. K vyšetření je vhodné odebrat ranní moč.
- Kultivační vyšetření moče – zde nutné odebrat střední proud moče po hygieně genitálu. Vzorek moče se musí odebrat do suché, sterilní zkumavky. Nedotýkáme se vnitřku nádoby z důvodu jejího znesterilnění. V urologické ambulanci se moč vždy odebírá pomocí cévkování močového měchýře
- *Ultrasonografie* – Bezbolestné
- vyšetření močového měchýře, kde je nutná náplň močového měchýře před vyšetřením.
- *Uroflowmetrie* – vyšetření, které slouží k měření průtoku moče při močení a zjištění případných stenóz na močové trubici.

Léčba:

Zvýšený přísun tekutin spolu s užívání bylin napomáhá v léčbě akutního zánětu močového měchýře.

Nejčastějším způsob léčby je perorální užívání antibiotik. Doplněním léčby je zvýšený přísun tekutin, být v teple a můžete užívat i extrakty z brusinek

3. Prevence recidivující cystitidy

Základem prevence zánětu patří režimové a farmakologické postupy. Mezi *režimová opatření* patří: Zvýšený přísun tekutin, důkladná intimní hygiena před a po sexuálním styku, nezadržování moče a vymočení celého obsahu, vymočení po pohlavním styku, nošení bavlněného spodního prádla, nepoužívání spermicidní prostředků, zamezení v používání dezinfekčních mýdel.

Farmakologická opatření: Enzymoterapie, imunoterapie, užívání prostředků s vysokým obsahem extraktu z brusinek.

Prostor pro Vaše poznámky:



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

S případnými dotazy se obraťte na svého lékaře:

† jméno:

☰ adresa:

☎ telefon:

📧 e-mail: