

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Alena Novotná

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Úloha sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest  
močových**

bakalářská práce

Autor práce: Alena Novotná

Studijní program: všeobecná sestra – kombinované studium

Studijní obor: tříletý bakalářský

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

## **Abstrakt**

Úloha sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových je v současné době jedním z nejaktuálnějších témat urologie, gynekologie i neurologie. S ohledem na poslední výsledky epidemiologických studií, ukazujících na vysokou prevalenci v populaci, je v posledních letech tomuto problému věnována mimořádná pozornost. Dysfunkce dolních močových cest je definována jako soubor symptomů.

K získání potřebných informací bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření a použita metoda dotazování s technikou nestandardizovaného rozhovoru. Osloveno bylo celkem 8 pacientů s dysfunkcí dolních cest močových a 8 sester pracujících na urologických odděleních a ambulancích Jihočeského kraje. K získání potřebných informací byly v této práci stanoveny tyto cíle: 1. Zjistit způsob získávání informací pacientů s dysfunkcí dolních cest močových. 2. Zjistit informovanost pacientů s dysfunkcí dolních cest močových. 3. Poukázat na podíl sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových. Ke stanovení cílů byly dány výzkumné otázky: 1. Jakým způsobem získávají pacienti s dysfunkcí dolních močových cest informace? 2. Jakými informacemi disponují pacienti s dysfunkcí dolních cest močových? 3. V jakých činnostech se sestry podílejí v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových. Z šetření vyplynulo, že populace o této dysfunkci nemá mnoho informací. Jestliže se u člověka vyskytne soubor příznaků, vyhledá ošetření u praktického lékaře, gynekologa či pediatra a po neustupujících potížích je odeslán na urologické oddělení k vyšetření. Je však mnoho pacientů, kteří s ošetřením otálejí měsíce i roky. Dále byl zjišťován podíl sester na péči o tyto pacienty. Jednalo se o personál, který měl dlouholeté zkušenosti.

Výsledky mohou sloužit sestrám ke zlepšení kvality poskytované péče u pacientů s dysfunkcí dolních cest močových. Dále mohou zjištěné informace poukázat na chyby, kterých je třeba se vyvarovat při spolupráci sestry s pacientem, a informace ze šetření mohou také sloužit ke zhotovení informační brožury.

**Klíčová slova:** Dysfunkce dolních cest močových, hyperaktivní močový měchýř, sestra, inkontinence, pacient.

## **Abstract**

The role of a nurse in the care of patients with dysfunction of lower urinary tract is one of the most urgent topics of modern urology, gynaecology and neurology. With regard to the latest results of epidemiological studies pointing out high prevalence in the population this problem has been in the centre of attention recently. Dysfunction of lower urinary tract is defined as a complex of symptoms.

A quantitative research was performed to obtain the necessary information, employing the method of questioning with the technique of non-standardized interview. 8 patients with dysfunction of lower urinary tract and 8 nurses working at urological wards and outpatient departments in the South Bohemian Region were invited to participate. The following goals were set to obtain the necessary information:

1. To find out how patients with dysfunction of lower urinary tract gain information.
2. To find out how well patients with dysfunction of lower urinary tract are informed.
3. To point out the role of a nurse in the care of patients with dysfunction of lower urinary tract.

The following research questions were set to reach the goals: 1. How do patients with dysfunction of lower urinary tract gain information? 2. What information is available to patients with dysfunction of lower urinary tract? 3. In what activities do nurses participate in the care about patients with dysfunction of lower urinary tract? The research has shown that the population is not well informed about this dysfunction. If the complex of symptoms occurs the affected persons seek help with general practitioners, gynaecologists or paediatricians and if the problems endure they are sent to a check up at a urological department. However there are lots of patients who procrastinate to go to a check up for months or even years. The role of a nurse in the care of these patients was also examined among experienced staff.

The results may help nurses improve the quality of the care provided to patients with dysfunction of lower urinary tract. The obtained information may also point out the mistakes that should be avoided in cooperation of a nurse with a patient; the information from the research may serve for preparation of an educational plan.

Key words: Dysfunction of lower urinary tract, hyperactive bladder, nurse, incontinence, patient.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Úloha sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce Zdravotně sociální fakultou, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 výsledky 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 .....

.....

Novotná Alena

### **Poděkování**

Poděkování patří vedoucí mé práce Mgr. Aleně Polanové.

Dále děkuji MUDr. Jaroslavu Ženíškovi za připomínky a rady při zpracování teoretické části. Mé poděkování patří také mé rodině za podporu a trpělivost při studiu.

## Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Anatomie dolních cest močových.....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Anatomie ženské a mužské močové trubice.....	10
1.1.2 Fyziologie močení a poruchy tvorby moče .....	11
<b>1.2 Dysfunkce dolních cest močových .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Etiologie inkontinence moči.....	13
<b>1.3 Etiologie hyperaktivního močového měchýře .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Diagnostika a anamnéza u močové inkontinence a hyperaktivního močového měchýře (OAB) a podíl sestry .....</b>	<b>15</b>
1.4.1 Prevence močové inkontinence a úloha sestry v poskytování informací.....	17
1.4.2 Laboratorní vyšetření moče a podíl sestry na validním odběru .....	19
1.4.3 Speciální, cílená vyšetření při inkontinenci a OAB a spolupráce sestry.....	20
<b>1.5 Léčba a změny životního stylu u inkontinence a OAB .....</b>	<b>23</b>
1.5.1 Gymnastika svalů pánevního dna a trénink močového měchýře .....	24
1.5.2 Farmakoterapie u pacientů s DDCM a spolupráce sestry .....	25
1.5.3 Chirurgická léčba u DDCM .....	27
1.5.4 Ošetrovatelská péče stresové inkontinence po výkonu TOT.....	28
<b>1.6 Úloha sestry při komunikaci a edukaci u pacienta s inkontinencí a OAB ...</b>	<b>29</b>
<b>1.7 Úloha sestry v pomoci pacientovi zvolit odpovídající inkontinenční pomůcku při léčbě inkontinence a OAB .....</b>	<b>31</b>
<b>2 Cíle a výzkumné otázky .....</b>	<b>32</b>
2.1 Cíle práce .....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
<b>3 Metodika .....</b>	<b>33</b>
3.1 Metodika a technika šetření.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	33
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>34</b>
4.1 Kvalitativní šetření u pacientů s DDCM.....	34

4.2 Kvalitativní výzkum u sester .....	53
5 Diskuse .....	70
6 Závěr .....	76
7 Seznam použitých zdrojů .....	78
8 Přílohy.....	81



## **Seznam použitých zkratk**

ICS – International Continence Society

DDCM – Dysfunkce dolních cest močových

OAB – Overactive bladder

TOT – Transobturator tape

## Úvod

Problematika inkontinence a hyperaktivního měchýře je v současné době jedním z nejaktuálnějších témat urologie, gynekologie a neurologie. S ohledem na poslední výsledky epidemiologických studií, ukazujících vysokou prevalenci hyperaktivního měchýře v populaci, je zřejmé, že je tomuto problému věnována mimořádná pozornost. Nejde sice o asociovaný stav s vysokou mortalitou či morbiditou, přesto významně ovlivňuje hygienickou a společenskou stránku života. V brzké budoucnosti tak můžeme předpokládat, že se s problematikou hyperaktivního měchýře a inkontinence budeme setkávat stále více, vzhledem k prodlužující se délce života, ale i skutečnosti, že tyto potíže přestávají být zapovězené (1).

Je známo, že každá žena se během svého života alespoň jednou setká se samovolným únikem moče. S postupujícím věkem pak riziko trvalejších obtíží roste. Ve věku nad 50 let trpí některým z typů inkontinence každá druhá až třetí žena. V mužské populaci byla dysfunkce dolních močových cest často spojována pouze s benigní hyperplázií prostaty. Nyní je zřejmé, že i muži mají často problém s hyperaktivním měchýřem či inkontinencí podobně jako ženy. U části z nich jde o stavy po radikálních operacích prostaty pro karcinom, jejichž počet dramaticky narůstá po 50. roku věku (2).

Ze statistických údajů vyplývá, že únikem moči v České republice trpí na 700 tisíc lidí. Přibližně asi čtvrtina z nich trpí urgentní inkontinencí, třetina stresovou inkontinencí a smíšená inkontinence se vyskytuje u čtvrtiny z nich. Ve věku 15–64 let je postiženo únikem moče 15–30 procent žen. Z toho formou stresové inkontinence trpí 20 procent žen ve věku okolo 45 let. Urgentní inkontinencí je postiženo až 60 milionů Evropanů po 40. roce věku (3).

Současná medicína se snaží o zlepšení kvality života novými farmakologickými preparáty a operačními postupy, jejichž cílem je v co nejkratší době problém vyléčit nebo zmírnit na únosnější a zajistit tak lepší život pacienta (4). Nezastupitelnou roli v ambulantní či lůžkové péči o tyto pacienty má sestra. Svými znalostmi každodenně pomáhá a radí, jak potíže lépe zvládat pomocí hygienických zásad a postupů, a dohlíží nad některými léčebnými metodami.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie dolních cest močových

Dolní močové cesty tvoří močový měchýř (vesica urinaria) a močová trubice (uretra). Jejich úkolem je jímání a vyprazdňování moče (5).

Močový měchýř je uložen v malé pánvi za symfysou, je popisován jako dutý svalový orgán, jehož kapacita je asi 400–600 ml. Shromažďuje se v něm moč před vyprázdněním (6). Skládá se z vrcholu (apex), těla (corpus), spodiny (fundus), která je obrácena dorzokaudálně a z hrdla (cervix), které přechází v močovou trubici. U mužů fundus naléhá na prostatu a konečník u žen na děložní hrdlo a pochvu. Sliznice je pokryta vícevrstevným přechodným epitelem. Podslizniční vazivo je řídké. Svalovina má nepravidelnou skladbu, která je na některých místech zesílena. Horní plocha močového měchýře je pokryta peritoneem, které u mužů přechází na konečník a u ženy na přední plochu dělohy (7). Na spodině močového měchýře leží tzv. trigonum. Je vymezeno vnitřním ústím močové trubice a oběma ústími močovodů. Při mikci se trigonum kontrakcí vnitřní podélné vrstvy mění do tvaru nálevky. Tím se otevírá hrdlo močového měchýře. V oblasti hrdla močového měchýře, zejména u mužů, je vyvinut relativně cirkulárně probíhající prstenec hladké svaloviny, která zasahuje až do prostatické uretry. Jejím úkolem je zabraňovat svou kontrakcí retrográdní ejakulaci při imisi spermatu do prostatické uretry (5). Zevně je močový měchýř na horní a zadní straně zčásti kryt serózní vrstvou peritonea, ve zbylých částech je kryt vazivovou adventicií. Tvar močového měchýře ovlivňuje stupeň náplně, stav svalové vrstvy jeho stěny, stav svalstva dna pánevního (viz přílohy 1, 2). Důležitá je i přítomnost či chybění okolních orgánů (6).

### *1.1.1 Anatomie ženské a mužské močové trubice*

Ženská močová trubice (urethra feminina) je 3–4 cm dlouhá. Jde z močového měchýře a probíhá šikmo vpřed. Její zevní ústí je uloženo v poševním vestibulu mezi malými stydkými pysky nad poševním introitem. Močová trubice je opatřena dvěma

svěrači – vnitřním ze svaloviny hladké a vnějším ze svaloviny příčně pruhované (7). Vnitřní svěrač uretry není u žen vyvinut tak jako u muže (1). Sliznice vývodných cest močových je pokryta přechodným epitelem, jenž se vyznačuje mohutnou roztažlivostí. Vyprazdňování je reflexně řízené z bederního sektoru míchy po dosažení fyziologické kapacity (7).

Mužská močová trubice (urethra masculina) je dlouhá asi 20 cm a dělí se na několik částí. Pars intramuralis bývá nazývána hrdlem měchýře, je součástí prostatické uretry procházející prostatou, žlázou produkující sekret, který nutričně zabezpečuje vitalitu spermií. Při apexu prostaty, v místě zvaném colliculus seminalis, ústí do uretry vývodné pohlavní cesty, ductus ejaculatorii et utriculus prostaticus. Zde začíná nejkratší část uretry, pars membranacea, která prochází svalovým dnem pánevním, diafragma urogenitale et diaphragma pelvis. V této části naléhá na uretru zevní svěračový mechanismus tvořený vrstvou hladké a příčně pruhované svaloviny, obepínající ureteru ve tvaru podkovy a přecházející i na apex prostaty a její přední plochu. Hrdlo měchýře, prostatická a membranozní uretra tvoří jako celek zevní kontinenční mechanismus. V klinickém názvosloví bývá tento celek označován jako zadní uretra. Jako přední uretra je označována celá spongiózní část, která se dělí na úsek bulbární, senilní a glandární. Vyústění močové trubice je na špičce penisu (ostium externum). Urethra má esovitý průběh a slouží jako vývodná cesta močová a pohlavní (7). Inervace a cévní zásobením dolních cest močových není součástí této práce.

### *1.1.2 Fyziologie močení a poruchy tvorby moče*

Močení je výsledkem koordinace stahu měchýře a relaxace svěrače. Detruzor měchýře a svěrač tvoří jeden funkční celek (8). Mikční cyklus má dvě základní fáze. Během první fáze dochází k hromadění moči v močovém měchýři. Svalovina měchýře se uvolňuje, naopak svěrač se kontrahuje. Při pocitu nucení k močení je volně vybavena druhá fáze, charakterizovaná stahem měchýře a uvolněním svěrače. U některých žen je močení fyziologicky zahajováno stažením svalů stěny břišní se zvýšením nitrobřišního tlaku (9). Při relaxaci svěrače moč odtéká z těla ven. Oba děje se periodicky opakují. Po

fyziologickém vyprázdnění je močové reziduum nulové (10). Močení je možné volně kdykoliv přerušit stahem svěrače a tok moče se přeruší (9).

Moč je čirá, zlatožlutá tekutina, zbarvená urochromem. Reakce moče je většinou kyselá a specifická hmotnost je okolo 1015–1024 kg/m<sup>3</sup>. Moč obsahuje všechny přirozené součásti krevní plazmy, ovšem v jiných koncentracích. Nejvíce jsou zastoupeny bílkovinné metabolity, tj. kyselina močová, močovina a amoniak. Moč neobsahuje glukózu, bílkoviny ani aminokyseliny.

Normální diurézou rozumíme denní množství moče okolo 1–1,5 litru moče. Je-li objem moče vyšší než 2 litry, je tento stav nazýván polyurií, naopak objem menší než 0,5 litru, je označován jako oligurie. Jako anurie je označován stav, kdy se moč v ledvinách netvoří (8). Pokud je moč zadržována v močovém měchýři, hovoříme o retenci moče. Jedná se o neschopnost vyprázdnit měchýř z důvodů poruchy jeho stažlivosti či překážky v odtoku. Polakisurie je časté močení, kdy se měchýř vyprazdňuje častěji a v menších porcích než obvykle. Jako nykturie se označuje močení v nočních hodinách. Pokud se v noci tvoří více než 30 % z celkového 24 hodinového množství moče hovoříme o noční polyurii. Dysurie je stav spojený s namáhavým či bolestivým močením. Pojmem strangurie je označováno pálení a řezání při močení. Urgence jsou nutkavé a silné pocity k močení už při malé náplni močového měchýře, kterým je těžké odolat. Enuresis nocturna je mimovolní noční únik moče u dětí nad věkovou hranicí, kdy je možné očekávat „suché lůžko“. Inkontinence je definována, jako nedobrovolný únik moče, objektivně prokazatelný, působící společenské a sociální problémy (10).

## **1.2 Dysfunkce dolních cest močových**

V případech, kdy nedochází k výše popsanému fyziologickému jímaní a vyprazdňování moče, hovoříme o dysfunkční mikci nebo mikční dysfunkci, dále již DDCM. Nevyskytují-li se infekce či novotvary v oblasti dolních cest močových, mohou být dysfunkce způsobeny poruchou kontrolního nervového systému, strukturálními abnormalitami či svalovými potížemi. Svůj podíl mají i změny psychiky pacienta (11).

Dysfunkce dolních cest močových se v zásadě dělí na tři skupiny: poruchu jímání moči, poruchu vyprazdňování a kombinaci obou, tedy poruchy jímání i vyprazdňování. Funkční anomálie se může týkat močového měchýře (hypoaktivní či hyperaktivní měchýř), ale i močové trubice (hypoaktivní nebo hyperaktivní uretra) nebo jde o dysfunkci obou částí (12). Příčinou těchto funkčních anomálií jsou benigní hyperplázie prostaty, zánět prostaty, cerebrovaskulární onemocnění, Parkinsonova nemoc, sclerosis multiplex, spinovaskulární onemocnění, cervikální spondylózy, protruze intervertebrálního disku, stavy po velkých pánevních operacích, diabetická polyneuropatie, úrazy a nádorová onemocnění míchy a konečně i vrozené vady postihující jak močopohlavní, tak i nervový systém.

V této práci se zabývám tématem inkontinence a hyperaktivního měchýře.

### *1.2.1 Etiologie inkontinence moči*

Inkontinence moči je dle International Continence Society, dále již ICS, stav nedobrovolného úniku moče, který způsobuje společenský a hygienický problém.

U každého pacienta by měla být inkontinence specifikována podle typu, stupně závažnosti, frekvence výskytu, vyvolávajících faktorů, hygienických zvyklostí, vlivu na sociální život. V zájmu diagnostiky a léčby inkontinence se v současné době užívá klasifikace ICS, která zahájila svoji činnost v roce 1973 (13). Zde jsou typy inkontinence rozděleny na stresovou, urgentní, reflexní a paradoxní (10).

Stresová inkontinence znamená únik moče při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku způsobeném např. kašlem, pláčem, během, tancem nebo smíchem. Příčinou může být trauma pánve, opakovaný porod velkých plodů, operace v oblasti malé pánve, fyzicky namáhavá práce či obezita (14).

Urgentní inkontinence je popisována jako nechtěný únik moči u imperativního nucení na močení. Urgentní inkontinence moči může být způsobena nadměrnými sensorickými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře anebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu (15). Jinak řečeno, mikce přichází nečekaně, náhle, je někdy i bolestivá a lze ji oddálit často jen za cenu úniku moče. Jsou definovány dvě varianty

vzniku. Senzitivní, která velmi pravděpodobně souvisí s přítomností chronického neléčeného zánětu měchýře a motorická, související s patologií detruzoru (14). Při kombinaci urgentní a stresové inkontinence hovoříme o smíšené inkontinenci.

Paradoxní inkontinence je definována, jako inkontinence z přetékání, při překážce v odtoku moče. V přeplněném měchýři intravezikální tlak převyší maximální uretrální tlak. Dojde k úniku takového množství moče a než se oba tlaky vyrovnají a obnoví se kontinence. Takový stav se donekonečna opakuje (11). Tato inkontinence se častěji vyskytuje u mužů s dekompenzovanou subvezikální obstrukcí při diagnóze striktury uretry, benigní hyperplázie prostaty či pokročilém karcinomu prostaty. U žen se jmenovaný typ inkontinence vyskytuje jen vzácně. Subvezikální obstrukce se odráží i na stavu horních cest močových, kde vážně v důsledku přeplněného měchýře transport moče, dochází k městnání, dilataci, k snížení funkce ledvin, případně nevratnému selhání ledvin (14). Tento typ inkontinence jako jediný vyžaduje urgentní zásah s derivací moče.

Reflexní inkontinence souvisí s poškozením nervového systému. Únik moče není doprovázen nucením či jiným příznakem, ale objevuje se neočekávaně, bez provokace. Jedná se o tzv. neurogení poruchu, jejíž patofyziologie je do značné míry závislá na lokalizaci poruchy nervového systému, a to především na ose korové struktury – pontinní mikční centrum – sakrální míšní centrum. Z hlediska závažnosti a možného ohrožení zdraví pacienta jsou nejnebezpečnější poruchy nad úrovní sakrálního mikčního centra. Léčba reflexní inkontinence patří do rukou specialisty, neurourologa, který spolupracuje s neurologem, neurochirurgem a nefrologem, v případě dětských pacientů s pediatrem (12).

### **1.3 Etiologie hyperaktivního močového měchýře**

Hyperaktivní měchýř (overactive bladder), dále již OAB je poměrně velký soubor symptomů definovaný jako urgence s urgentní inkontinencí, nebo bez urgentní inkontinence. Urgence je zpravidla doprovázena častým močením, nykturií a někdy rovněž urgentní inkontinencí. Termín OAB zavedli v roce 1997 do klinické praxe

Abrams s Weinem. Upozorňují na to, že tato diagnóza byla velmi často slučována s diagnózou urgentní inkontinence (16).

V současnosti je prosazován termín mokrý hyperaktivní měchýř v případech, kdy je součástí symptomů urgentní inkontinence a naopak termín suchý hyperaktivní definuje stav, kdy urgentní inkontinence v komplexu symptomů chybí. OAB můžeme rozdělit z hlediska etiologie na primární a sekundární. V případě primárního je neznámá, u sekundárního vzniká na podkladě nádoru močového měchýře, zánětu, konkrementu, cizího tělesa, intersticiální cystitidy, subvezikální obstrukce či radioterapie v oblasti malé pánve (1).

#### **1.4 Diagnostika a anamnéza u močové inkontinence a hyperaktivního močového měchýře (OAB) a podíl sestry**

Diagnostika močové inkontinence je zaměřena na zjištění příčin, které vedou k úniku moče. Podobně je postupováno i v případě hyperaktivního měchýře, obzvláště tam, kde je součástí symptomů inkontinence. Odhalení všech příčin vede ke stanovení správného léčebného postupu. Základem je pečlivá anamnéza, mikční a pitná karta, fyzikální, u žen i gynekologické vyšetření, ultrazvuk, případně další rtg zobrazovací metody, výjimečně endoskopie dolních cest močových. Na vrcholu pyramidy stojí funkční diagnostika, urodynamické vyšetření. Algoritmus vyšetření je veden od jednoduchých, neinvazivních ke složitějším, invazivním metodám (13).

Anamnéza je základním vyšetřením. Umožňuje nám získat důležité údaje z minulosti i ze současného stavu pacienta. Mnoho lidí považuje únik moče za degradující, a tak svůj stav spíše tají. Starší ženy navíc považují inkontinenci za stav spojený s jejich věkem. Je důležité otevřeně, současně však taktně, tento problém probrat.

Rodinná anamnéza, rodinná zátěž ve smyslu vrozených vývojových vad s možným vlivem na uropoetický trakt představuje důležitou informaci, stejně jako výskyt některých komorbidit a jejich léčení, např. cukrovky.

Anamnéza osobní dává přehled o všech onemocněních pacienta a také o lécích, které užívá. Zjišťují se mikční zvyklosti (potíže) v předchorobí, důležitý je opakovaný



výskyt močových infekcí či horečnatých onemocnění močového traktu, které mohou souviset s pyelonefritidami či prostatitidou, upozorňující na možný skrytý výskyt mikčních dysfunkcí. Obdobně zjišťujeme defekační zvyklosti v předchorobí, současný způsob a frekvenci defekace, současnou přítomnost inkontinence střevních plynů a stolice. Velmi citlivou součástí je i anamnéza sexuální. Důležité jsou údaje o sociálním zázemí. Nesmí chybět ani dotaz na léčbu a výsledky jiných odborníků. Zásadní je i osobní farmakologická anamnéza. Některé léky mohou inkontinenci moče výrazně zhoršit, jiné (anticholinergika) naopak ve snaze inkontinenci léčit, mohou vedlejšími účinky negativně ovlivnit jiná onemocnění pacienta (glaukom).

U žen jsou velmi důležité údaje o menstruačním cyklu, počtu a způsobu ukončení těhotenství a hmotnosti porozených dětí. Dále je třeba pátrat po přesných údajích o již prodělaných operacích (13).

Sociální a pracovní anamnéza a častý výskyt mikčních dysfunkcí bývá u pacientů, kteří jsou trvale vystavováni stresu v zaměstnání a dále u osob se sklonem k depresivním stavům. Mnohem více se inkontinence objevuje u žen, které jsou ve svém zaměstnání trvale vystaveny tlaku na oblast malé pánve nebo často přenášejí těžká břemena (zemědělství, strojírenství). Tento fakt je velmi důležitý pro začlenění pacientek zpět do pracovního procesu po dokončené léčbě.

Při odeírání urologické anamnézy vylíčí pacient nejdříve svými slovy potíže s močením a teprve poté údaje cílenými dotazy zpřesníme. Snažíme se získat veškeré údaje o mikčních obtížích a inkontinenci moče, abychom mohli potvrdit či vyloučit diagnózu inkontinence či jiná probíhající onemocnění dolních cest močových a okolních orgánů. Pacienti udávají často tlak nebo bolest za sponou, polakisurii, dysurii a hematurii. Při inkontinenci nás zajímá začátek úniku moče, jeho vztah k porodu, operaci, úrazu či jiné události. Dále je nutné zjistit okolnosti, za kterých pacient moč neudrží. Tedy, zda moč uniká při kašli, kýchnutí, smíchu, poskočení, chůzi ze schodů, popoběhnutí či při silném nucení na moč, ale také i v klidu bez zjevné příčiny, pouze ve dne nebo i v noci. Zda je v takových situacích únik moče částečný nebo úplný a zdali pacient dokáže proud moče přerušit. Zásadní informací je frekvence mikce a velikost mikčních porcí (13).

Důležitou roli ve správném odběru anamnézy má sestra, která je daleko častěji v přítomnosti pacienta než lékař. První, s kým se v ambulanci pacient setkává, je sestra. Svou přítomností, konkrétními dotazy a postřehy dokáže sestra daleko dříve navázat úzký pracovní vztah s pacientem, a tím velmi často objeví nové skutečnosti, kterých lékař využije. Díky vhodné komunikaci a chování může pacientovi tzv. otevřít dveře, anebo nevhodným chováním zamezit svěřeni se s problémem (17).

Ošetrovatelská anamnéza je zaměřena na pacienta a jeho prožívání nemoci; otázky jsou zaměřeny na potřeby pacienta a je zde brán ohled na biologické, psychologické, sociální a kulturní aspekty. Odběr anamnézy provádí sestra. Cílem ošetrovatelské anamnézy je nalezení problému a potřeb u nemocného, které se objevily nebo se mohou objevit u jeho choroby (18). Na základě získaných poznatků si sestra utváří ucelený obraz a stanovuje problém – ošetrovatelskou diagnózu. Jestliže problém již existuje, jde o aktuální ošetrovatelskou diagnózu. Problém může u pacienta vzniknout, jde o potenciální ošetrovatelskou diagnózu. Každou ošetrovatelskou diagnózu zaznamenává sestra správně do zdravotnické dokumentace (10).

#### *1.4.1 Prevence močové inkontinence a úloha sestry v poskytování informací*

Prevence v nejširším slova smyslu znamená předcházení škodlivým vlivům. Na prevenci se pohlíží z různých hledisek podle toho, kdy k preventivnímu zákroku dochází, kdo je objektem, kdo je subjektem a jaké metody bylo použito (19).

Přes dosažené úspěchy v diagnostice a léčbě představuje inkontinence závažný odborný, sociální a ekonomický problém. Velký podíl postižených v populaci vyžaduje použití vhodné prevence. Dobrá prevence začíná již v nejranějším dětství navozením správných mikčních návyků (12).

Primární prevence je zaměřena na zdravé jedince, tzn. k udržení zdraví a zlepšení kvality života (20). Primární prevence inkontinence by měla začít již se základní edukací v ordinaci u dětského lékaře ve spolupráci s dětskou sestrou. Sestra musí dobře komunikovat s rodiči, zjistit jak rodiče o dítě pečují, a to zejména v oblasti pitného režimu a předávání správných mikčních a hygienických návyků. Sestra apeluje na rodiče, aby dítě mělo dostatek tekutin v průběhu celého dne. U dětí předškolního

věku je vhodné příjem tekutin omezit 2 hodiny před spaním kvůli riziku rozvoje nočního pomočování tzv. enurézy. Sortiment pití je na výběru rodičů, avšak sestra upozorní na vysoké množství cukru, umělých sladidel, konzervačních látek, kofeinu a oxidu uhličitého v nápojích. Pokračování v edukaci je u praktického lékaře, sestra upozorňuje na škodlivost alkoholických a kofeinových nápojů. Do edukace se zapojuje i sestra u ženského lékaře, která upozorní mladé ženy na exponovanost v sexu a reprodukci.

Těhotenství je obdobím očekávání a radosti, ale i obdobím bouřlivých změn, které se v těle žen odehrávají. Téměř každá z nich zažije během těhotenství epizody inkontinence moči. Ať už při kýchnutí, poskočení, smíchu, kašli či popoběhnutí. Proto je nutné, aby sestra ženu správně edukovala o možných způsobech cvičení pánevního dna, které pomáhá zdárnému průběhu těhotenství a regeneraci po porodu (21). V produktivním věku se dále ženám doporučuje nenosit těžká břemena s roztaženými rukama (například koš s prádlem, přepravku s ovocem), předcházet zánětům z prochladnutí i infekcím. Je také důležité dodržovat zásady po použití toalety a nezapomínat na správné provedení očisty po toaletě.

Sekundární prevence probíhá už u nemocných jedinců, kde se sestra snaží ovlivnit vědomosti, postoje a dovednosti jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nevznikly komplikace. Edukace je zaměřená na udržení soběstačnosti, na dodržení léčebného režimu a na prevenci recidivy onemocnění (22).

Jedním z negativních vlivů na inkontinenci je kouření. Kouření cigaret má škodlivý vliv jak na hyperaktivní měchýř, tak na stresovou inkontinenci, protože nikotin má stimulační efekt na stažlivost močového měchýře, a to vede k častějšímu nucení na močení. Redukovaná kapacita měchýře vede k neschopnosti včas „doběhnout na toaletu“. Chronický kuřácký kašel pak negativně působí na závěsný aparát močového měchýře a močové trubice. Tato skutečnost inkontinenci zhoršuje (4).

Inkontinence u mužů se většinou objevuje po operacích prostaty po 50. roce věku. Před operací se pacientům doporučuje posílit pánevní svalstvo cvičením. Disciplinovanost v předoperačním období přináší velmi pozitivní výsledky. Ale i přesto se inkontinence objevuje často. I zde má svou nezastupitelnou roli sestra, která

rozhovorem s nemocným poskytuje důležité informace o typech a frekvenci cvičení před výkonem.

Terciární prevence je zaměřena na jedince, kteří mají ve svém zdravotním stavu trvalé a nevratné změny. Zaměřujeme se na zlepšení kvality života. Tu lze u jedince ovlivnit edukací tak, aby nedošlo ke vzniku možných komplikací. Sestry doporučují pacientům jak zdravotnické a protetické pomůcky, tak zvláštnosti v péči o oblast genitálu. Dále sestry nesmějí zapomínat na poučení, jak se tyto pomůcky používají (22). Pacienty tento stav často limituje v jejich dalším životě. Úlohou sestry je nabádat k aktivnímu životu a normální pohybové aktivitě během dne v rámci možností pacienta, např. u geriatrických inkontinentních pacientů je velmi často sestra jediná, ke které jsou pacienti otevření a se svým problémem se svěří. Občas nastane situace, kdy pacient zdůrazňuje velkou finanční náročnost protetických pomůcek. Zde nastupuje opět sestra, která má za úkol zvolit pacientovi odpovídající typ pomůcky, která je plně hrazena jeho zdravotní pojišťovnou (23).

#### *1.4.2 Laboratorní vyšetření moče a podíl sestry na validním odběru*

Základním vyšetřením je vyšetření moče (močového sedimentu a kultivace). Technika odběru je pro validitu vzorku nesmírně důležitá. Po správné edukaci sestrou zachytí muži po provedené hygieně genitálu střední proud moče do předem připravené zkumavky. U starších pacientů s třesem v ruce je možné použít jako odběrovou zkumavku sterilní špičatku. U pacientů s permanentním močovým katétrem odebíráme moč z rozpojeného močového katétru, nikoli ze sběrného sáčku. Metodu, kterou byl vzorek získán, je nutné zapsat na žádanku, která odchází se vzorkem do laboratoře (24).

Odběr moče u žen na urologických odděleních provádí sestra jednorázovým cévkováním, přičemž zodpovídá za šetrné a sterilní provedení. Dle pracoviště dodržuje sestra zavedený postup, který je součástí standardů ošetrovatelské péče daného zařízení (25).

Tímto vyšetřením se snažíme zjistit zejména případy akutní a chronické cystitidy nebo prekancerózy močového měchýře, které mohou imitovat urgentní inkontinenci.

Prokáže-li se kultivací moče přítomnost patologických mikrobů, je třeba nejprve infekci zaléčit.

#### *1.4.3 Speciální, cílená vyšetření při inkontinenci a OAB a spolupráce sestry*

Mikční karta patří mezi základní diagnostické nástroje, které mají zásadní vypovídající schopnost u nemocných s dysfunkcí dolních cest močových. Pacient zaznamenává během 2–3 dnů čas a množství přijímaných tekutin, čas a množství vymočené moče. Zaznamenává urgence a epizody inkontinence (viz příloha 3). Na správném vyplnění karty se nedílnou součástí podílí sestra, která pacienta dobře edukuje o postupu v záznamu příjmu a výdeje tekutin a časovém rozpětí těchto aspektů. Po edukaci pacienta zjistí sestra zpětnou vazbou, jak vše pacient pochopil. Správně vyplněnou mikční kartou může lékař rychle získat přehled o rozložení příjmu tekutin, frekvenci a objemech jednotlivých močení v závislosti na příjmu tekutin, dále přehled o přítomnosti epizod urgencí, úniku moče, případně může odhalit či vyloučit noční polyurii (16).

Gynekologické vyšetření posuzuje u pacientek s inkontinencí stav závěsného (fasciálního) a podpůrného (svalového) systému. Před vyšetřením poučí sestra pacientku, jak se má připravit, v jaké poloze bude vyšetřována a uklidní ji. Dále sestra asistuje lékaři během vyšetření. Lékař přistupuje k vyšetření, při němž získá informaci o stavu svalstva a ovlivnitelnosti svaloviny pánevního dna vlastní vůlí pacientky. Provést vědomou kontrakci a relaxaci pánevního dna zvládne pouze 60 % pacientek. Zbytek vyžaduje edukaci fyzioterapeutem a gynekologem. Po skončení vyšetření pomáhá sestra pacientce a provádí úklid vyšetřovacích pomůcek (9).

Součástí gynekologického vyšetření jsou i testy odhalující patologii závěsného a podpůrného systému spojeného s únikem moče.

Marshallův test je test, kdy za vizuální kontroly sledujeme únik moče již z předem naplněného močového měchýře (10).

Pad-weight test slouží ke kvantifikaci a objektivizaci úniku moči. Pacient váží vložky za určitý časový interval, hmotnostní nárůst vložek udává míru inkontinence. Během tohoto testu vykonává pacient standardní činnosti (10).

Q-tip test představuje test, při němž je do uretry zavedena štětička nebo pevná cévka. Pacientka zatlačí a při uvolněném uretrovezikálním spojení opisuje štětička či cévka polokruh směrem vzhůru. Natočení štětičky nebo cévky o více než 30 stupňů se považuje za patologický jev (15).

Urologické vyšetření je zaměřeno u obou pohlaví na možné anomálie v oblasti zevního ústí močové trubice či jiné patologické jevy. U mužů dále provádí urolog vyšetření prostaty per rectum. Úlohou sestry je správně připravit pacienta na vyšetření, tj. do jaké míry si odloží oblečení, v jaké poloze bude vyšetřován, jak dlouhé bude vyšetření a v neposlední řadě upozorní pacienta na nepříjemné pocity např. pálení po vyšetření. Během celého vyšetření sestra zajišťuje klidné, nerušené a intimní prostředí.

Uroflowmetrie je základní vyšetřovací metoda k měření průtoku moče u žen, mužů i dětí. Je neinvazivní, snadno opakovatelná a přístroj k jejímu provedení má k dispozici velká část urologů a gynekologů. Poskytuje grafický záznam močení s celou řadou dalších parametrů. K nejvýznamnějším patří maximální průtok, objem a doba močení (14). Na validitě vyšetření má velký podíl sestra, která pacientovi vysvětlí jednoduchou přípravu. Pacient je informován sestrou ještě před návštěvou, aby si přinesl dostatečné množství tekutin, dle svého výběru, vyjma alkoholu. Na pacienta sestra nechvátá a vyčká jeho podnětu, až bude pociťovat stejné nucení na močení jako doma. Přínosem pro vyšetření je, aby nebyl pacient stresován. Je na sestře, aby pacienta adekvátně zaměstnala, např. četbou.

Mezi zobrazovací metody patří sonografické vyšetření horních i dolních cest močových a postmikčního rezidua. Na toto vyšetření není nutná žádná speciální příprava, jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu. Cenné informace přináší ultrazvukové vyšetření, v případě potřeby komplexní diagnostiky hyperaktivního měchýře, dále při stresových manévrech a vzájemném vztahu pánevních orgánů (1). Ultrazvukové vyšetření výrazně omezilo dříve hojně používané rentgenové metody. Z nich se dnes využívá mikční cystouretrografie a výjimečně vylučovací urografie. Na tato vyšetření je nutná krátká příprava, kterou pacientovi vysvětluje sestra. Pacient zůstává nalačno, přináší si s sebou svačinu a ranní léky, které po skončení vyšetření sní. Dále je nutné poznamenat na žádanku další onemocnění pacienta, např. diabetes

mellitus. V některých případech doporučuje lékař vyšetření výpočetním tomografem (CT) či magnetickou rezonancí (MR). Příprava pacienta je obdobná jako u předchozích rentgenových vyšetření, každý pacient musí být správně edukován sestrou. Na rentgenovém pracovišti je lékařem seznámen s vyšetřením a eventuální aplikací kontrastní látky. Poté podepisuje pacient informovaný souhlas s vyšetřením.

Zřídka se v diagnostice OAB spojeném s inkontinencí využívá endoskopického vyšetření, tzv. cystoskopie, a to v případech s přítomností krve v moči. Cílem je vyloučit nádorové onemocnění močového měchýře. U žen se vyšetření provádí v lokální anestézii na ambulantních pracovištích po seznámení s výkonem a podepsání informovaného souhlasu. U mužů se toto vyšetření provádí obvykle v celkové anestézii, za hospitalizace, pokud není k dispozici flexibilní nástroj nebo se předpokládá odběr vzorků či terapeutický výkon. U starších pacientů je v mnoha případech nutné vyjádření internisty k celkové anestézii. Úlohou sestry je správně připravit pacienta na vyšetření, provádí-li se ambulantní cestou je příprava stejná jako u urologického vyšetření. U pacientů, u nichž bude nutná celková anestézie, lékař podává informace o vyšetření. Sestra informuje o příjmu, kam se pacient dostaví, jaké věci si vezme s sebou, a jaká je bezprostřední příprava (předoperační vyšetření) před výkonem, eventuálně sděluje délku hospitalizace, dle zvyklostí oddělení (26).

Urodynamické vyšetřovací metody hodnotí jímací a vyprazdňovací funkci močového měchýře. U těchto metod se zaznamenává tlak v močovém měchýři během jeho plnění a při mikci. Jde o plnicí cystometrii, synchronní záznam či PQ studii. Videourodynamika pak spojuje zobrazovací i funkční vyšetření. K plnění se využívá fyziologický roztok s kontrastní látkou, takže je možné sledovat jak anatomické, tak funkční změny. Videourodynamika je zlatým standardem zejména u pacientů s neurogenní poruchou dolních cest močových. Vcelku jde o speciální vyšetřovací metody, které se provádějí pouze na urologických a někde i gynekologických ambulancích (10). Při tomto vyšetření je nutná spolupráce sestry, která zajistí pacientovi vyšetření moče kultivačně. Toto vyšetření musí být negativní a nesmí být starší 10 dnů. V případě positivity vzorku moče zajistí sestra kontrolu u lékaře. Pacient by neměl užívat antikoagulační léčbu v podobě Warfarinu, v tom případě musí být převeden na

nízkomolekulární heparin, většinou prostřednictvím praktického lékaře. Před vyšetřením poučí sestra pacienta o bezprostřední přípravě (bez nutnosti lačnění, uvádí pacienta do šatny a poučí ho, jaké oblečení si má odložit). Během celého vyšetření sestra zajišťuje intimitu pacienta a asistuje lékaři. Před samotným zahájením podepisuje pacient informovaný souhlas s vyšetřením, které trvá 0,5 až 1 hodinu, vše s lékařským vysvětlením. Po vyšetření odchází pacient domů bez nutnosti doprovodu (3).

### **1.5 Léčba a změny životního stylu u inkontinence a OAB**

Multifaktoriální příčiny inkontinence moče mají řadu rozdílných léčebných opatření, která se ve většině případů doplňují. Ještě nedávno platila zásada, že stresová inkontinence se řeší chirurgickým způsobem, naopak urgentní inkontinence výhradně konzervativním způsobem. Platí pravidlo, zvláště u pacientek s lehkými příznaky inkontinence, postupovat konzervativně a využít spolupráce všech zúčastněných – sestry, fyzioterapeuta a někdy i nutričního terapeuta. Vzájemná spolupráce a pozitivní přístup pacienta přináší v mnoha případech subjektivní zlepšení. V případech, kdy jsou vyčerpány všechny dostupné konzervativní metody, a je-li to indikováno, přistoupí lékař k operačnímu výkonu (9).

Léčba inkontinence i OAB by měla být započata posouzením životního stylu pacienta. Je několik rizikových faktorů, které jsou s tímto typem onemocnění spojovány, např. nadměrná tělesná hmotnost, nadměrná fyzická aktivita, špatný pitný režim – nadměrná konzumace nápojů večer, kouření, špatné stravovací návyky (kořeněná jídla, citrusové plody, sycené nápoje). Velmi často se k nim přidává depresivní ladění a frustrace pacientů, proto je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Rozhovoru lékaře a pacienta je přítomna sestra. Sestra reaguje na přání pacienta vlídným způsobem (15). Ví, jak mu může být nápomocná, a to vše probíhá po dohodě s lékařem (ad kapitola 1. 4. 1).



### *1.5.1 Gymnastika svalů pánevního dna a trénink močového měchýře*

Svalstvo pánevního dna nedokáže plně aktivovat 30–40 % pacientů, přestože u nich není patrný organický deficit, jako je atrofie svalstva nebo poruchy jeho inervace. Zaměřujeme se na správný nácvik schopnosti izolované kontrakce svalů pánevního dna s koordinací dechu (viz příloha 4). Cílem posílení není zvýšit sílu svalů pánevního dna, ale naučit pacienty svalstvo pánevního dna využívat ke kontrole kontinence (27).

Jako první popsal metodiku cvičení pánevního dna v roce 1951 americký gynekolog Arnold Kegel, jako prostředek konzervativní terapie stresové inkontinence. Kegelovo cvičení je zaměřené na posílení svalů dna pánevního a má čtyři části.

1. Fáze vizualizace vede pacientku k ozřejmění anatomických poměrů, v domácím prostředí pomocí zrcátka.
2. Fáze relaxace znamená v klidové poloze na zádech s pokrčenými koleny se připravit na klidový nádech a výdech trvající 10–15 minut.
3. Fáze izolace probíhá nácvikem izolovaného stahu pochvy a konečníku. Velmi důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu dna pánevního za práci břišních a hýžděových svalů.
4. Fáze vlastního posilování je snahou o udržení stahu od jedné do sedmi sekund. Počet opakovaných cviků se pohybuje od 80 na počátku ke konečným 300 stahům za den. Nácvik tohoto typu cvičení je 6 měsíců, po této době je cvičební jednotka zařazena do běžného života (28).

Trénink močového měchýře je metoda, která se uplatňuje při léčbě urgencí a urgentní inkontinence moči. Jejím základem je vedení mikční karty, při kterém pacient získá konkrétní informaci o mikčních intervalech a porcích. Dalším postupem se doporučuje pacientovi močit tzv. podle hodin a v další fázi se pacient snaží intervaly mezi močením prodlužovat. Cílem je dosáhnout intervalů mezi mikcemi 4–6 hodin (9).

I zde bychom neměli zapomínat na práci sestry. Sestra motivuje a aktivně nabádá pacienta k cvičení ve spolupráci s fyzioterapeutem, ke každému pacientovi přistupuje individuálně, cviky dostatečně vysvětlí, popř. ukáže správnou techniku cviků a upozorní na časté chyby při cvičení. Mnohdy sestra zjistí, že pochopení výkladu podle

brožury je velmi složité. Na začátku cvičení upozorní na vycházející počet cviků a frekvenci cvičení. Vyžaduje-li to situace, cvičení názorně předvede. Důležitá je vůle pacienta cvičit a vydržet alespoň 3–6 měsíců. Je přínosem, pokud sestra ví, kde se nachází nejbližší fyzioterapeutická pracoviště, která se cvičením zabývají (28).

### *1.5.2 Farmakoterapie u pacientů s DDCM a spolupráce sestry*

Farmakoterapie je dosud nejrozšířenějším způsobem léčby. Pro léčbu stresové inkontinence se užívají léky zvyšující tlak v močové trubici, jako jsou sympatomimetika, tricyklická antidepresiva a estrogeny (Ovestin, Vagifem). U smíšeného typu stresové inkontinence se podává často i Melipramin, nejčastěji v dávce 2krát denně 25 mg (15). U starších pacientek dominuje kombinační léčba anticholinergika a tricyklického antidepresiva.

Konzervativní léčba urgentní inkontinence je kauzální i symptomatická. V prvním případě se zaměřuje na vyvolávající příčiny, v druhém na projevy (časté nucení na močení, časté močení a nykturie). Léky jsou vysoce účinné a dávkuje se 1–3krát denně a tato léčba pacienta nezatěžuje a je pro něj pohodlná. Anticholinergika (Spasmed, Vezicare, Detrol a Detrusitol) zde snižují vlastní aktivitu detruzoru měchýře a snižují pocity neudržitelného nucení, dochází k zvýšení kapacity močového měchýře a prodloužení intervalů mezi močením. Tyto preparáty blokují přenos nervového vzruchu na strukturách svalů močového měchýře. U některých pacientů je nutné kontaktovat očního lékaře z důvodu kontraindikace léčby zeleného zákalu a léky ordinovat po poradě s ním. Užívání těchto léků mohou doprovázet nežádoucí vedlejší účinky jako zácpa, mlhavé vidění a sucho v ústech, které by sestra v ambulanci měla znát. Když se objeví nežádoucí účinky, není nutné léčbu vysazovat, ale jen upravit dávkování nebo zvolit jiný preparát. Je však namístě, aby sestra pacienta uklidnila nebo domluvila konzultaci u lékaře (15).

Kromě perorální medikace, která je v účinné dávce limitovaná relativně vysokým výskytem nežádoucích účinků (zejména u dospělých), se používá intravezikální aplikace anticholinergik. Lék se aplikuje katétrem do močového měchýře. Absorpce vezikální sliznice je kvantitativně asi 10× vyšší ve srovnání s absorpcí

v perorálním podání, navíc bez vedlejších účinků perorálního podání. Tato metoda byla poprvé popsána v roce 1989 Brendlerem, avšak do nynější doby nebyla registrována léková forma pro intravezikální aplikaci. K aplikaci, tj. instilaci, se za určitých podmínek vyrábějí magistraliter připravené roztoky Propiverinu. Terapie vyžaduje pravidelnou jednorázovou katetrizaci močového měchýře 1–2× denně, dle ordinace lékaře. I zde má velkou úlohu v úspěšné terapii sestra, která edukuje pacientku o způsobu a provedení instilace. Před každou katetrizací a následnou instilací sestra pacientku včas informuje. Pacientka se musí vymočit a provést hygienu genitálu. Sestra zajistí intimní prostředí a přípravu pomůcek. Jednorázovou katetrizaci provádí dle stanoveného postupu, aby zabránila možným komplikacím (poranění uretry, infekce). Pacientka je dále informována, v jaké má být poloze po aplikaci léku a jak dlouho se má snažit náplň v močovém měchýři udržet. Informována je i o možných komplikacích spojených s katetrizací. I v této terapii platí, aby sestra s pacientkou navázala vztah důvěry a porozumění (16).

Další dostupnou léčbou inkontinence i OAB je hormonální terapie. Pohlavní hormony u žen, zejména estrogény ovlivňují morfologii a funkci dolních cest močových. U žen se v období menopauzy snižuje hladina estrogenů a dochází k atrofii stěny močové trubice i pochvy. Mnoho žen považuje tento stav za důsledek stárnutí a odbornou pomoc nevyhledává. Terapie má zajisté své místo v komplexní terapii OAB a inkontinence. Efekt lokální terapie estrogény jednoznačně převyšuje efekt terapie systémové. Dává se přednost lokální aplikaci ve formě vaginálních krémů, vaginálních čípků a vaginálních tablet. I zde je vhodná spolupráce sestry, která vysvětlí pacientce, jak při správné aplikaci léku postupovat. Před bezprostřední aplikací léků je nutné provést očistu genitálu s následným omytím rukou. Těmi si pacientka lék zavádí či aplikuje. Po zavedení léku je důležitý klid na lůžku, přesný čas je stanoven dle ordinace lékaře. Sestra upozorní pacientku i na možný výtok, který se během léčby může objevit (1).

### *1.5.3 Chirurgická léčba u DDCM*

Při volbě indikovaného operačního postupu je nutné posuzovat každého pacienta individuálně. Do úvahy je třeba vzít celkový zdravotní stav, věk, jestli má aktivní sexuální život či zda má v anamnéze operaci pro inkontinenci. K tomuto způsobu léčby lékař přistupuje až po vyčerpání všech způsobů konzervativní léčby. Operace pro inkontinenci totiž nejsou zdraví či život zachraňující, je pouze směřodátné, do jaké míry únik moče pacienta obtěžuje (3).

Operační léčba inkontinence se týká hlavně stresové formy, u smíšené formy stresové a urgentní inkontinence pouze tehdy, je-li zaléčena urgentní složka medikamentózně a podíl stresových faktorů přetrvává. Chirurgicky se řeší i vlastní příčina paradoxní ischurie, tedy odstranění překážky v odtoku moče, a to dle příčiny. Nejčastěji se jedná o operaci prostaty (není tématem práce).

V 90. letech minulého století byl zaznamenán velký rozvoj technik v léčbě stresové inkontinence moče, využívajících syntetické, polypropylenové pásky (9). Do chirurgické praxe byla zavedena technika TOT (transobturator tape) dále pouze TOT. Jde o miniinvazivní výkon, kdy je zavedena centimetr široká nevstřebatelná páska přes přední poševní stěnu, která je krátce naříznuta, pod močovou trubicí. Výkon se provádí za pomoci dvou jehel, k nimž je páska připevněna. Jehly jsou vedeny směrem nahoru, za zadní části kostí stydkých, vlevo i vpravo od močové trubice. Jehly s páskou jsou vypíchnuty kůží nad stydkou kost. Páska je volně uložena pod močovou trubicí tak, aby nebránila vyprázdnění močového měchýře, současně při zvýšení nitrobřišního tlaku nedovolí močové trubicí změnit polohu, čímž se obnoví stav kontinence. Poté jsou jehly následně odpojeny, nadbytečná páska se ustříhne, je sešita pochva a výkon ukončen (4). Operace trvá 20 minut, provádí se zpravidla v celkové anestézii v litotomické poloze, i když některé knižní zdroje uvádějí pouze lokální anestézii či tzv. spinální anestézii.

#### *1.5.4 Ošetrovatelská péče stresové inkontinence po výkonu TOT*

U žen se stresová inkontinence řeší výkonem TOT a u mužů se tato metoda nazývá Sling. Důležitou roli ve zdárné léčbě inkontinence má ošetrovatelská péče. Pacientka je po výkonu sledována sestrou 2 hodiny na pooperačním pokoji, sestra zde monitoruje vitální funkce, kontroluje krvácení a péči o permanentní katétr, event. infuzní terapii. Při standardním průběhu je pacientka předána zpět na lůžkový standard (29). Na standardu sestra sleduje fyziologické funkce po 3 hodinách, plní ordinace dle lékaře, např. podání analgetik. Dále monitoruje celkový stav pacientky a všechny zjištěné informace pečlivě zaznamenává do zdravotnické dokumentace (30, 31). Po 3 hodinách po příjezdu ze sálu může pacientka pít; jíst může až večer, dle aktuálního stavu. Pacientka má přísný klid na lůžku do následujícího dne. Večer provede sestra pacientce hygienu na lůžku. Infuzní terapie je ukončena zpravidla večer. Avšak PŽK se pacientce ponechává do následujícího dne, kdyby se objevily nečekané pooperační komplikace. Sestra pečuje a provádí kontrolu průchodnosti PŽK po 4 hodinách, aby i nadále zůstal funkční. Po celou dobu sleduje sestra a lékař množství a barvu moče, krvácení z gynekologických cest a vitální funkce. Jestliže má sestra nějaké pochybnosti, ihned informuje lékaře. První pooperační den po vizitě dle ordinace lékaře vstává pacientka z lůžka vždy s pomocí sestry. Nejdříve sestra odstraní permanentní katétr a poševní longetu. Pacientka jde do koupelny a na toaletu za doprovodu sestry. Sestra stále dohlíží na stav pacientky, který se po výkonu v celkové anestézii může rychle změnit. Jestliže je pooperační průběh bez komplikací, ordinuje lékař i extrakci PŽK. Dále je pacientka poučena, jak dodržovat správný pitný režim a jak provádět mikci, aby nedošlo k vzniku pooperačních komplikací. Důležité režimové opatření po tomto typu výkonu je měření mikčního rezidua. Lékař i sestra musí kontrolovat, do jaké míry se močový měchýř vyprazdňuje. Pacientka je edukována sestrou i lékařem o nutnosti jednorázové katetrizace sestrou po každé spontánní mikci, aby byla jistota, že se močový měchýř vyprazdňuje správně. Měří se množství zbytkové (tzv. reziduální) moče. Reziduální moč je zaznamenávána do dokumentace. Sestra provádí jednorázovou katetrizaci na vyšetřovně, kde je zajištěn klid, a má připraveny potřebné pomůcky:

jednorázovou podložku pod pacientku, ženskou cévku CH10, tři tampony s dezinfekcí (Skinsept mukoza), dvě emitní misky a špičatku, Mesocain gel a sterilní rukavice. Sestra provádí katetrizaci dle aktuálního standardu zdravotnického zařízení. Bezprostředně po výkonu TOT jsou rezidua poměrně vysoká, tj. 200 ml, zpravidla se rychle redukuje, při objemu pod 50 ml je lékařem kontrola rezidua moče ukončena a pacientka odchází domů. Průměrná doba hospitalizace je 5 dní. Důležitá jsou opatření po výkonu, které sděluje lékař a sestra kontroluje, zda pacientka informacím rozumí. Pacientka musí dodržovat do následné kontroly po 6 týdnech, fyzické šetření, nenosit tašky s nákupem, dodržovat sexuální abstinenci; v hygieně je doporučováno pouze sprchování a je zakázáno aktivně sportovat a koupat se.

Léčebný efekt TOT operace se nejčastěji pohybuje od 80 do 90 procent. Správná indikace s přesným uložením a správným utažením pásky i její následná fixace k okolním tkáním je zárukou úspěšné léčby. Výkon je bezpečný a doba výkonu je krátká, kolem 15–25 minut (11).

## **1.6 Úloha sestry při komunikaci a edukaci u pacienta s inkontinencí a OAB**

Komunikovat s člověkem, který je v nelehké životní situaci, má trápení, bolest a je nazlobený či nervózní, není zrovna jednoduché. Stejně tak náročné je pro sestru nejen získat a předat informace, ale i pacienta v nemoci povzbudit a vlít do něho naději (32).

Pro efektivní komunikaci sestry s pacientem jsou důležité následující kroky: *Důvěryhodnost* – sestra přesvědčí pacienta svým vlastním správným chováním, že je hodna jeho důvěry. *Úcta* – sestra si váží pacienta jako člověka a zároveň v něm vidí rovnocenného partnera v rozhovoru. *Ochota dávat, nejen přijímat* – rozhovor není jednostrannou záležitostí. Chceme-li, aby pacient našemu sdělení naslouchal, musíme naslouchat my jemu. *Ochota odložit masku* – nelze si hrát na někoho jiného, než jsme nebo zastírat skutečnosti. Naše obavy o vlastní pověst by měly vymizet. *Přípravenost ke změnám i revizi postojů* – schopnost vzdát se lpění na svých dogmatických postojích. *Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru* – jestliže se nemůžeme domluvit, je nutné citlivě a taktně hledat příčinu a pracovat na jejím odstranění. *Přátelská atmosféra* –

vytvořit ji můžeme vstřícným přijetím, mnohdy to však není jednoduché. Kdo se nezeptá, nic se nedozví (33).

Úlohou sestry je pomocí komunikace a edukace poradit pacientům trpícím únikem moče. Komunikaci můžeme rozdělit na *verbální* (slovem, písmem a dalšími symboly) a *nonverbální* (beze slov). Sestra, která zná zásady komunikace, postupuje v edukaci správně. Edukace je důležitou součástí léčebného procesu a ošetrovatelství. Cílem edukace je rozvíjet poznatky a schopnosti, postoje, hodnotové, citové a behaviorální kvality člověka. Je velmi důležité edukovat nejen pacienty, ale i jejich blízké (34).

Edukaci zpravidla dělíme do pěti fází:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky, zde se snaží edukátor odhalit stupeň dovedností, vědomostí a postojů edukanta k zajištění jeho edukační potřeby. Tato fáze je nezbytná pro stanovení cílů.
2. Fáze projektování, zde se snaží edukátor naplánovat cíle, zvolit formu, metodu, obsah edukace, časový rámeček, pomůcky a způsob evalvování edukace.
3. Fáze realizace, prvním krokem této fáze je *motivace* edukanta, na níž navazuje *expozice*, kde edukantům zprostředkováváme nové poznatky. Při tomto kroku by se neměly pouze předávat informace, ale edukant by se měl i aktivně podílet. Na expozici navazuje *fixace*. Zde je nutné, aby získané dovednosti a vědomosti byly procvičovány a opakovány. Na fixaci navazuje průběžná *diagnostika*, kdy se snažíme diagnostikovat, testovat a prověřit dané učivo a zájem edukanta. Dále následuje *aplikace*, zde se snažíme, aby edukant získané vědomosti a dovednosti dokázal použít.
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva je nezbytným krokem uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Při edukaci ve zdravotnictví je na tuto fázi často zapomínáno.
5. Fáze zpětné vazby, v této fázi se nejen hodnotí výsledky edukanta, ale i naše. Hodnocení výsledků nám poskytuje možnost zpětné vazby (20, 22).

Je známé, že každý pacient má právo na edukaci. Edukující sestra se snaží redukovat pacientovy pocity úzkosti a nejistoty, pomoci mu pochopit jeho vlastní roli v péči o svou osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví. Osobnost edukátora, sestry, je dána odbornými, pedagogickými a charakterovými vlastnostmi, ale i způsobem řeči.

Důležité je získat pacienta pro spolupráci a motivovat jej pro určitý terapeutický postup, což je jednou ze základních podmínek úspěšnosti (35).

### **1.7 Úloha sestry v pomoci pacientovi zvolit odpovídající inkontinenční pomůcku při léčbě inkontinence a OAB**

Zlepšit kvalitu života a složitou psychosociální situaci u pacienta s inkontinencí a OAB může pouze velmi citlivý přístup ošetrovatelského personálu s použitím absorpčních pomůcek. Řada pacientů má zábrany si o tyto pomůcky říci v lékárně či zdravotnické prodejně. Mnohdy po zaléčení a přetrvávajících potížích stanoví lékař stupeň inkontinence a následně dle toho nabídne sestra dostupné inkontinenční pomůcky. V současné době jsou všechna pracoviště léčící pacienty s inkontinencí vybaveny vzorníky absorpčních pomůcek. Jednorázové pomůcky na začátku léčby inkontinence a OAB plní jakousi funkci doplňovací, ale v případech neléčených nebo jen částečně léčitelných bývají jedinou možností zajištění sociální a hygienické únosnosti života pacientů s jakýmkoliv stupněm nechtěného úniku moči (4). V současné době je na českém trhu registrováno několik firem, které se výrobou a distribucí inkontinentních pomůcek zabývají. Inkontinenční pomůcky jsou rozděleny dle pohlaví a stupně inkontinence. U těžké a střední inkontinence jsou indikovány plenkové a navlékací kalhotky a podložky, které mají spolehlivou absorpci, kdy se v třívrstevném savém jádře mění tekutina na gel a plenkové kalhotky zůstávají na povrchu stále suché. Pro lehký stupeň inkontinence se používají vložky s různou savostí. Povrch pomůcek má antibakteriální povrch eliminující až 99,9 % bakterií a vyvážené pH 5,5 je šetrné k pokožce. Pomůcky mají rozdílnou absorpci, tzn. každý pacient má možnost si vyzkoušet a říci, jaký typ pomůcek mu vyhovuje. Preskripcí inkontinentních pomůcek se zabývá praktický lékař, urolog, gynekolog a geriatr. Lékař vystaví pacientovi poukaz, kde je uveden kód výrobku (každý výrobek má své číslo) a počet balení hrazený pojišťovnou na dané období, zpravidla 3 měsíce. Péče o inkontinentní pacienty je zdlouhavá a svízelná, a proto by každá sestra měla pacientovi správně poradit ve volbě inkontinenční pomůcky, dle stupně inkontinence (34).



## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit způsob získávání informací pacientů o dysfunkci dolních cest močových (DDCM).

Cíl 2: Zjistit informovanost pacientů s DDCM.

Cíl 3: Poukázat na podíl sestry v péči o pacienty s DDCM.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem získávají pacienti s dysfunkcí dolních močových cest informace?

Výzkumná otázka č. 2: Jakými informacemi disponují pacienti s dysfunkcí dolních cest močových?

Výzkumná otázka č. 3: V jakých činnostech se sestry podílejí v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika a technika šetření**

K získání potřebných informací bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, použita technika metody dotazování s technikou nestandardizovaného rozhovoru na předem připravené otázky (viz přílohy 5, 6). Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepisovány.

Technika rozhovoru v ošetrovatelství je velmi přínosná, neboť poskytuje přímý kontakt s respondentem. Kromě sdělených informací si výzkumník může všimnout i neverbálního vyjádření respondenta. Osloveno bylo celkem 8 pacientů s dysfunkcí dolních cest močových a 8 sester pracujících na urologických odděleních a ambulancích Jihočeského kraje. O výzkumu bylo informováno vedení společnosti ústní cestou.

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek byl tvořen pacienty, kteří jsou dispenzarizováni na urologické ambulanci Nemocnice Č. Budějovice. Pacienti byli vybíráni náhodně, jsou různého věku, vzdělání, pohlaví a délky a způsobu léčby. Jednalo se o šest žen, z nichž čtyři jsou po operačním výkonu. Jedna pacientka zvolila farmakologický způsob léčby a poslední z žen zatím vyčkává s navrhovanou léčbou (používá inkontinenční pomůcky). Jeden muž, který je léčen farmakologicky a jedno dítě, které je ve fázi vyšetřování a hledání vhodného způsobu léčby.

Dalším výzkumným vzorkem je 8 sester různého věku, vzdělání a délky praxe. Sestry pracují na urologických ambulancích a odděleních Jihočeského kraje, tj. 2 sestry pracují na urologické ambulanci Č. Krumlov, 1 sestra pracuje na urologickém oddělení Nemocnice Písek, 2 sestry pracují v privátní urologické ambulanci Medipont Č. Budějovice, 2 sestry pracují na urologické ambulanci Nemocnice Č. Budějovice a 1 sestra pracuje v privátní urologické ambulanci Tábor. Výzkum byl realizován od ledna do dubna 2012.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kvalitativní šetření u pacientů s DDCM

#### *1. rozhovor*

*Pacientka M. L., 64 let*

Na začátku rozhovoru byla respondentka velmi nervózní. Předem upozorňovala, že ještě nikdy nemluvila na diktafon. Položila jsem první otázku.

–Znala jste tento typ onemocnění-dysfunkce před začátkem Vašich potíží? Následovala chvilka napětí, pak tichým, ale vstřícným hlasem odpovídala na položenou otázku. „Toto onemocnění-dysfunkci jsem moc neznala, jsem ze staré školy.“

–Takže jste si nepřipouštěla, že by se Vás mohla dysfunkce týkat? „Dokud to jde, tak se člověk snaží nemoci si nepřipouštět a toto onemocnění tuplem, ale přijde věk a vše je jiné. Vždycky jsem byla zdravá, takže když se vyskytl problém s udržení moče u mé maminky před několika lety ve velmi vysokém věku, tak jsem vše řešila s praktickým lékařem. Vůbec mě nenapadlo, že jsou nějaké způsoby a pomůcky, jak úniky vyřešit či zmírnit. Kromé mé maminky vím z vyprávění, že podobný problém měla maminky sestry, ale to je moc dávno, asi 30 let. Ta nikam nechodila a ani jí nikdo nepomohl, nic nebylo. V mladém a produktivním věku si to člověk vůbec nepřipouští, až když mne začala bolet záda, tak jsem si říkala, že asi všechno nevydržím. No, celý život jsem vařila, jsem kuchařka. Nejdříve ve školní jídelně, pak v mateřské školce a ještě jsem stavěla s manželem dům. Dnes je mi jasné, jak se na mně ty těžké hrnce a práce na mém zdraví podepsaly. Říkala jste mi, že je to jeden z rizikových faktorů, které mohou inkontinenci způsobit. Vidíte, pořád se člověk učí.“

Stačilo položit dvě otázky a z respondentky spadla veškerá tréma. Během rozhovoru nám naše povídání zpříjemnila káva a moučník, samozřejmě domácí.

–Dále bych se chtěla zeptat, kde jste získala základní informaci o dysfunkci? „Vůbec první základní informace, že toto onemocnění existuje, jsem slyšela od kolegyně tak před 20 lety. Pak dlouho nic. Nikomu se o tom nechce mluvit, určitě se všichni stydí. Až tak před 5 lety, když se u mne začaly objevovat úniky, tak mi hodně pomohl rozhlas – diskusní pořady, televize – pořady o zdraví, časopisy a kamarádky.

Byla jsem poměrně vystrašená, co budu dělat. Ale postupem času jsem zjistila, že nervozita vše více zhorší, tak jsem se svěřila dceři o mé inkontinenci. No, v domě bydlím se synem a snachou spoustu let, ale k dceři má člověk nejbliže. Ta mi pomohla, dodala mi odvalu.“

–Dále jste postupovala jak? Myslím, kde jste získala podrobné informace? „Šla jsem na gynekologickou prohlídku, kde se mne paní doktorka na tuto věc ptala a následně mi doporučila vyšetření na urologii a telefonicky mne objednala. Byla to pro mne velká neznámá, nic jsem nevěděla. Na urologii za hodně vděčím sestřičkám, byly velmi tolerantní, vstřícné a stále v pohybu. I na chodbě se mi sestřička vše znovu snažila vysvětlit a zopakovat. Pak jsem byla vyšetřena lékařem, až tady jsem se uklidnila. Bylo mi doporučeno podstoupit malý zákrok, který vyžaduje asi týdenní hospitalizaci. Zvažovala jsem, jak se rozhodnu, ale odcházela jsem velmi spokojená. Takový přístup sestřiček i lékaře se jen tak někde nevidí a konečně jsem věděla, co mi je.“

–Jakou roli hrál dnes hojně využívaný internet v porovnání s ostatními médii? „Na internetu našla dcera nějaké informace, je to dobrá věc. Já s tím neumím, ani počítač nemám. Byly tam uvedeny rizikové faktory, které inkontinenci můžou způsobit. No, to víte i ve vyšším věku člověk zjistí, že spoustu věcí dělal špatně. S dcerou jsem zvažovala pro a proti a rozhodla se pro operaci, jiný způsob léčby jsem neakceptovala. Víte, maminka tady byla do 89 let. Tak bych chtěla ještě trochu žít, a ne být stále omezená.“

–Jaké problémy máte a do jaké míry Vás onemocnění omezuje? „Po začátku potíží jsem se začala stranit kamarádkám, prostě společnosti. Ráda jezdím na kole, chodím cvičit, nechci jen tak sedět u televize. Vždyť by člověk jenom tloustl. Na operaci jsem se začala těšit, ano tento typ léčby jsem zvolila. Předoperační vyšetření mi bez problémů udělala obvodní paní doktorka. Divila se, že mám vůbec takový problém. Věděla jsem, jak asi operace proběhne a jak asi budu dlouho v nemocnici. Je pravda, že jsem se trochu bála pooperačních komplikací. No, ale není nic zadarmo. Jiný přijatelný způsob léčby pro mne nebyl. Nemůžu říct, že by se mi v nemocnici líbilo, znám hezčí místa. Ale co se týče přístupu k člověku, musím všechny moc pochválit. Na oddělení bylo čisto a překvapilo mne, kolik se používá materiálu na jedno použití a jak vypadají

pokoje a sociální zařízení. Operace se povedla a já mohla jít za 5 dnů domů. Díky šikovným rukám pana doktora, ale i sestřiček, jsem v pořádku. Takto si představuji léčebné metody v 21. století. Vrátila jsem se k aktivnímu životu, jezdím na kole, plavu a hlavně zatím nejsem ničím omezována.“

## **2. rozhovor**

*Pacientka D. T., 48 let*

–Na začátku našeho rozhovoru Vám položím otázku, zda jste znala toto onemocnění? „Když se mi začaly objevovat první potíže, myslela jsem, že je to od nervů a od nastydnutí, o dysfunkci dolních cest močových jsem nic nevěděla. Mám neustálé problémy s prací. Bydlím v malém městečku, kde je málo práce. Do velkého města, kde je více příležitostí, je daleko. Vysoké vzdělání nemám, jsem pouze vyučena prodavačkou.“ –Takže jste si nepřipouštěla, že by se Vás tento problém mohl týkat? „Dosti dlouhou dobu jsem si problém inkontinence nechtěla připustit. V rodině jsou různé zdravotní potíže, vysoký tlak a cukrovka, ale problémy s močením nikdo nikdy neměl. Po neustávajících potížích, které neustupovaly po léčbě antibiotiky od praktického lékaře, a následně po mé samoléčbě jsem byla poměrně bezradná, vůbec by mne nenapadlo, jakou chorobu mám. Ještě, že má člověk kamarádku a ještě pracující v lékárně. Poradila mi, abych si vymohla doporučení ke specialistovi urologovi do Č. Krumlova. Slyšela jsem samou chválu, že přišel z Č. Budějovic a prý je dobrý. Pravda, pan doktor byl velmi vstřícný, ale to bylo tak všechno. Dostala jsem další antibiotika a doporučení, abych se poohlédla po lehčí práci.“ –Tady jste získala základní informace o onemocnění? „Ne, o informacích týkajících se mé choroby u tohoto specialisty nebyla ani řeč. Chvillemi si připadám, jakože někteří lidé žijí v jiném světě. Jak mi mohl pouze doporučit jinou práci, vždyť každý ví, jaká je u nás nezaměstnanost. Potíže samozřejmě nezmizely, tak jsem pátrala dál.

Při jedné ženské slezině mi kamarádka poradila. Když nejsi spokojená, jdi jinam. Na otázku kam, řekla: no přece do Budějovic. Pár dní jsem hledala odvahu tam zavolat, zda by mi neporadili, co mám dělat. Rady jsem se nedočkala, ale objednání ano, od velmi milé a vstřícné sestřičky, dokonce mi vysvětlila, co si vzít s sebou a jak

dlouho budu na vyšetření čekat. Byla jsem ochotná si udělat výlet na celý den. Hlavně abychom se dobrali k nějakému závěru. Už během prvního rozhovoru s paní doktorkou jsem poznala opravdu odborníka. Neřekla mi diagnózu, ale navrhla urodynamické vyšetření a na závěr jsem dostala domácí úkol, vyplnit pitnou a mikční kartu, tu mi sestřička hezky a názorně vysvětlila.“

–Takže detailní informace jste získala v nemocnici? „Ano, první informace o mém onemocnění jsem dostala po celkovém urodynamickém vyšetření na urologické ambulanci v Č. Budějovicích.“ A byly pro Vás srozumitelné? „Celkem asi jo. Po sdělení diagnózy a s mým souhlasem k léčbě jsem dostala tabletky. Nastalo období čekání, zda potíže začnou ustupovat.“

–Využila jste nějakých informačních zdrojů během tohoto čekání? „Během několika týdnů, kdy jsem čekala, jestli se po tabletách dostaví potřebný efekt, jsem opravdu otevřela internet a studovala svou chorobu. V jiných médiích jsem nepátrala. Nebylo to moc příjemné zjišťování, chorobu nelze úplně vyléčit, pouze zmírnit. V situaci, ve které jsem byla, bych uvítala jakoukoliv změnu k lepšímu. I kdyby byla velmi malá. Znáte to, tonoucí se stébly chytá. Po třech týdnech jsem si začala velmi potichu říkat, je to opravdu lepší. Přiblížila se kontrola na urologické ambulanci, kde jsem vylíčila paní doktorce své první úspěchy.“ –Tady jste konečně získala pro Vás nejsrozumitelnější informace o onemocnění a následné možnosti léčby? „Ano, každou kontrolu si během čekání říkám, ještě že jsem se dostala sem. Zatím u mne navržená léčba funguje, tak uvidíme. Mám zde opravdu důvěru k sestřičkám i lékařům, kdykoliv se na ně obrátím s nějakou žádostí, vystavení receptu a zaslání na adresu, tak mi vyhoví.

Jak jsem si pročítala různé odkazy na internetu, tak jsem se seznámila se dvěma ženami, které mají stejné problémy. Po čase jsme se celkem skamarádily. Dnes si dopisujeme o čemkoli, nejen o nemoci. Ano, příčinu a různé rizikové faktory jsem načetla na internetu, a četla jsem několik brožurek v ordinaci na urologii a u gynekologa.

Do jaké míry mne dysfunkce omezuje? Zpočátku jsem stále chodila na záchod, vždycky jsem ukrůpla a za chvíli znovu. Pak už jsem se bála pít, což je také špatně. Při každé cestě do neznámého prostředí jsem byla silně nervózní, protože jsem nevěděla,

kde budu hledat záchod. Stranila jsem se výletům a delším přejezdům. Když už nebylo zbylí, odmítala jsem pít. Nejdříve se na mne rodina dívala zvláště. Mamko, ty jsi se ale změnila. Asi nám stárneš. Za nějakou dobu jsem věděla, že musím s pravdou ven. Měla jsem štěstí, vyslechli mne a pochopili mé pocity a nálady.“

–Mám na Vás poslední otázku, zda jste spokojena s dostupnými léčebnými metodami? „V Budějovicích jsem opravdu spokojená, jinať nikdy nepůjdu. Personál v Č. Budějovicích na urologii pracuje opravdu se zájmem o pacienta.“

Rozhovor probíhal v přátelské a klidné atmosféře jedné z místních restaurací v uzavřeném salonku.

### **3. rozhovor**

*Pacientka B. J., 64let*

V odpoledních hodinách uplakaného odpoledne mne přijala ve svém domě další respondentka. Obývací pokoj voněl novotou po proběhlé rekonstrukci, hned jsme přistoupily k rozhovoru.

–Byl Vám znám tento typ onemocnění před začátkem Vašich potíží? „O této nemoci jsem před začátkem svých potíží nic nevěděla. Víte, mé potíže s inkontinencí se vlečou delší dobu, asi 10 let. První potíže mi začaly po 50. roku věku, byla jsem na hysterectomii. Dlouho mi gynekoložka říkala, že je to stav pooperační a že musím být trpělivá. Potíže nebyly tak značné, řekla jsem si, že musím něco vydržet. Odjela jsem do lázní a o další nemoci jsem nechtěla nic slyšet. Tam jsem se potkala s pacientkami, které měly podobné potíže. Lékaři se se svou inkontinencí nesvěřovaly, protože by do lázní z hygienických důvodů nemohly odjet.“

–A na další otázku, zda jste si připouštěla, že by se Vás tento problém mohl týkat, byste odpověděla jak? „První nejistota mne přepadla právě v lázních. Měla jsem doma problémy s manželem, po večerech hrál v kapele, byl pořád pryč. Dcery se vdaly a odstěhovaly. Začaly mi i potíže psychické, prostě se nedařilo.“

–Základní informace o této dysfunkci jste našla v lázních? „Dalo by se říci, že ano. Chodila jsem cvičit pánevní dno a potíže byly někdy větší a někdy menší. Příkládala jsem to i celkovému psychickému stavu, musela jsem užívat léky na

psychiku. Po několika letech, kdy jsem chodila s vložkou, se potíže začaly výrazně zvyšovat. Dostala jsem doporučení od gynekoložky na speciální urodynamické vyšetření do nemocnice, objednala mne ochotná sestřička. Dokonce mi zopakovala, že mám mít s sebou negativní výsledek moče. Přístup na urologické ambulanci byl obdivuhodný.“ –A zde jste získala nejsrozumitelnější základní informace o onemocnění? „Ano, právě na tomto pracovišti. Až po vyšetření na urologii, na které jsem poměrně dlouhou dobu čekala. Pan doktor byl velmi trpělivý, dlouho mi vysvětloval varianty léčby, které mi navrhoval. Bylo to buď nosit inkontinenční pomůcky, nebo podstoupit operaci. V šatně jsem ještě hovořila se sestřičkou, dávala mi informace o operaci. Jak by operace probíhala, jaká je rekonvalescence a co bych po výkonu nesměla dělat. Na tomto oddělení jsem konečně získala pocit, že jsem tady dobře. Na operaci jsem se hned objednala. Doma jsem všechno probrala s manželem i dcerami. Byli pro, operace není dlouhá a pobyt v nemocnici vydržím. O tátu se prý holky postarají.“

–Jste společenská žena, určitě Vás dysfunkce omezovala? „Dnes už jsem v důchodu, ale dříve jsem služebně hodně cestovala a s mým onemocněním to bylo poměrně složité. Měla jsem strach z nenadálého úniku moče, tak jsem stále nosila vložku. Aktivně nesportuji, ale při jakékoli fyzické námaze jsem pocítovala vyšší úniky. To nemluvím, že jako babička ráda pochovám svá vnoučata, to byla hotová pohroma. A co taková běžná práce doma a na mé milované zahrádce, co Vám budu vyprávět, nic příjemného to nebylo.“

Už si povídáme docela dlouho, možná bychom měli na chvílku změnit téma. Nemám s tím problém, chvíli si povídáme o vnoučatech. Nejvíce hovoříme o nejstarším vnukovi, který studuje v Americe, prohlížíme i fotografie. Za nějakou dobu se vrátíme k našemu rozhovoru a otázce, kde se dotazují:

–Použila jste Vy nebo někdo z Vašich blízkých internet k získání informací o onemocnění? „Ano, dcera se podívala i na internet a našla informace o této operaci, jak dlouho se provádí a s jakými výsledky. Něco mi přinesla i vytištěné. Pravda je, že tyto informace nebyly pro mě nejsrozumitelnější. Asi potřebuji více času, abych těmto věcem porozuměla, celý život jsem pracovala v kanceláři, zdravotnická terminologie je



mi cizí. Možná mi pomohla diskuse dcer, které zatím žádné potíže nemají. Jestli se toto onemocnění objevilo v mé rodině nevím. Maminka mi zemřela, když jsem byla malá. Tatínek se znovu oženil a měl další děti a na statku nebyl život lehký. Od smrti tatínka se se zbytkem rodiny nestýkám, nemám na toto období hezké vzpomínky. Z internetu si pamatuji, že tam byly uvedeny rizikové faktory, co můžou inkontinenci přivodit. Hned jsem dala holkám poučení, aby nedělaly stejné chyby jako já. Je to takový návod i pro ně, jako máma mám o ně strach.

Proběhla operace. Asi rok jsem byla bez úniků úplně v pořádku, pak se najednou objevilo pálení a skončila jsem na gynekologii se zánětem. I přes prodělanou léčbu se musela páska odstranit. Toto období bych označila, jako jedno z nejhorších. Nikam jsem nemohla, byla jsme stále mokrá. Spotřeba vložek byla hrozná, skoro jsem měla důchod jenom na vložky. Vůbec jsem třeba nevěděla, že existují speciální pomůcky pro inkontinenci a že jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Pár týdnů před druhou operací jsem viděla reklamu na inkontinentní vložky v televizi. Skutečnost, že je napíše lékař na poukaz a já si pomůcky vyzvednu ve zdravotnické prodejně zdarma, byla úžasná. Víím, je to tak trochu má vina, nezeptala jsem se. Plně hrazené pomůcky jsem využívala v období mezi dvěma operacemi, kdy mi dala sestřička na urologii vzorky, abych je vyzkoušela. Ano, vybrala jsem si a dodnes si říkám, proč jsem se nezeptala dříve. Ovšem, který chytrák na pojišťovně vymyslel ty počty, na kolik vložek mám nárok, no to musel být anděl. Myšlenka, že to byla pro mě dočasná doba, se nechala vydržet. Nyní jsem po druhé operaci, zatím se cítím dobře, žádné komplikace se zatím neobjevily. Doufám, že už mám vybráno.“

–Byla jste spokojena s dostupnými metodami používanými v 21. století?  
„S dostupnými metodami jsem spokojená, medicína je mocná. Hlavně ať není moc žen, které budou tyto problémy bagatelizovat. Je třeba jít k lékaři včas a hlavně se pořádkem ptát, nebát se. Je zbytečné se takto trápit.“

#### **4. rozhovor**

*Pacient M. L., 39 let*

–Byl Vám znám tento typ onemocnění-dysfunkce před začátkem Vašich potíží? „Na svůj věk jsem hodně nemocný, léčím se s depresi a s krví. Celý život jsem zvyklý navštěvovat lékaře, s každou nemocí se velmi špatně vyrovnávám. O dysfunkci jsem nic nevěděl až do té doby, když jsem začal mít sám potíže.“ –Připouštěl jste si, že by mohlo jít o další nemoc? „Nepřipouštěl. Nejprve jsem myslel, že jsem nastydl. Chodil jsem velmi často močit a měl jsem pocit nevyprázdněného močového měchýře.

Když jsem měl stále potíže, poslal mě obvodní lékař na urologii do naší nemocnice Písek. Tam mě vyšetřili, několikrát jsem musel vyplnit pitnou a mikční kartu, nechápal jsem. Byla tam moc hodná sestřička, vše mi několikrát vysvětlovala, měla se mnou hodně trpělivosti. Po několika návštěvách stále pan doktor nevěděl, jsem prý zapeklitý případ. Poslal mě i na vyšetření na neurologii. Pak mě doporučil urologii v Č. Budějovicích. Následně jsem měl naplánované urodynamické vyšetření.“

–Existenci tohoto onemocnění jste neznal a kde jste získal základní i detailní informace o svém onemocnění? „Základní informace jsem získal na urologii v Písku. Po urodynamickém vyšetření v Č. Budějovicích jsem se dozvěděl, že mě trápí dysfunkce močového měchýře. Pan doktor se mi opravdu věnoval, poskytl mi detailní informace o nemoci. Vysvětlil mi i jaký typ léčby zkusíme. Musím ale spolupracovat, abych se cítil lépe. Tyto informace pro mě byly nejsrozumitelnější. Věděl jsem, co dělám špatně a čeho se mám vyvarovat. Měl jsem naordinované tabletky 3× denně po jedné tabletě. Za nějaký čas došlo opravdu ke zlepšení, po vymočení jsem se znovu nepomočil. Používal jsem inkontinentní pomůcky, které mi doporučila sestřička na urologii v Písku. Dále jsem musel změnit režim pití dle instrukcí sestřičky, měl jsem špatné návyky. Je pravda, že to nebylo ještě ono. Tak před ½ rokem mi pan doktor změnil kombinaci léků. Jsem rád, že tato léčba zatím funguje.“

–Jakou roli ve Vašich informacích hrál dnes hojně využívaný internet v porovnání s jinými zdroji? „O své nemoci jsem nic nehledal na internetu, ani nikde jinde, stejně bych tomu nerozuměl. Věřím panu doktorovi a sestřím na urologii v Budějovicích a do Písku už nechodím. Několik lékařů mi řeklo, že příčinou mé dysfunkce mohou být mé deprese či potíže s páteří, které mě trápí.“ Pomalu se dostáváme k následující otázce, kde se budu ptát: –Znáte rizikové faktory vedoucí

k Vašemu onemocnění? „Ne, neznám.“ –A nechtěl byste odpověď trochu rozvést? „Ne, nevím, jak bych odpověděl.“

–Nevadí, tak se budu ptát dál. Způsobuje Vám toto onemocnění nějaké problémy, např. omezení ve Vašich aktivitách? „Než se přišlo na to, co je to za onemocnění, nechtěl jsem nikam chodit. Doma jsem se úplně izoloval, měl jsem strach, že budu hned mokrý i s použitím inkontinentních pomůcek. Do doby, než začaly fungovat tablety, jsem se zdržoval více doma. Někdy měla máma obavy, abych nezapomněl mluvit. Dnes je vše daleko lepší, chodím mezi lidi ven a nemám takový strach, že budu hned mokrý. Sice se stále dívám po toaletách, to je pravda, ale není to tak často jako dřív. Ano, toto onemocnění mě omezuje, ale co mám dělat. Naučil jsem se s tím žít, nemám přece jenom jednu nemoc.“ Dostáváme se k poslední otázce. „To je dobře, jsem docela unavený.“

–Jste v současnosti spokojen s dostupnými léčebnými metodami? „S medicínou jsem dnes spokojený pouze v Budějovicích. Jenom nevím, proč mě stejně nezaléčil urolog v Písku, a musím jezdit za specialistou 60 kilometrů. Vždyť by měli mít stejnou školu, nebo ne?“

Rozhovor proběhl na žádost pacienta doma v jeho bytě. Byt nebyl příliš uklizený, i pacient by zasloužil více péče ze strany matky, s kterou společně žije.

## **5. rozhovor**

*Pacientka A. Š., 60let*

Na konci malé vesnice stojí velký dům a u vrátek na mě čekala paní se slovy: „Zase nám nejde zvonek, já bych toho tátu...“ Pohodlně jsme se usadily v kuchyni a rozhovor mohl začít.

–Znala jste tento typ onemocnění před začátkem Vašich potíží? „Tento typ onemocnění jsem neznala. Budu mluvit o onemocnění, to druhé slovo nemůžu ani vyslovit. V celé naší rozvětvené rodině jsem nikdy neslyšela, že by někdo měl tyto potíže. Je to velmi citlivý problém a nikdo se s ním nechlubí. Vzpomínám si, že tatínek na sklonku života měl cévku a vím, jaké s tím byly problémy. A vlastně maminka si za nějakou dobu po smrti tatínka stěžovala, že neudrží moč. Na vyšetření žádném nebyla, dostala od

praktické lékařky nějaké tabletky a za nějakou dobu se to upravilo. Víte, bydlí daleko, já tam jezdím 1× měsíčně. Tak nemám tak přesné informace.“

–Připouštěla jste si, že by se Vás tento problém mohl týkat? „Celý život jsem dělala, co bylo třeba. Práce kolem dvou dětí, dům, zahrada. Nikdy mě nenapadlo, že bych na sebe měla dávat větší pozor, netahat těžké věci, ty koše s prádlem a ty nákupy celý život. Až po rozhovoru s Vámi v nemocnici o rizikových faktorech, které mohou vést k inkontinenci, jsem se začala trochu víc hlídat. Nevěděla jsem, že všechno tak spolu souvisí.

Na začátku svých potíží jsem nějakou dobu vyčkávala. Viděla jsem reklamu v televizi na vložky, tak jsem si je koupila, a že se dál uvidí. Nikde jsem si nestěžovala a až náhodně na prevenci u gynekologa se mě na tento problém paní doktorka zeptala. Cítit jsem určitě nebyla, jsem velmi čistotná.“ –Takže tady jste získala základní informaci o onemocnění? „Jo, navrhla mi vyšetření na urologii v nemocnici, svolila jsem. Na vyšetření jsem byla objednaná, našla jsem to dobře. Hned jsem si pěkně popovídala se sestřičkou v recepci. Byla jsem zvědavá, co mě čeká, jak to bude trvat dlouho a co bude následovat. Svěřila jsem se sestřičce, že si vložky kupuji. Taktně a obratně mi vysvětlila, že je to úplně zbytečné a poskytla mi několik vzorků, ať je vyzkouším. Ten co mi bude vyhovovat, je možné napsat na poukaz jako lék na recept a vše zadarmo. V ordinaci čekal lékař, nebyla jsem moc nadšena, protože se docela stydím říkat takové potíže chlapovi. Po vyšetření jsem obrátila, byl to opravdu odborník, věnoval se mi pomalu hodinu, vše mi hezky a pomalu vysvětlil. Navrhl buď počkat, anebo jít na krátký výkon. Nejsem zdravotník, tak různým termínům nerozumím. Po návštěvě u pana doktora, jsem si vzala nějaký čas na rozmyšlenou. Jak to budu dále řešit. Chtěla jsem si všechno v klidu rozmyslet, poradit se s dcerou.“

–Využila jste možnosti hledání nových informací, které poskytuje dnes hojně využívaný internet, nebo jste našla zdroje jinde? „No, samozřejmě došlo i na internet, dcera s vnučkou mi poradily, kde mám hledat. Jelikož mám počítač, tak jsem si tam spoustu informací našla sama. Získala jsem větší náhled na toto onemocnění. Právě tady jsem našla, co by ženy neměly vůbec dělat. Naše tělo není postavené na těžkou práci. Jinde jsem informace nehledala.“

–Způsobuje Vám dysfunkce nějaké problémy? „Zatím ty potíže nejsou tak velké, nosím pouze vložku jako takovou pojistku. Pracuji ráda na zahradě a při nějaké práci mi moč prostě uteče. Naučila jsem se chodit včas na toaletu, všeho nechám. Nejsem žádný sportovec, jak už jsem říkala. Takže tímto směrem nejsem omezována. Mám ale problémy s pitím, málo piju. Tento problém mám celý život, neměla jsem nikdy pocit žízně. Teď jsem v důchodu, a tak se o sebe více starám a snažím se víc pít, samozřejmě během dne a ne na noc. A co s mými potížemi?“

–To jste mi nahrála na další otázku: Jaký typ léčby Vám byl navrhnout a je pro Vás akceptovatelný? „Přemýšlím, ale asi se rozhodnu v podzimním měsíci pro operační výkon. Léta přibývají a nemoci též, hlavně aby se výkon povedl a nepřidaly se nějaké komplikace. Jiný způsob léčby si zatím nepřipouštím, než operační. Postup mi pan doktor vysvětlil, prý by mě i operoval a dále se uvidí. Na internetu jsem četla, že je vysoké procento úspěšnosti. No, chodit s vložkami by se mi zatím pořád nechtělo.“

–A na závěr Vám položím poslední otázku: Jste v současnosti spokojená s dostupnou léčbou? „Medicína dělá velké pokroky, to je pravda. Ne všem pacientům se může samozřejmě vyhovět, ale líbí se mi, jak i sestřičky pomáhají pacientům. Radí v správné volbě pomůcek, vysvětlují postup ve vyšetřování. Jsou to taková zdravotnická sluníčka usměvavá a vlídná. Ty holky snad nikdy nic nebolí, jak jsem měla možnost vidět. Vidíte, že jsou tam lidé opravdu pro Vás.“

## **6. rozhovor**

*Pacientka H. T., 6 let*

Rozhovor probíhal za přítomnosti maminky v jejich domácím prostředí, v bytě nedaleko centra. Dcera reaguje přiměřeně svému věku, nebojí se. Ví, že si budeme chvíli povídat s ní a mamkou.

–Věděly jste o existenci tohoto onemocnění před začátkem Vašich potíží, napadlo Vás někdy, že se budete s touto nemocí potýkat? Odpovídá maminka: „Že bych věděla, že existuje nějaké takové onemocnění, jsem nevěděla. Mám staršího syna a ten žádné potíže tohoto typu neměl. Ví, že starší ženy mají potíže s udržení moče. Ale

nikdy mne nenapadlo, že podobný problém budu řešit s malou dcerou. Potíže trvají 2–3 roky, posledních 6 měsíců chodíme na urologickou ambulanci v nemocnici. Tam jsme dostaly doporučení od dětské lékařky, kde se nejdříve dcera léčila, ale bez nějakého efektu.“

–Takže podrobné a srozumitelné informace o dysfunkci jste slyšeli kde? „Nejsrozumitelněji a velmi podrobně si s námi popovídal lékař v nemocnici na urologii. Velmi profesionální byla i sestřička, když dceři vysvětlovala, jak má mít plný močový měchýř a kdy se půjde močit na speciální přístroj (uroflowmetr). A za odměnu dostala lízátko. Nikdy se nám nestalo, že by dcera dostala v ordinaci lízátko.“

–Slyšela jste někdy o rizikových faktorech vedoucích k tomuto onemocnění? „Ne, vůbec mi to nic neříká.“ –A je Vaše dcera kvůli tomuto onemocnění nějak omezena?

„Problémy naší dcery mě velmi trápí, příští rok má jít do školy. Jak bude vše zvládat? To je otázka pro mě i pro ni. Zatím nám pomáhají paní učitelky ve školce. Když se dcera počurá, pomohou jí. Ale ve škole nevím, nejhorší na tom je, že úniky jsou pouze přes den. Kdo ji nezná, neřekl by, že má takový problém. Obtěžuje to celou rodinu, při jakémkoliv pohybu mimo domov nesu rezervní oblečení. Stále dceři připomínám, napij se, jdi se vyčurat. Někdy mi připadá, že celý den zkoumáme jenom pití a močení.“

–Jakou roli v získávání informací o onemocnění sehrál internet a jiné mediální zdroje? „Na internetu jsem hledala jakoukoliv informaci o této chorobě, byly to informace neúplné a často nesrozumitelné. Dost mě to mátló. Řekli jsme si s manželem, že budeme poslouchat jednoho lékaře a to na urologii v nemocnici. V ostatních médiích jsem informace o této problematice nezaznamenala.“

–A jste spokojena s metodami léčby? „Proč má naše dcera takové potíže, zatím není tak dobře jasné. Stále je ve vyšetřování a hlavně roste. Uvidíme, jak se bude vše dále vyvíjet.“ Odpovídá pacientka: „Já se snažím poslouchat mamku a pana doktora. Musím víc pít a doma mi mamka připomíná, abych se šla vyčurat.“ Během rozhovoru si holčička hraje se dvěma panenkami. Několikrát za návštěvu pronese: „A na kontroly chodím do nemocnice, tam jsme vždycky dlouho. Mají tam divný záchod a pak dostanu lízátko.“

Pacientka není schopná odpovědět na všechny otázky, není na tento typ otázek zralá. Odpovídala více matka, která otázkám rozuměla. Při odchodu přeji celé rodině, ať se problémy upraví a malá usměvavá pacientka dostává velkou čokoládu.

## **7. rozhovor**

*Pacientka L. Z., 37 let*

S touto respondentkou byl rozhovor natočen v malé kavárně v uzavřeném boxu beze svědků.

–Byl Vám znám tento typ onemocnění před začátkem potíží? „Před několika lety měla podobné potíže babička. Kde byla léčena a jak, nevím. Tyto potíže se u mne objevily před čtyřmi lety, po druhém porodu. Do té doby jsem byla zdráva a potíže tohoto charakteru jsem si nepřipouštěla. S dětmi jsem nespěchala, nejdříve jsme si s manželem užívali, postavili dům a pak se těšili na děti. Všechno nejde do puntíku naplánovat. První i druhé těhotenství proběhlo v pořádku, obě byla po velmi krátké době za sebou. Tak mi byly odůvodněny potíže, které se začaly objevovat krátce po druhém porodu. Samozřejmě péče o dvě malé děti byla velmi náročná.“

Servírka přináší voňavý čaj s dezertem, přestáváme hovořit. Snažím se být diskrétní. Společně hodnotíme, že náš výběr dezertu byl správný a vracíme se k rozhovoru.

–A první informace o svém onemocnění jste získala kde? „Byla jsem hrozně nešťastná a kontaktovala jsem gynekologa. Pak jsem se objednala na urologii v Písku, kam spádově patřím.“ –A tady už jste dostala detailní informace o inkontinenci? „No ani ne, raději mne doporučili na krajské pracoviště do nemocnice. První vyšetření proběhlo tam, následující jsem si domluvila v Č. Budějovicích. Tam už jsem byla daleko spokojenější, paní doktorka byla soucitná. Asi když viděla, jak za sebou tahám ty mé děti. Domluvila mi rychlý termín na operaci a od sestřičky jsem dostala poukaz na lepší pomůcky, než co jsem měla dříve. Zmínila se i o rizikových faktorech vedoucích k inkontinenci, ty jsem neznala. Do výkonu mi další poukazy na pomůcky psal praktický lékař, takže doba do operace se nechala i s dětmi přečkat důstojně. Na toto období nevzpomínám ráda, nemohla jsem prakticky nic.“ –Takže jste byla omezována onemocněním? „Ano byla, pochovat dítě, popoběhnout a o intimním životě ani nemluví. Měla jsem i takové sklony řešit to tak, že jsem málo pila. Výsledkem byla má zvýšená podrážděnost a časté bolesti hlavy.“



–Využila jste k získávání informací o dysfunkci internet nebo jiná informační media? „Nějaké informace o typu operace jsem našla v brožurkách v ordinaci na urologii. A samozřejmě jsem si něco přečetla i na internetu, je tam spousta informací. Samotný výkon je různě popisován, ale pak záleží, jaké lidi potkáte před a po samotném výkonu. Samozřejmě člověk je vykulený, neví, co má dělat. Ale když přijde sestřička, na které vidíte, že tuto práci dělá opravdu s láskou, je to balzám na duši. Bohužel následovalo i nevrle procitnutí. Přišla sestra – nekomunikující nabubřelec a hned nám všem na pokoji bylo jasné, hlavně nic nechtít. I taková byla realita v nemocnici. Konečné hodnocení bylo ale pozitivní, hlavně proto, že se výkon podařil. Nastalo období rekonvalescence, stále jsem si opakovala hlavně nic neuspěchat, abych byla v pořádku a mohla už konečně žít.“ –Takže by se dalo říci, že jste spokojená s dostupnými metodami řešení inkontinence? „Ano, jsem. Čas plyne jako voda a já šla na kontrolu po operaci. Spokojená, plná optimismu, jen aby mi pan doktor potvrdil, že je vše v pořádku. Čekání bylo dlouhé, úmorné, ale stálo to za to. Konečně jsem se mohla vrátit k normálnímu životu. Medicína v 21. století provádí úžasné zázraky, to jsem měla možnost poznat i sama na sobě.“

## **8. rozhovor**

*Pacientka V. N., 65 let*

Dům naší poslední dotazované respondentky jsem našla bez větších problémů v malém městečku nedaleko Č. Budějovic. Byla jsem objednána, paní mě přivítala a posadily jsme se v obývacím pokoji. Po úvodním seznámení s otázkami, zapínám diktafon, nechci respondentku zdržovat.

–Byl Vám znám tento typ onemocnění před začátkem Vašich potíží? „Ne, celý život jsem pracovala s malými dětmi, až do penze jsem byla učitelkou v mateřské škole. O nemocech jsem nikdy neměla čas přemýšlet, bylo tak pořád co dělat.“ –Takže jste si nikdy nepřipouštěla, že by se Vás toto onemocnění mohlo týkat? „Opravdu, nepřipouštěla. Potíže začaly tak najednou. Jednou jsem nastydla a pak už jsem se nemohla zbavit pocitu dyskomfortu, objevovaly se úniky moče. Nebyl to dobrý stav, svěřila jsem se obvodní lékařce a ta mě poslala na polikliniku na urologii.“ –Získala jste

základní informace o dysfunkci u praktického lékaře? „Ano, něco málo mi vysvětlil, než napsal doporučení. Ale detailní a možná srozumitelné informace jsem získala právě na poliklinice. Pan doktor byl zádušný, moc toho nenamluvil. Ještě, že tam měl tak hodné sestřičky. Ty mi hodně poradily jak, kdy a co mám pít. A abych se vyvarovala rizikových faktorů, které mohou můj stav negativně ovlivnit. Nenosit těžké věci, hlavně tak jako koš s prádlem a nákupy. Po vykoupání si hned sundat mokré plavky a hlavně omezit nápoje s kofeinem. Byla jsem sestřičkám vděčná, všechno odkývala a šla domů. Následovalo období, kdy jsem opravdu nevěděla, co se děje. Jednou jsi nahoře, jednou dole. Nejdříve vše odůvodňovaly zánětem, pak mi dal lékař tabletky.“

–Měla jste nějaké problémy, byla jste omezována onemocněním? „Na nějaký čas, asi 8 měsíců, se vše uklidnilo. Mohla jsem zase začít chodit více pěšky a cvičit. Byly mi doporučeny cviky na posílení pánevního dna. Od sestřičky jsem dostala brožurku se cviky a ochotně mi zavolala na rehabilitaci, aby mě zkontrolovaly, zda cvičím efektně. Cítila jsem se celkem dobře, ale pocit byl pouze dočasný. Potíže se vrátily a byly daleko intenzivnější, nebyla jsem schopna existovat bez vložky. To, že na ně člověk má nárok a stačí mít nějaký poukaz, jsem se naštěstí dozvěděla hned na urologii na poliklinice. Tam si se mnou nevěděli rady a pak mně poslali do nemocnice.“

–A tam už jste dostala nejsrozumitelnější informace o svém onemocnění? „Asi jo. Pan doktor z polikliniky mi popsal probíhající léčbu do zprávy, tak jsem bez větších obav šla na vyšetření do nemocnice. Neumím se odborně vyjadřovat a mám z toho strach, aby se mi někdo nesmál. Mám jednu špatnou zkušenost z dřívější doby, která mě stále provází. Naštěstí se ke mně chovali všichni v nemocnici dobře, až na to čekání jsem byla spokojená i s tím, jak mi paní doktorka vysvětlovala následující urodynamické vyšetření, proč se musí udělat a tak. Konečně jsem se dozvěděla srozumitelné vysvětlení, co s mým problémem udělat, abych se zbavila takto ponižujícího způsobu života. Bylo mi doporučeno zavedení pásky, nebo inkontinenční pomůcky. Na výkon jsem se hned objednala, čekala jsem asi 2 měsíce. Doma jsem to s rodinou všechno probrala a rozhodnutí jsem nezměnila.“

–Hledala jste nějaké informace týkající se Vašeho onemocnění na internetu, v časopisech, brožurách v ordinacích, rozhlase či televizi? „Jestli jsem hledala nějaké

informace na internetu, ne. Nemám počítač, syna jsem nechtěla obtěžovat a další informace jsem ani jinde nehledala. Abych pravdu řekla, hodně jsem se těšila, že se všechno povede a já budu moci na mé zamilované procházky. Hodně mě povzbuzoval manžel, mám v něm velkou oporu. Operace proběhla dobře, za pár dní jsem byla doma. Bylo třeba dodržovat po dobu 6 týdnů klidový režim, nekoupat se, pouze sprchovat. To se všechno nechalo vydržet. Rekonvalescence probíhala celkem dobře. Občas se mi objevily úniky, ale pořád jsem doufala, že se to časem spraví. Ten stav se však nezlepšoval, bylo to tak stejné. Na kontrole mi lékař přidal 1 tabletu 2× denně, že musíme počkat, jak to zabere.“ –Takže, jak byste hodnotila dostupné léčebné metody? „Celkem pozitivně, cítím se dobře. Sice používám tenkou vložku, ale spíše pro pocit bezpečí, nikoliv že by ji člověk potřeboval. Personál v budějovické nemocnici dělá svou práci dobře, jen kdyby se celkově tak nespíchalo. Možná bychom si ušetřili spousty zdravotních potíží, které nás tak trápí.“

**Tabulka č. 1 – Analýza rozhovorů**

	Znal(a) jste tento typ onemocnění - dysfunkce před začátkem potíží?	Připouštěl(a) jste si, že se DDCM bude jednou týkat Vás?	Kde jste získal(a) základní informace o DDCM?	Detailní informace jste získal(a) kde?	Jakou roli ve Vašich informacích hrál internet v porovnání s ostatními zdroji?	Kde jste získal(a) nejsrozumitelnější informace?
<b>1. respondent</b>	neznala	nepřipouštěla	na gynekologii	urologie nemocnice	internet ne, televize, rozhlas, časopisy a kamarádky ano	urologie nemocnice
<b>2. respondent</b>	nevěděla	nepřipouštěla	urologie nemocnice	urologie nemocnice	internet a brožura ano, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>3. respondent</b>	nic nevěděla	připouštěla	v lázních a na gynekologii	urologie nemocnice	internet ano, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>4. respondent</b>	nevěděla	nepřipouštěl	na urologii – okresní	urologie nemocnice	internet ne, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>5. respondent</b>	neznala	nenapadlo	gynekologie	urologie nemocnice	internet a televize ano, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>6. respondent</b>	nevěděla	nenapadlo	pediatrie	urologie nemocnice	internet ano, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>7. respondent</b>	znala	nepřipouštěla	gynekologie, na urologii – okres	urologie nemocnice	internet a brožura ano, jiné zdroje ne	urologie nemocnice
<b>8. respondent</b>	neznala	nepřipouštěla	praktický lékař, urologie – poliklinika	urologie poliklinika	internet ani jiné zdroje ne	urologie nemocnice

Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka č. 2 – Analýza rozhovorů**

	Znáte příčinu a rizikové faktory u DDCM?	Jaké problémy Vám DDCM způsobuje ?	Omezuje Vás DDCM a do jaké míry?	Kde jste se dozvěděla možnosti léčby DDCM?	Který typ léčby Vám byl navržen a je pro Vás přijatelný?	Jste spokojena s dostupnými metodami léčby?
<b>1. respondent</b>	ano	izolace od společnosti	nemožnost aktivně žít, sportovat	urologie – nemocnice	operace	ano
<b>2. respondent</b>	ano	hodně časté močení, strach z příjmu tekutin	problémy v zaměstnání a při cestování	urologie nemocnice	užívání léků	ano
<b>3. respondent</b>	ano, poučila jsem dcery	fyzická námaha, nošení vložek, omezenost v cestování	práce doma, na zahradě, péče o vnoučata	urologie nemocnice	operace nebo inkontinenční pomůcky	ano
<b>4. respondent</b>	ne	izolace doma	časté a nekontrolovatelné pomočení	urologie – okres, urologie nemocnice	užívání léků a úprava pitného režimu	ano, pouze urologie nemocnice
<b>5. respondent</b>	ano	fyzická námaha, nošení vložek	práce na zahradě, nedostatečný příjem tekutin	urologie nemocnice	operace nebo inkontinenční pomůcky	ano
<b>6. respondent</b>	ne	časté nucení na močení, v cestování – omezena je celá rodina	psychické vypětí celé rodiny	urologie nemocnice	stále se vyšetřuje	zatím ano
<b>7. respondent</b>	ne	nemohla nic	pochovat dítě, popoběhnout, intimní život byl velké tabu	urologie nemocnice	operace	ano
<b>8. respondent</b>	ano	nošení vložek, omezení ve fyzických aktivitách	omezeny procházky a cvičení	urologie – poliklinika, nemocnice urologie	cviky na pánevní svalstvo, operace, inkontinenční pomůcky	ano

Zdroj: vlastní výzkum

## 4.2 Kvalitativní výzkum u sester

### *1. rozhovor*

*Sestra K. M., 35let*

*praxe na urologickém oddělení: 10 let*

Rozhovor se uskutečnil v malé šatně po skončení pracovní doby. Na první z položených otázek respondentka odpověděla takto:

„Posledních 10 let pracuji na urologickém oddělení v Nemocnici Písek. Naše oddělení je malé, ale myslím si velmi platné. Dříve jsem pracovala na interním oddělení naší nemocnice. S pacienty s DDCM se setkávám takřka denně, celkový počet pacientů je cca 40 %.“ –To je opravdu vysoké číslo a oslovují Vás pacienti se svými problémy raději než lékaře? „Již po příchodu na oddělení snadno poznáte pacienta, který se obává. Vidíte, jak je vděčný za každé dobré slovo, vlídné zacházení, porozumění. Nedá se snad ani spočítat, kolikrát se mne už pacienti ptali, co jim tak asi může být.“ –Jsou k Vám pacienti otevření, chtějí hovořit o svých problémech? „Ano, kolikrát se mi stalo, že mi vykládají celý osud a skončí po delší době u potíží. Když je přeruším, snaží se mi vysvětlit, že by potíže řekli raději mně, než čekali na lékaře. A dovolí-li to čas, ráda si je vyslechnu a předám potřebnou radu. A zároveň je upozorním, že jsem pouze sestra, tak ať moje rady berou jako doporučení. Celkově platí, že daleko vstřícnější jsou ženy, již při prvním kontaktu. U mužů jsem vyzozorovala, že zpočátku jsou velmi ostýchaví a následnou důvěru si u nich musí člověk více zasloužit. Když dojde k navázání důvěry, pak přetrvává delší dobu.“

–Můžete zhodnotit, zda pacienti naslouchají radám sester a dokážou je uplatnit v životě? „Je to velmi individuální, hodně záleží i na vzdělání pacienta. Když vybavuji pacienta inkontinenčními pomůckami, velmi často narážím na poměrně velkou složitost v preskripci těchto pomůcek a když se objeví problém s nedostatečným množstvím pomůcek, je to hotové administrativní dobrodružství. Velké množství pacientů nechápe, proč jsou nějaké limity od zdravotních pojišťoven, když celý život pracovali a platili na zdravotnictví. Správnou volbou odpovídající pomůcky si u pacienta získá sestra velké

uznání. Pacient vidí, že jeho osud není sestřičce lhostejný.“ –Myslíte si, že mají pacienti zájem o nové postupy v řešení DDCM a pokládají Vám otázky? „Za posledních 5 let jsou pacienti více zvědaví, mají více dotazů na typ léčby, ať jsou to nežádoucí účinky léků či nové operační metody, např. pásky. Ty my pouze doporučujeme a následně odesíláme pacientky na výkon na gynekologické oddělení. Ženy jsou velmi často sledovány tam, zatímco muži se k nám často vrací na kontroly, např. po operacích prostaty.“

–Aby, jste mohla pacientům poradit, musíte se dále vzdělávat. Kde čerpáte informace o novinkách v řešení DDCM? „Další nové poznatky v naší práci jsou nezbytné, sestry by se měly stále vzdělávat. V naší nemocnici jsou organizovány semináře na všeobecná témata a nové informace v urologii získávám hlavně na urologickém kongresu, který se koná 1× ročně. Kongres trvá tři dny a má i sesterskou sekci, program je velmi bohatý a vždy se dozvím něco nového.“

Rozhovor proběhl v přátelské atmosféře a na závěr jsme společně hodnotily svá oddělení. Rozloučily jsme se, že se určitě uvidíme na podzimním urologickém kongresu. Respondentka mi popřála hodně štěstí při zakončení studia.

## **2. rozhovor**

*Sestra E. N., 40 let*

*praxe na urologickém oddělení více než 15 let*

Cesta za další respondentkou nebyla vůbec jednoduchá, zima ne a ne přestat. Velká sněhová peřina přikryla malé městečko nedaleko Č. Budějovic. Po velmi opatrné jízdě jsem dům naší další respondentky našla. Po uvítání jsem dostala velký voňavý čaj, zřejmě domácí. Respondentka nemá času nazbyt, spouštím diktafon a začínáme.

–Setkáváte se s pacienty s DDCM, v jakém počtu a jak často? „Pracuji na urologickém oddělení na ambulantní části více než 10 let. Začínala jsem na lůžkové části, následně jsem úplně odešla ze zdravotnictví. Po práci se mi ale stýskalo. Děti povyroستly a mně byla nabídnuta práce na urologické ambulanci. Pacienti s DDCM jsou našimi klienty v docela velkém počtu. Jedná se o muže, ženy, ale i děti, celkově cca 50 procent. Denně se na naší ambulanci setkávám s pacienty, kteří se již léčí s těmito

potížemi, nebo přicházející nově na vyšetření. Tyto problémy jsou velice intimní záležitostmi, která pacienty obtěžuje jak po stránce tělesné, tak psychické. Je pouze na každém pacientovi, jak tuto problematiku zvládá a zda o ní dokáže otevřeně hovořit. Občas vidím i pacienta s vleklými potížemi, který návštěvu u lékaře stále odkládá. Těchto lidí je mi líto, jelikož vidím, jak trpí díky své nevědomosti.“ –To už začínáte odpovídat na další otázku, a sice: Oslovují Vás pacienti se svými problémy? „Někdy se až divím, jak jsou lidé k sestře otevření již při prvním kontaktu. Většinou se jedná o pacienty mladších či středních let, asi k nám sestrám přistupují jako k profesionálům. Samozřejmě, když připravuji pacienta na vyšetření, je čas s ním více pohovořit. Ráda mu sdělím, co ho čeká a jak je vyšetření náročné. Někdy je zajímavá i – jakou má pan doktor náladu. No, to je velmi zajímavé, dodnes se mne nikdo nezeptal, jestli mám dobrou náladu i já. Asi vidí, že jsem tam s nimi ráda.“

–Můžete zhodnotit, do jaké míry jsou k Vám pacienti otevření o svých potížích hovořit? „Při sdělování jakýchkoliv problémů jsou daleko sdílnější ženy. Ve většině případů vyhledávají k řešení své situace také ženu-lékařku. Muži jsou rozdílná skupina, jsou často odměření. Někdy nechtějí říci, ani jak se jmenují, natož co je přivádí, mnohdy působí velmi arogantně. Často se mi vyplatilo si je vzít do ambulance a v klidu si s nimi pohovořit. Děti přichází v doprovodu rodičů, nebo babičky. Mají už požadavek na konkrétní typ vyšetření. Zde je nutná spolupráce celé rodiny i zúčastněného personálu.“

–Jakou máte zkušenost s poskytováním rad pacientům s DDCM? „Po stanovení diagnózy jsou všichni pacienti informováni bez rozdílu věku a pohlaví o způsobu řešení jejich potíží. Pacienti mladšího a středního věku velmi často kladou konkrétní dotazy, jsou informováni z médií či internetu. Starší generace naslouchá a někdy si myslím, že jsou snad duchem jinde. Lékaři vše odsouhlasí a následně mne chytají na chodbě a ptají se znovu na informace. U dětských pacientů, jsou informováni rodiče, kteří si velmi často musí způsob léčby rozmyslet a následně se vrací do ambulance se svým rozhodnutím. Poskytování rad pacientům je samozřejmostí, jedná se např. o úpravu pitného režimu, či zopakování správného postupu po použití toalety, možnosti využití inkontinenčních pomůcek či využití speciálních alarmů u dětských pacientů. Jsou to



věci, které jsou pro mne samozřejmostí. Ale člověk by nevěřil, co někteří lidé vymyslí. Máme i zpětnou reakci od pacientů, kteří přicházejí a sdělují nám své poznatky.“

–Abyste mohla adekvátně poradit pacientům o novinkách, musíte se nějak vzdělávat? „Informace o novinkách v řešení DDCM nám většinou podává lékař, který se touto problematikou zabývá. Na našem oddělení se pořádají semináře, vždy na dříve schválené téma. Tyto semináře mají část ošetrovatelskou, přednáší sestra z oddělení a následně lékař. Každoročně je pořádán urologický kongres, v některém z velkých měst naší republiky. Ten je plný nových informací. Jak z hlediska medicíny, ale i ošetrovatelských postupů. Tohoto kongresu bych se ráda zúčastnila každým rokem, jenže to není provozně možné. Zúčastněné kolegyně nám přivezou informační letáky a následně se o novinkách bavíme. Další informace získávám z časopisů *Sestra a Florence*, máme je na oddělení. Občas přijdou nějaké nové informace ze zdravotnické prodejny *Zelená hvězda*. S touto prodejnou máme dlouholetou spolupráci a nikdy jsem se nesetkala s negativním postojem pracovníků, v případě jakéhokoliv dotazu.“

Během rozhovoru nás několikrát vyrušil adolescentní syn se slovy: „Kdy bude večere?“ Zbytečně respondentku nezdržuji. Děkuji za rozhovor a velmi pomalou jízdou se vracím domů.

### **3. rozhovor**

*Sestra A. K., 31 let*

*praxe na urologickém oddělení 10 let*

Už se pomalu stmívá a já přicházím k bytu nedaleko centra krajského města. Přichází mi otevřít malá holčička s blondatými culíčky a křičí: „Mamka už jde, počkej.“ Přichází paní v zástěře, kterou během přivítání odkládá. Posadily jsme se v kuchyni, dceruška si šla hrát a já spouštím nahrávání.

–Setkáváte se s pacienty s DDCM na Vašem oddělení a v jakém počtu? „S pacienty s DDCM se ve svém zaměstnání urologické sestry na ambulanci setkávám každý den, vyjádřeno v procentech, je to dle mého odhadu něco kolem 50 %. Na urologické ambulanci pracuji ¾ roku, vrátila jsem se z mateřské dovolené. Před tím

jsem pracovala na lůžkové části, kde jsem tuto problematiku nesledovala. Na obou pracovištích je práce odlišná.“

–Můžete se vyjádřit i po tak krátké době na ambulanci, zda Vás pacienti oslovují se svými problémy raději a s větší důvěrou než lékaře a do jaké míry jsou k Vám otevření? „Se svěřováním problému u pacientů je to různé. Záleží hodně na pohlaví, věku a i na vzdělání pacientů. Větší důvěru ke mně jako k ženě pociťuji od pacientek ženského pohlaví a mladšího věku. Mnohdy se ptají, jak se mám. Někdo by mohl namítnout, že je to zdvořilostní fráze z ciziny, ale v naší společnosti to není zrovna moc obvyklé. Je to velmi milé, sama pociťuji odlehčení mnohdy napjatých chvil. U mužů je navázání velmi individuální, většinou raději pracuji se staršími pacienty. Už pouhá změna prostředí je vyvede z míry, a to se po nich ještě nic nechtělo. Když vyšetření zdárně proběhne, jsou velmi vděční, opakovaně děkují. A příští návštěvu přinesou malou kytičku a znovu děkují, je to prostě jiná mentalita. Dětsí pacienti chodí na vyšetření v doprovodu rodičů. Mám sama doma malé dítě a vím, jak je důležité navázat s rodinou vztah vzájemné důvěry, jistoty a porozumění. A když se vše podaří, dítě daleko lépe spolupracuje a výsledky přicházejí dříve. Za odměnu děti dostávají lízátko nebo omalovánky. Následující návštěvy probíhají v klidu, děti se nestresují a nebojí. Velký problém je u dětí, které jsou ze sociálně a mentálně slabých rodin. Často si říkám, že všichni nemůžou být chytrí, ale některých dětí je mi opravdu líto, jaké mají rodiče.“

Přichází k nám dceruška a pokládá mi otázku: „Víš, jak se jmenuju?“ –Ne, nevím. „Já jsem Anička a budeš u nás dlouho? Já si chci s mamkou hrát! –Ne, za chvíli skončíme, neboj, všechno stihneš.“

Dostáváme se k další otázce: –Naslouchají pacienti radám sester a využívají je? „Ano, již při základním vyšetření na urologii, což je odběr moči. Často vidím, kde pacientky chybují. Po odběru dáváme pacientkám vložku na otření a ony se neumí ani správně utřít. Postupují od konečníku k močové trubici. Velmi často řeším s pacienty výběr vhodné inkontinentní pomůcky. Na naší ambulanci máme vzorky od několika firem, které tyto pomůcky na našem trhu nabízí. Každému pacientovi pomůcky ukážu a on si sám řekne, jaká by mu vyhovovala. Když je pacient nerozhodný, domluvíme se tak, že dostane vzorky a následně zavolá a objedná si vystavení poukazu. Velmi důležitá

je edukace pacienta v další preskripci těchto pomůcek. Ve většině případů se naše oddělení snaží přesouvat preskripci na praktické lékaře. Ale u některých pacientů, kde není dobrá spolupráce s praktičkem, vystavujeme poukazy na pomůcky my, dle aktuálního sazebníku.“ –Takže, naslouchají pacienti radám sester? „Určitě naslouchají. My se snažíme je informovat, ať už se poučení týká vyšetření, postupů léčby nebo prevence. Jestli dají na naše rady a zda je užitečné, můžeme ověřit zpětnou vazbou, při následné kontrole naší ambulance.“

–Zajímala by mne odpověď na další otázku. Jsou pacienti s DDCM zvědaví, mají zájem o nové postupy v řešení DDCM a pokládají Vám otázky? „Ano, pacienti mají zájem o nové postupy a metody léčení DDCM. Mladší generace často pokládají cílenější otázky, protože si dostupné údaje o DDCM zjistí předem na internetu. A ne každý lékař rád slyší jiný názor na postup léčení DDCM, než má on. Pravým opakem je starší generace. Na lékaře pohlíží jako na pána boha a popsat problém, s kterým přichází je velký problém. Po vyšetření pouze souhlasně kývají a bezmezně věří veškerému personálu.“

Anička je zatím hodná, rychle pokládám poslední z otázek, týkající se informovanosti o novinkách v řešení DDCM. „O novinkách v urologii se dozvídám hlavně doma z internetu, z různých seminářů nebo z časopisů. Na našem oddělení se pořádají semináře 1× za měsíc a 1× ročně je pořádán urologický kongres. Ne každý rok se můžu tohoto kongresu zúčastnit, z provozních důvodů. Pak si prostuduji materiály, co nám kolegyně přivezou. Dále máme na oddělení k dispozici časopis Sestra, Florence, Braun noviny, Lékařské listy a Pacientské listy. I když je urologie specifický obor, tak každý měsíc najdu v některém z časopisů něco nového, co lze použít i v mém oboru.“

#### **4. rozhovor**

*Sestra J. H., 34 let*

*praxe na urologickém oddělení 9 let*

Je sobota odpoledne a má rodina odjíždí do vzdálenějšího okresního města, kde mám domluveny dva rozhovory. Počasí sice není na výlet, ale nedá se nic dělat. Rodina odchází na procházku a já zvoním u dveří staršího bytu. „Pojďte dál, konečně Vás

poznávám i osobně, ne jenom z telefonu.“ Volnou konverzací přecházíme k rozhovoru a já pokládám první otázku:

–Setkáváte se s pacienty s DDCM na Vašem pracovišti? „S pacienty s touto dysfunkcí se setkám každý den, tvoří 45–55 % všech pacientů. Urologie je velmi specifické pracoviště. Nejdříve jsem pracovala na chirurgickém lůžkovém oddělení, kde má urologie několik lůžek. V naší nemocnici je urologie součástí chirurgického oddělení. Posledních 9 let pracuji na urologické ambulanci, kde máme 1,5 roku nového lékaře, který k nám odešel z urologie v Č. Budějovicích. Naše pracoviště doporučují obvodní lékaři z poměrně velmi rozsáhlé části našeho okresu.“

–Setkala jste se, že by Vás pacienti oslovovali o svém onemocnění raději než lékaře? „Ano, stává se mi, že mne oslovují pacienti jak osobně, tak telefonicky. Žádají radu, kam jít na vyšetření, zda musí mít doporučení a jak vyšetření probíhá. Asi každá žena se diví, proč má být na odběr moče cévkovaná. Z mé strany následuje vysvětlení, proč se takto postupuje. Samotný odběr je pak velmi často překvapí, že to vlastně nic není. Muži techniku odběru chápou, ale někdy je problém se do zkumavky trefit.“

–A jak by jste odpověděla na další otázku? Jsou k Vám pacienti otevření ve sdělování svých potíží? „Jak jsou pacienti otevření k sestřám, záleží na mnoha aspektech. Věk, pohlaví, mladší pacienti jsou tajemnější, zato starší si někdy neberou servítky. Nejvíce záleží na postoji sestry. Sestra je totiž první zdravotník, kterého nemocný potká. Jak sestra vypadá, jak jedná a jak se chová, zanechá v pacientovi dojem. Někteří pacienti jsou vykulení, jen když vstoupí do areálu nemocnice. A tady má přijít příjemná a profesionální sestra, která ví, jak postupovat v komunikaci s pacienty.“

–Vy už jste mě navedla na další otázku: A to zda pacienti naslouchají radám sester a umí je využít v běžném životě? „Správnou edukaci, předávání informací a rad má sestra v popisu práce, záleží však na jejím osobním přístupu, asi jako v každém jiném povolání. Je hodně znát, jestli sestra dělá tuto práci ráda. Pak je zpětná vazba i od pacientů, má u nich důvěru, jsou k ní upřímní, často se sestra dozví spoustu informací spojených s onemocněním. Někdy se pacienti ostýchají lékaři sdělit všechny souvislosti, a pak jim sestra může i pomoci. Musí však postupovat diplomaticky, vždyť celá urologie je intimní záležitost. Každá sestra by měla vědět o svém oboru co možná

nejvíce informací právě proto, aby mohla poradit pacientům. Pro nás jsou to věci, se kterými se setkáváme každý den. Nesmíme zapomínat, že pacient přichází do nového prostředí, setkává se s novými pomůckami a my mu musíme umět poradit, jak nejlépe postupovat. Když vidím, že pacient nemůže všechny informace vstřebat, poučím doprovod, nebo pacientovi vše raději napíšu. Velmi specifické je vystavení poukazů nejen na inkontinenční pomůcky, ale i na ostatní zdravotnický materiál. Pacienti nechápou limity od pojišťoven a oříškem jsou formuláře na zvýšenou úhradu materiálu. Většina pacientů je ráda, že má možnost se k těmto pomůckám dostat a oceňuje kvalitu těchto věcí.“

–Jak reagují pacienti na nové postupy v řešení DDCM, mají o ně zájem? „Ano, ptají se hlavně mladší generace a rodiče. Asi tak třetina pacientů sleduje novinky ve sdělovacích prostředcích, dostávají typy na nové materiály od příbuzných nebo známých. Při rozhovoru s pacientem dojde mnohdy i na sousedku, co používá ona. Následují doporučení co používat na podrážděnou pokožku, kde to koupí a jakou pomůcku je vhodné zvolit. Když je doporučen operační výkon, většinu pacientů posíláme do Budějovic. Vysvětlujeme typ výkonu, jak vše bude probíhat, často se ptají i na rekonvalescenci. Vstřícný přístup od sester se vždy projeví pozitivně i u pacienta.“

–Abyste mohla poradit pacientům, musíte být informována o novinkách. Kde získáváte přehled o novinkách a jak často? „O novinkách jsme informováni nyní daleko lépe, pan doktor nám přinese i nějaký zdravotnický časopis či noviny 1× měsíčně. Pro sestry je asi nejrozšířenější časopis Sestra. Jezdíme na urologické kongresy, trvají tři dny a mají i sesterskou sekci. Na těchto akcích nás seznamují s novými typy pomůcek pro pacienty s DDCM a my máme možnost novinky v praxi vyzkoušet.“

Děkuji za poskytnutý rozhovor a nakonec mi respondentka vysvětluje, kde bydlí její kolegyně.

## **5. rozhovor**

*Sestra M. J., 39 let*

*praxe na urologickém oddělení 1 rok*

Tento den pokračuji v dalším rozhovoru. Přicházím k zrekonstruovanému paneláku, zvonek je dobře označen. Nemám problém se v domě zorientovat a už stojím přede dveřmi, kde na mne čeká další respondentka. Nejdříve mne napomíná, ať se vůbec nezouívám, že nemá uklizeno, ale opak byl pravdou. Po zdvořilostním seznámení a vysvětlení proč jsem u ní doma, začínáme v pokládání otázek.

–Jak často se v ambulanci setkáváte s pacienty s DDCM a znáte jejich počet? „Má praxe na urologické ambulanci je poměrně krátká, ale ve zdravotnictví pracuji 22 let. Předchozí léta jsem pracovala na chirurgickém oddělení, kde bylo několik pokojů vyčleněno pro urologické pacienty, tam jsem se o ně starala. Urologická problematika je velmi specifická, myslím, že naši ambulanci navštíví asi 40–50 % pacientů s DDCM.“

–Stává se Vám, že pacienti oslovují se svými problémy raději zkušenou sestru a jsou k Vám otevření o problémech hovořit? „I přes mou krátkou praxi jsem už poznala, jak se intimní záležitosti v ambulanci probírají. Často navštěvují naši ambulanci nešťastné mladé pacientky. Mají život naruby, kvůli urologickým potížím. Během základního odběru a vyšetření moči je dobré s nimi pohovořit a uklidnit je. Asi celkově platí, že jsou ke mně více otevřené pacientky, možná ještě starší pacienti. Od nich se za krátkou chvíli dozvím nejen jejich potíže, ale i radosti a trápení, které je potkalo. Někteří mladší muži nejdříve vystupují jako velcí hrdinové. A v ambulanci jsou hodně malincí, možná na ně tak působí náš pan doktor. Vidím, že sestřičky mají celkově velký význam ve zdravotnictví. Jsou nápomocné v prevenci, diagnostice i léčbě.“

–Můžete zhodnotit, jestli pacienti naslouchají radám sester a použijí je v běžném životě? „Poskytování rad je můj denní chleba, počínaje objednáním, vysvětlením přípravy na vyšetření, životosprávy, pitného režimu, zopakování správných hygienických postupů až po edukaci, jak používat inkontinenční pomůcky. S těmi je asi největší problém, mnohdy více materiálu na trhu neznamena i více pro pacienta. Jsou totiž starší pacienti, pro které je způsob vymyšlený naší legislativou k nepochopení. Aby se pacient dostal k potřebné pomůcce, vyžaduje hodně trpělivosti jak z naší strany, tak i od rodinných příslušníků. Zpětnou vazbou zjišťuji, že díky poučení o těchto pomůčkách jsou pacienti ve svém životě daleko spokojenější. Prožívají život v rámci

své dysfunkce daleko lépe a omezení je daleko menší. Léčení pacienti se do naší ambulance vracejí a velmi rádi nám sdělují své úspěchy. Nedávno jsem v nějakém časopise četla motto: „Spolupráce a důvěra u pacienta je poloviční výhra v jeho léčbě.““

–A ptají se Vás pacienti na nové metody v léčení DDCM? „Používání nových metod v urologii, ano.“ Respondentka je zamyšlená, přemýšlí. Po chvilce odpovídá: „Lékař je informován o novinkách na trhu u farmakologické léčby od firemních reprezentantů a z mého pohledu se mne spíše ptají, co bych dělala, kdybych měla tento problém. Jestli bych šla hned na výkon, či bych raději vyčkávala. To jsou otázky velmi zavádějící, obzvláště v dnešní době. Pak přemýšlím o diplomatické odpovědi. Několik našich patientek mi sdělovalo, že ještě nejsou plně kontinentní po prodělaném výkonu. Tam jsem jim radila, hlavně aby dodržely potřebnou rekonvalescenci po výkonu. Většinou se inkontinence upravila a pacientky byly s výsledkem operace spokojené.“

–Jste informována o novinkách v léčbě DDCM a jakou cestou? „Informace o novinkách získávám hlavně ze zdravotnických časopisů Sestra, Florence a Lékařských novin. Informace čerpám nepravidelně a je pravda, že díky získávání kreditů ve své profesi se informovanost určitě zlepšila. Od kolegyně vím, že je pořádán každým rokem urologický kongres, kde je část vymezena pro sestry. Ráda bych jej v letošním roce navštívila, uvidíme.“

Děkuji za poskytnutý rozhovor. Rychle přicházím na parkoviště, rodina už je tam a odjíždíme domů.

## **6. rozhovor**

*Sestra V. T., 51 let*

*praxe na urologickém oddělení 12 let*

V odpoledních hodinách přicházím na polikliniku našeho krajského města, kde na mne čekají dvě sestřičky. Sedíme v jejich šatně, rozhovoru je přítomna pouze jedna respondentka, druhá má ještě nějakou práci. Po seznámení, proč je tento rozhovor uskutečněn se pouštím do pokládání otázek.

–Ošetřujete pacienty s DDCM ve Vaší ambulanci a víte kolik jich je? „Naši privátní odbornou ambulanci navštěvují pacienti z periferie poprvé s doporučením, dále

dle objednání. Z vlastní zkušenosti vím, že pojem DDCM je pro pacienty neznámý. Jaká onemocnění obsahuje, znají pouze pracovníci z oboru. V této ambulanci pracuji 12 let, během kterých se podstatně změnil hlavně věk pacientů. Dříve nás navštěvovali hlavně starší muži, nyní nás navštěvují stále mladší pacienti bez rozdílu pohlaví. Celkový počet pacientů s DDCM lze stanovit na 50 % a setkávám se s nimi denně.“

–A stává se Vám, že pacienti oslovují se svými problémy raději zkušenou sestru, než lékaře? „Ano, stává se poměrně často, že mne oslovují pacienti se svými potížemi. Kolikrát mě pacienti osloví na chodbě s doporučením. Většinou se domluvíme na konkrétním čase jejich návštěvy a přípravě. Telefonicky se objednává velké množství pacientů, sdělují mi problémy bez okolků. Pravda, někomu to trvá déle, ale většinou se vždy domluvíme.“ –Takže jsou k Vám vcelku otevření o problémech hovořit? „Určitě, berou nás jako profesionálky. Mnohdy, ale laická veřejnost neví, co léčí urologie, např. že pohlavní problémy léčí kožní oddělení – venerologická ambulance. V případě akutních potíží jim doporučuji návštěvu ambulance v nemocnici. Tam odesíláme pacienty i na speciální vyšetření, např. urodynamiku. Náš pan doktor nepracuje jenom v ambulanci, ale dojíždí za pacienty domů, je hodně pracovně vytížený. Samozřejmě na sdělení velmi intimních problémů, potřebuje pacient klidné a vstřícné prostředí. Někdy mě ten spěch, v kterém pracujeme, úplně ubíjí. Kdo to první pozná, je pacient, pak následné získání důvěry je velmi obtížné. Když se poskytne pacientovi dostatek času a vše se mu v klidu vysvětlí, získá sestra velmi důležité informace. Ty následně může sdělit lékaři. Je totiž mnoho pacientů, kteří mají ostych hned vysvětlovat své potíže. Jestliže mám populaci rozdělit, nejvíce upovídané jsou ženy mého věku a následně celkově staří pacienti.“

Přistupuji k další otázce: –Naslouchají pacienti radám sester, edukujete pacienty? „Ano, ráda pacientům poradím. Vidím-li, že mou radu opravdu potřebují. Snáze radu přijímají starší pacienti, kteří nezapomenou několikrát po sobě poděkovat. Ano, ti jsou vděční. Jsou opravdu rozdílné generační odpovědi. I reakce rodinných příslušníků jsou rozdílné. Když bych to měla shrnout, většinou jsou rádi, že jejich problém s nimi sdílí i někdo jiný. Jednou z nejčastějších otázek je získání zdravotnických pomůcek. Vysvětlím jim postup, ukážu vzorky inkontinenčních



pomůcek a následně napíšeme poukaz. Další předepisování ve většině případů přesouváme na praktického lékaře či gynekology. Jestliže je pacient vybaven odpovídajícími pomůckami a není-li možný jiný způsob léčby, jsou opravdu ve většině vděční za dosažený komfort.“ –Takže, jak byste odpověděla na další otázku: Projevují pacienti zájem o nová řešení jejich dysfunkce a pokládají Vám otázky? „Dnes i starší pacienti umí používat internet, který je plný informací.“ –Jak to souvisí s položenou otázkou? Chvilka mlčení, respondentka přemýšlí. „No, jednoduše. Pacienti hledají informace o své nemoci i na internetu. Ano, je třeba k tomu i trochu rozumu. Ne všechno, co se napíše, je pravda. Z toho vyplývá, že není pacientům osud lhostejný a kontrolují si na internetu i léčebné postupy. Zjišťují nové způsoby a mnohdy prosazují léčbu, která u nás ještě není schválena.“

Dostáváme se k následující otázce: –Jak často a jakým způsobem, Vy jako sestra, máte informace o novinkách v řešení DDCM? „Informovanost sester o novinkách v řešení DDCM, krásná otázka. Všeobecně získávání nových informací a následně i kreditů za účast v seminářích je velmi ožehavé téma v privátní ambulanci. Když už si seženu odpovídající seminář, je pak velký boj, abych na něj mohla jít. To ani nezmiňuji, že mnoho seminářů není zadarmo. Velmi ráda chodím do nemocnice na urologii, kde jsou 2hodinové semináře 1× měsíčně. Další naše specializované semináře jsou 1× ročně, a to je urologický kongres, kde je hodně nových informací v sesterské i lékařské sekci. Občas se mi dostane do ruky časopis Sestra. Samozřejmě nejvíce informací je na internetu. A když mám doma čas, vzdělávám se...“

## **7. rozhovor**

*Sestra D. P., 51 let*

*praxe na urologickém oddělení 12,5 roku*

Kolegyně se vyměnily, neztrácíme čas a přistupujeme k otázkám. První je ve znění:

–Setkáváte se s pacienty s DDCM na pracovišti, můžete odhadnout jejich počet? „Do naší privátní urologické ambulance přichází pacienti objednaní na základě doporučení od praktického lékaře či jiného specialisty. S pacienty s DDCM se setkávám

denně, je to více jak polovina. Nevím, zda je to přesně, nikdy jsem žádnou studii nečetla a ani jsem nad ní nepřemýšlela. Přejde prostě pacient a potřebuje ošetřit. Jsme v krajském městě a všeobecně je známo, že urologů je velmi málo. V nemocnici se čeká na ošetření i několik hodin, a tak jsou pacienti velmi vděční za rozumné objednání. Samozřejmě se snažíme akutní stavy ošetřit, nebo je poslat do nemocnice. Vždy musíme postupovat individuálně.“

–Z Vaší letité praxe se můžete jednoduše vyjádřit k další otázce: Oslovují Vás pacienti se svými problémy raději a s větší důvěrou než lékaře? „Pacienti k nám sestřám přistupují individuálně. Pacienti mladšího věku s vyšším vzděláním se projevují obezřetně a kolikrát se studem popisují své potíže. Není se čemu divit, vždyť dojde i na velmi intimní věci. Přistupuje-li k nim člověk rozumně, tak vidí, že pacienti mají k sestřám velkou důvěru. I při prvním kontaktu se ptají. Sestřičko, nevíte, co by mi mohlo být? Pacienti s nižším vzděláním se při popisování potíží projevují až vulgárně, neomaleně. Starší pacienti jsou úplně jiná kapitola. Spousta důchodců stále pospíchá a mají i rozdílný přístup k sestřám i k lékařům.“

–A do jaké míry jsou k Vám pacienti otevření ve sdělování svých potíží? „Na sestry se často pohlíží jako na spasitele, pacienti chtějí poradit, popovídat si, a pak i naslouchají radám. Při dalších kontrolách rady hodnotí, děkují. Nebo hledají jiná východiska, jak si zkvalitnit život. Legračně působí staří manželé, oba navštěvují naši ordinaci. Vidím, jak se vzájemně hecují a úžasně si tím pomáhají. Od těchto velmi otevřených pacientů se dozvíte i věci, které nemají se zdravotnictvím nic společného. Mají návštěvu u lékaře jako společenskou událost.“ –Touto odpovědí jste začala odpovídat na následující otázku: Naslouchají pacienti radám sester a dokážou je využít v životě? „Kdo chce přijmout radu či pomoc, tak ji přijme bez rozdílu věku, pohlaví i vzdělání. Na tyto informace je třeba dostatek času, nespíchat. Pacient si pamatuje více informací a je více spokojen. Nejčastěji se pacienti ptají na zdravotnické pomůcky, často neznají sortiment, který je dnes na trhu. Často pacienti nechápou zdravotnickou legislativu spojenou s vystavením inkontinenčních pomůcek. Při následujících kontrolách zpětnou vazbou zjišťujeme, jak rady používají ve svém životě.“

–Myslíte, že pacienti mají zájem o nové postupy v řešení DDCM a pokládají Vám otázky? „Asi tak 60 % pacientů obecně se ptá na varianty léčby. Ten kdo souhlasí s postupem, se k nám vrací. Víme, jak je léčba účinná. Začíná se stávat, že pacient odejde k jinému specialistovi a požaduje vyšetření znovu. Někdy si pacienti vezmou do hlavy, že musí na operaci. Pak hledají pracoviště, kde jim operaci udělají. Následně přicházejí s ještě většími potížemi, často ve stavu, kdy je i dnešní medicína krátká. Většina pacientů sestřám i lékařům věří, dají na léčebná doporučení i na nové postupy.“

–Abyste mohla poskytnout informace o novinkách v léčbě DDCM, musíte je znát. Kde tyto informace získáváte a z čeho? „Novinky ze svého oboru se dozvídám ze zdravotnických novin a časopisů, vychází 1× měsíčně, např. Sestra. Jsou to spíše informace teoretické, v naší zdravotnické prodejně vidím novinky názorně. Ráda chodím s kolegyní na urologii do nemocnice na odborné semináře. Jsou jednou za 1–2 měsíce. Líbí se mi přednášky od sester, ale i od lékařů.“

Na závěr se loučím s oběma kolegyněmi a vzájemně si přejeme hodně slušné pacienty.

## **8. rozhovor**

*Sestra J. S., 53 let*

*praxe na urologickém oddělení 20 let*

Je všední den odpoledne a já odjíždím do dalšího okresního města. Telefonicky jsem si domluvila rozhovor s naší poslední respondentkou. Má už po pracovní době, čeká na mne sama v ordinaci, lékař šel domů. Přistupuji rovnou k rozhovoru a pokládám první otázku.

–Setkáváte se v ambulanci s pacienty s DDCM, a kolik jich je? „Působím v soukromé urologické ambulanci už delší dobu a s pacienty s DDCM se setkávám denně. Podle mého je jich 40–50 % z celkového počtu pacientů. Když se zamyslím nad tímto počtem, poslední dobou přibývá mladších nemocných. Mluvila jsem o této skutečnosti i s lékařem. Shodli jsme se, že lidé více pospíchají, žijí ve spěchu a stresu. Následkem jsou nemoci ve stále nižším věku. Je to logické, tělo nemůže vydržet

všechno.“ Rozhlížím se kolem sebe, ordinace není velká, ale útulně a funkčně zařízena. V takovém prostředí nesedím každý den, ordinace má velkou pochvalu.

–Zpět k našim otázkám. Můžete se vyjádřit, jestli Vás pacienti oslovují se svými problémy raději než lékaře? „Po mé dlouholeté praxi mě asi už znají lidé z celého našeho okresního města. Často se mi stává, že pacienti mají dotazy i mimo ordinaci. Několik odvážlivců chodí s prkotinami zvonit ke mně domů. Člověk je rád za jejich upřímnost, ale nic se nesmí přehánět. Doma nejsme sami a poslouchat stále manžela – jsi, jak matka Tereza – mě nebaví. Zpět do ordinace. Pacienti jsou různí, to všichni vědí. Můžu za sebe říci, že spousty potíží řekne pacient raději sestře než lékaři. Nevím čím to je, asi jsou jim ženy více vstřícné a nápomocné než muži-lékaři.“

–Co myslíte, do jaké míry jsou k Vám pacienti otevření ve sdělování svých problémů? „Jak už jsem v předchozí otázce nakousla, ženy jsou vstřícnější všeobecně. Dále záleží na věku pacientů. Mladší mají často zábrany se sdělením informací, stydí se. Nemůžeme se divit, na urologii se probírají opravdu velmi choulostivá témata. Vlídnost a přístupnost sestry vede k vytvoření vztahu důvěry a porozumění. V ambulanci je přátelská atmosféra, pacienti se cítí dobře, dokážou své potíže lépe vyjádřit.“

–To už mi začínáte odpovídat na další otázku, zda naslouchají pacienti radám sester a zda je uplatní v životě? „Ano, např. po ošetření má sestra nezastupitelnou roli. Radí pacientům jak používat pomůcky, kde je získat a na kolik kusů mají nárok. Ještě že je dnes dostatečný výběr pomůcek, které jsou pacientům vydávány dle poukazu na pomůcku. Když má pacient odpovídající zdravotnický materiál či pomůcky, zkvalitní se pacientovi život.“ –Co myslíte, mají pacienti zájem o nové postupy v řešení DDCM a ptají se Vás? „V dnešní době jsou pacienti více informováni o možnostech léčby z internetu či ostatních sdělovacích prostředcích. V ordinaci často diskutují s lékařem nebo se sestrou o svých potřebách, např. jestliže je pacient indikován k operačnímu výkonu, zajímají se i způsoby operačního řešení, hospitalizace, rekonvalescence. Dnešní pacienti jsou více zvědaví než před 20 lety.“

–A už jsme se dostali k poslední otázce: Jak často a jakým způsobem jste informována o novinkách v řešení DDCM? „Účastním se různých školení, většinou jsou to semináře všeobecné, urologických seminářů moc není. Jednou ročně je pořádán

urologický kongres, má i sesterskou sekci. To je pro mne asi největší událost roku. Jsem ráda, že se můžu zúčastnit. Další zajímavosti sleduji v časopise Sestra, vychází 1× měsíčně.“

Náš rozhovor byl ukončen, vypínám diktafon. Zůstávám v ordinaci ještě nějakou dobu a společně diskutujeme o zdravotnictví a školství. Domů přijíždím večer.

Tabulka č. 3 – Analýza rozhovorů

	Jak často a v jakém počtu se setkáváte s pacienty s DDCM?	Oslovují Vás pacienti raději a s větší důvěrou než lékaře?	Jsou k Vám pacienti otevření při sdělování svých potíží a do jaké míry o nich hovoří?	Naslouchají pacienti radám sester a dokážou je využít v životě?	Mají pacienti zájem o nové postupy v řešení DDCM a pokládají otázky?	Jak často a jakým způsobem jste informována o novinkách v řešení DDCM?
<b>1. respondent</b>	takřka denně, 40 %	ano	ano, zajisté	ano, dokážou, inkon. pomůcky-složitá preskripce	vyšší zvědavost než dříve, ano	uro kongres 1× ročně,
<b>2. respondent</b>	denně, 50 %	ano	ano, sdílnější ženy, muži odměřenější	ano, využívají,	mladší a střední pac. kladou konkrétní otázky, starší naslouchají	lékař, semináře v práci,uro kongres 1× ročně, inforetáky, časop. Sestra a Florenc, zdravot. prodejna
<b>3. respondent</b>	každý den, 50 %	ano	ano, rozdíl v pohlaví, věku i vzdělání, vyšší mladší ženy, muži individuálně	ano, dokáží, inkont. pomůcky	ano, mladší pac. kladou otázky, starší pac. souhlasně kývají	internet doma, semináře, časopis Sestra, Florenc, lék. a pac. listy vše 1× měsíčně
<b>4. respondent</b>	každý den, 45–50 %	někdy	ano, rozdíl v pohlaví, věku, mladší pac. tajemnější, starší pac. nemají zábrany	ano, využívají, inkont. pomůcky	ano, ptají se mladší pac. a rodiče	lékař, 1× měsíčně časopisy, noviny, 1× ročně uro kongres
<b>5. respondent</b>	každý den, 40–50 %	často	ano, mladší ženy a starší pacienti	ano, využívají	ano	časopis Sestra, Florenc a Lékař. Listy, nepravidelně
<b>6. respondent</b>	denně, 50 %	ano	ano, ženy středního věku a starší pacienti	ano, je to zapotřebí, inkont. pomůcky	ano i starší pac. umějí používat internet,	ožehavé téma v privat. amb., semináře v nemocnici + měsíčně, 1× ročně uro kongres, občas časopis Sestra, internet doma
<b>7. respondent</b>	denně, 50 %	individuálně	ano, obezřetní jsou mladší pac. s vyšším vzděláním, nižší vzděl. vulgární vyj., senioři jsou rozdílní	ano, kdo chce bez rozdílu věku, pohlaví i vzdělání	ano 60 %, i u jiného specialisty urologa	1× měsíčně časopis Sestra, zdravotnická prodejna, 1× měsíční seminář v nemocnici
<b>8. respondent</b>	denně, 40–50 %	často i mimo ordinaci	ano, ženy jsou, mladší pac. zábrany,	ano, využívají hlavně po ošetření, inkont. pomůcky	ano, časté diskuse o léčbě, vyšší zvědavost u pac.	školení a semináře nepravidelně, 1× ročně uro kongres, 1× měsíčně časopis Sestra

Zdroj: vlastní výzkum

## 5 Diskuse

„Úloha sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových.“ V současné době je tato problematika více než aktuální. Během posledních let došlo ke změně životního stylu společnosti. Onemocnění je diagnostikováno u 30 % populace, ovšem ve skutečnosti je počet nemocných o 10–15 % vyšší, jelikož ne všichni lidé s prvotními problémy navštíví lékaře. Dysfunkce dolních cest močových se vyskytuje u pacientů všech věkových kategorií. I starší věková kategorie lidí je a chce být vzhledem ke změně životního stylu co nejdéle aktivní ve svém životě. Tento fakt má velký podíl na zvyšujícím se počtu pacientů, kteří svou dysfunkci řeší.

Pro naše šetření bylo náhodně vybráno osm pacientů s DDCM, kteří jsou v současné době dispenzarizováni na urologické ambulanci Nemocnice Č. Budějovice. Jednalo se o šest žen, jednoho muže a jedno dítě (viz tabulka 1, 2). Dalším souborem bylo osm sester pracujících na vybraných urologických odděleních a ambulancích Jihočeského kraje (viz tabulka 3). Se všemi respondenty byly vedeny rozhovory. Na počátku každého rozhovoru bylo respondentům sděleno téma a důvod výzkumného šetření. Před nahráváním samotným se respondenti seznámili s otázkami k rozhovorům týkajícími se DDCM (viz příloha 5, 6). Každý z pacientů i sester si sám zvolil prostředí, kde se rozhovor uskutečnil. Dobře zvolené prostředí a schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Toto uvádí i Venglářová s Marhovou (33), jak postupovat v komunikaci s nemocným člověkem.

Z rozhovorů s pacienty vedeného k výzkumné otázce č 1 *Jakým způsobem získávají pacienti s dysfunkcí dolních cest močových informace?* vyplývá, že většina respondentů existenci tohoto onemocnění před začátkem svých potíží neznala (viz tabulka 1). Již první odpovědi jsou zarážející. Všichni pacienti uvádějí, že navštívili různé ordinace a v nich viděli nepřeberné množství různých brožurek, informačních letáků či zdravotnických časopisů. Z vlastní zkušenosti vím, že většina pacientů si ráda vezme cokoli ke čtení pro zkrácení dlouhé chvíle. Pacienti si čtou, prohlížejí materiály i volně diskutují s ostatními pacienty. Pak bychom se mohli domnívat, že brožurky na toto téma buď nejsou k dispozici, nebo když na ně pacient narazí, jsou psány

nesrozumitelně. Pacient se nemá koho zeptat, tak ji jednoduše odloží jako nezajímavou. Dále z rozhovorů vyplývá, že diagnostika jejich onemocnění byla svízelná a pacienti museli navštívit více ordinací, než byli správně léčeni. Můžeme se domnívat, že ani zdravotničtí pracovníci nejsou o této dysfunkci informováni, přitom Krhut (1) informuje o vysoké prevalenci DDCM v populaci. Dále jsem ze získaných informací zjistila, že pouze jeden pacient z osmi u sebe připustil možnou existenci DDCM (viz tabulka 1). Nyní je nutné zmínit údaje o získání základních informací u pacientů s DDCM, a ty byly různé. Někteří pacienti zmínili v získávání základních informací pouze jeden zdroj, jiní i dva (viz tabulka 1). Pacienti uvedli praktického lékaře, pediatra, gynekologa, okresního specialistu urologa a lázně. Získané informace hodnotí respondenti jako nedostačující, povrchní a nesrozumitelné. Asi se těmto postřehům nelze divit, i informovanost mezi zdravotníky může být nízká. Toto je možná způsobeno i tím, že je pořádáno málo odborných seminářů a jsou-li organizovány odborné urologické konference, často se jich účastní pouze pracovníci specializovaných pracovišť a ne personál z gynekologie či obvodních zařízení pro děti a dospělé. Tento fakt by stál za zamyšlení, vždyť ordinace praktického lékaře, pediatra a gynekologa jsou první, kde pacient zmíní své počínající potíže. Několikrát jsem se setkala s prezentovaným názorem pacientů výše uvedených pracovišť: „No, to je normální ve Vašem věku.“ To je přece hrubá chyba, vyslovit takové hodnocení pacienta. Nelze přece hodnotit pacienta dle data narození. K pacientům se musí přistupovat individuálně. Dalším důležitým výsledkem šetření bylo, kde získali pacienti s DDCM detailní informace. Pacienti odpověděli shodně, že na specializovaném pracovišti (viz tabulka 1). Toto zjištění vyplývá i z odpovědí sester (viz tabulka 3). Během vyšetření jsou pacienti o svém onemocnění informováni. Při sdělování informací pacienti souhlasně přikyvují a mnohdy mají doplňující otázky. Avšak při cestě domů část ze získaných poznatků zapomenou a pak přichází hledání zdrojů, kde by se dozvěděli více o svém onemocnění. Z výzkumného šetření plyne, že zdroji byly internet, rozhlas, televize, časopisy a brožurky. Zde se nabízí otázka: „Jakou roli v získávání informací hrál internet v porovnání s ostatními zdroji.“ Pacienti odpovídali různě. Z rozhovorů vyplývá, že informace na internetu hledala více než polovina z dotázaných. Této



možnosti využili až poté, co jim byla sdělena diagnóza. Nové poznatky hledali samotní pacienti, nebo jejich rodinní příslušníci. Musíme však připomenout, že internet je velmi rozsáhlý sdělovací prostředek, kde jsou informace správné, ale i zavádějící. A ty mohou laikovi velmi ublížit. Proto by bylo vhodné např. po ošetření na specializovaných pracovištích doporučit ověřené internetové stránky, aby se předešlo matení pacientů (např. [www.tena.cz](http://www.tena.cz), [www.inkontinence.cz](http://www.inkontinence.cz)). Je známo, že na specializovaných pracovištích je velká koncentrace pacientů. Proto je nutné, aby zdravotničtí pracovníci měli osvojeny zásady edukace, jak popisuje Juřeníková (22).

Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 *Jakými informacemi disponují pacienti s dysfunkcí dolních cest močových?* Z šetření vyplývá, že před určením diagnózy (první návštěvou u specialisty) mají pacienti informace o DDCM téměř mizivé. Docházím k názoru, že pacienti s DDCM jsou dysfunkcí handicapováni a nechtějí o ní ve společnosti hovořit, jak zmiňuje Bojar (2). DDCM je velmi často způsobeno přehlížením a bagatelizací rizikových faktorů, o kterých není veřejnost informována. Na otázku, zda je jim známa příčina a rizikové faktory ovlivňující DDCM, většina odpověděla ano (viz tabulka 2). Možná, že opravdu rizikové faktory znali, ale nedokázali je správně přiřadit k DDCM. V rozhovorech se pacientky zmiňují, jak informovaly své okolí o rizikových faktorech. Ve většině případů byly informovány pouze dcery. Myslíme, že to bylo podmíněno mateřským vztahem matky a dcery. Ale i to bychom měli hodnotit kladně a brát to jako počínající úspěch. U pacientů, kteří nevěděli o příčinách a rizikových faktorech nic, je nutný profesionální přístup sestry, která musí pacienta aktivně zapojit do léčebného procesu. Aktivace pacienta pro úspěšnou léčbu je velmi důležitá, jak popisuje Bártlová a Matulay (19). Z praxe známe mnoho konkrétních případů úspěšné léčby po změněném přístupu pacienta k nemoci. Někteří pacienti uváděli, že jsou izolováni od společnosti, mají strach z příjmu tekutin a jsou omezeni v cestování a fyzických aktivitách (viz tabulka 2). Za zmínku stojí pacient (6), kde matka sdělila, že je handicapována celá její rodina. Proto je zapotřebí pro všechny zúčastněné najít společnou cestu správnou edukací ze strany zdravotníků, jak problém zvládnout, aby pacient a členové rodiny byli co nejméně omezováni. Pacientům by se nechalo pomoci i z pohledu sestry, kdy na otázku zda naslouchají

pacienti radám sester a dokážou je uplatnit v životě, odpovídají všichni pozitivně (viz tabulka 3). Ano, dotazované sestry vědí, jak mají postupovat při správné edukaci, popisované Juřeníkovou (22). Všechny sestry shodně zmiňovaly nutnost vybavit pacienta vhodnými inkontinenčními pomůckami, pro zmírnění potíží u DDCM. Dále sestry otevřely diskusi, jak postupovat podle platné legislativy, aby se pacient vůbec dostal k potřebnému materiálu. Zazněly i stížnosti, že je současný postup v preskripci složitý, jsou určité časové a množstevní limity od zdravotních pojišťoven, které musíme akceptovat. Z praxe víme, že vyžaduje-li stav pacienta např. kombinaci těchto pomůcek, je možné pacientovi vyhovět. U některých pacientů je používání inkontinenčních pomůcek mnohdy jediným způsobem terapie. Postup léčby stanoví lékař a seznamuje s ním pacienta. I navržená terapie je součástí našich otázek pro pacienty. Téměř všichni pacienti shodně odpovídali, že postup léčby jim byl navržen na specializovaném krajském pracovišti. Dále v rozhovoru uvedl pacient (4), že postup léčby mu byl navržen na okresním pracovišti, kde nebyl spokojený. Proto mu bylo doporučeno v léčbě pokračovat na krajském pracovišti. Pacient nejdříve postup s terapií odsouhlasil a následně se dosti nelibě vyjadřoval, proč musí jezdit k urologovi 60 kilometrů, když ho má v místě bydliště. Z praxe však víme, že největší problémy v léčbě jsou u pacientů střídajících lékaře. Ale vystřídat lékaře pacient může, je to jeho právo. Ano, všem zúčastněným pacientům byl navržen způsob léčby (viz tabulka 2). U většiny byla provedena nebo je navržena operace k řešení dysfunkce. Dále je zvolena medikamentózní léčba, nebo jsou ve stadiu vyšetřování (viz tabulka 2). Za zmínku stojí, jak probíhá informovanost pacientů před samotnou hospitalizací a během ní. Informaci o způsobu provedení výkonu získají již na ambulanci. Pacienti jsou dále poučeni o předoperační přípravě (nutné předoperační vyšetření od praktického lékaře či internisty). Toto vyšetření nesmí být starší než 14 dní, jak je popisováno u Skalické a kol. (30). Pacienti již na počátku hospitalizace znají operační výkon. Podepisují informovaný souhlas s výkonem a lékař jim odpovídá na otázky týkající se hospitalizace a následné rekonvalescence. Na otázku, jak bude probíhat ošetrovatelská péče, odpovídá sestra. Právě sestra přebírá po výkonu pacienta a je za něj zodpovědná během celé hospitalizace. Sestra je jediná ze zdravotnického personálu, kdo je

s pacientem 24 hodin denně. Proto je velmi důležitý její profesionální přístup na ambulancích i na lůžkových částech oddělení. Hospitalizovaní pacienti si chválili profesionální přístup během hospitalizace, avšak jedna pacientka (viz rozhovor 7) uvádí, že ne každá sestra vykonává své povolání s láskou a naplněním. Přitom však Venglářová a Mahrová (33) kladou důraz na společnou komunikaci sestry a pacienta. Negativní přístup k pacientům se odráží v kvalitě poskytované péče a hatí práci celého týmu. Proto je nutné, aby staniční a vrchní sestry dohlížely na kvalitu poskytované péče a v rámci celoživotního vzdělávání kladly zvýšený důraz na společnou komunikaci. Z praxe znám, že jsou podrážděné reakce sestry způsobené mnohdy starostmi, vždyť je také člověk. V rozhovoru uvedla sestra (viz rozhovor 2), že se pacienti ptají na náladu pana doktora, ale na náladu sestry se nikdo nikdy neptá. Dalšími údaji, které jsem sledovala, byla spokojenost s dostupnými metodami léčby. Zde všichni pacienti odpověděli ano jsme spokojeni (viz tabulka 2). Nejspokojenější byli ti, kteří již byli po operačním výkonu a potíže ustoupily. Dle mého názoru je na krajském pracovišti poskytována vysoce odborná a kvalitní lékařská a ošetrovatelské péče.

Odpověď na 3. výzkumnou otázku: *V jakých činnostech se sestry podílejí v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových?* Z rozhovorů vyplývá, že se sestry podílejí na ošetřování, edukaci, komunikaci a pedagogických činnostech u pacientů s DDCM, kterých je zhruba polovina ze všech příchozích (viz tabulka 3). Dále sestry odpovídaly na otázku, zda je pacienti oslovují s větší důvěrou než lékaře. Odpovědi se různí (viz tabulka 3). Je pravdou, že jsou sestry oslovovány s větší důvěrou a pacienti jim sdělují své potíže. Zajímavý a poučný je i názor sestry (8), která uvedla: „Navštěvují mě pacienti i doma s potížemi a dotazy, co by jim tak mohlo být.“ Takové návštěvy v soukromí nejsou mnohdy příjemné a pro tyto situace Nürnberger (32) vysvětluje, jak má každý zdravotník využít naučené asertivity.

Následuje odpověď sester k otevřenosti pacientů hovořit o svých potížích a do jaké míry se o nich zmiňují. Na tuto otázku z výzkumného šetření se objevilo rozdílné vyjádření (viz tabulka 3). U odpovědí záleželo na věku, pohlaví a vzdělání pacientů. Více sester uvedlo svou zkušenost se sdílnějším poskytováním informací u mladších žen a žen středního věku. Na to bychom mohly odpovědět, že byly pacientky stejného

věku sester. Nesmělý, ostýchavý až stydlivý přístup u mladé mužské populace s vyšším vzděláním zmiňovaly sestry a celkem se jejich chování nedivily. Jak uváděly, v rozhovorech v ambulancích se probíraly i velmi intimní věci. Potřebují-li však nějaké rady či doporučení, jsou nejvíce sdílní a mají nastudované informace ze sdělovacích prostředků i internetu a rádi o nich diskutují. Senioři tvoří další věkovou kategorii. Jejich hodnocení od sester bylo též rozdílné. Některé se o nich vyjadřovaly velmi hezky, jak jsou trpěliví a naslouchají radám o využití inkontinenčních pomůcek a jiného zdravotnického materiálu. Sestry však otevřely diskusi, jak se musí postupovat podle platné legislativy, kterou uvádí i Konyvková (23), aby se k pacientovi dostal potřebný materiál. Bohužel změny v preskripci nejen pomůcek, ale i léků musíme akceptovat. Preskripcí inkontinentních pomůcek se zabývá obvodní lékař, urolog i gynekolog, který vystaví pacientovi poukaz, kde je uveden kód výrobku (každý výrobek má své číslo) a počet balení hrazených zdravotními pojišťovnami na dané období. Zazněly názory, že pacienti neznají dostupné zdravotnické a inkontinenční pomůcky. Při mé nedávné cestě do zahraničí jsem tyto pomůcky viděla volně dostupné v prodejně i v supermarketu. Myslím, že to není vůbec špatný nápad. Někteří pacienti mají zábrany si o tyto pomůcky říci u lékaře, v lékárně či zdravotnické prodejně. Nevadí-li pacientovi vyšší finanční náročnost, pacient má další možnost volby.

Bez nových znalostí a dovedností není sestra schopna nejvyšší možnou péči poskytovat, proto je velmi důležitou otázkou informovanost a další vzdělávání sester v problematice DDCM. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se všechny sestry různou formou vzdělávají a se zájmem získávají nové informace v oboru, např. na kongresech, seminářích a ve zdravotnických periodikách (viz tabulka 3). Toto je správný postup, zmiňuje jej i Bártlová a Matulay (19). Zajímavé bylo také zjištění, kdy sestry uvedly spolupráci s pracovníky ve zdravotnických prodejnách. Tuto spolupráci hodnotíme velmi přínosně, protože sestřím přináší nové poznatky.

## 6 Závěr

Práce byla zaměřena na úlohu sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových. Aby byla úloha sestry co nejpřesněji zmapována, je zapotřebí znát komplexní problematiku urologie. Proto je nutné postupovat komplexně; sestra má nejdříve zvládnout péči o pacienta na lůžkové části, aby mohla poskytovat správné informace pacientům v ambulantním sektoru. Práce na obou odděleních jsou rozdílné s tím, že každá sestra by se měla naučit zásadám správné edukace.

Prvním cílem bylo zjistit způsob získávání informací pacientů o DDCM a k tomuto cíli se vztahovala 1. výzkumná otázka: Jakým způsobem získávají pacienti s DDCM informace? Prvotní informace získali respondenti u praktického lékaře, gynekologa, pediatra a specialisty v okresním městě. Konkrétní a nejsrozumitelnější informace získali respondenti u krajského specialisty v nemocnici, tyto informace však nebyly pro ně dostatečně srozumitelné a respondenti požadovali vysvětlení od sester. Pro další objasnění problematiky DDCM vyhledávali respondenti informace na internetu, v televizi, rozhlase a časopisech.

Druhým cílem bylo zjistit informovanost pacientů o DDCM a k tomuto cíli se vztahovala 2. výzkumná otázka: Jakými informacemi disponují pacienti s DDCM? Na počátku terapie neměli respondenti informace o DDCM žádné. Někteří znali rizikové faktory vedoucí k DDCM. Neznalost nemoci jim způsobila omezení a izolaci ve společnosti, strach z příjmu tekutin, omezenost v cestování a fyzických aktivitách. Srozumitelné možnosti léčby byly respondentům vysvětleny u krajského specialisty v nemocnici a v současnosti jsou respondenti s dostupnými metodami léčby spokojeni.

Třetím cílem bylo poukázat na podíl sestry v péči o pacienty s DDCM a k tomuto cíli se vztahovala 3. výzkumná otázka: V jakých činnostech se sestry podílejí na péči o pacienty s DDCM? Každodenně se respondentky setkávají s pacienty s DDCM, kterých je asi polovina z ošetřených. Respondentky jsou oslovovány s větší důvěrou, pacienti jim sdělují své potíže a naslouchají radám, které pak uplatňují v životě. O novinkách o DDCM jsou respondentky průběžně informovány z kongresů,

seminářů a zdravotnických měsíčníků. Nově získané informace poskytují pacientům, protože ti o ně mají zájem.

Aby sestry postupovaly správně, je nutné znát základy edukace, pedagogiky a didaktiky. Tato práce by měla sloužit k seznámení s urologickou problematikou a následnému odstranění chyb, které se mohou v péči o pacienty s DDCM vyskytovat. S uvedených poznatků byla sestavena informační brožura o DDCM.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř I*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 148 s. ISBN 978-80-7345-125-7.
2. BOJAR, M. Inkontinence je stále tabu: Hlavní téma: Praktický lékař. *Zdravotnické noviny*, 2003, **52**(50), s. 25. ISSN 1805-2355.
3. ZÁMEČNÍK, L. et V. SOUKUP. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 95 s. ISBN 978-80-204-1941-5.
4. CHMEL, R. *Ženská inkontinence*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.
5. KRHUT, J. et al. *Neurourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 141 s. ISBN 80-7262-360-5.
6. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 448 s. ISBN 80-247-014-X.
7. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
8. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
9. KROFTA, L. et J. FEYEREISL. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2280-4.
10. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
11. MARTAN, A. et al. *Nové operační postupy v urogynologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.
12. HOLÝ, P. et D. DRIAK. Ženské poruchy mikce: závažný sociální problém. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2004, **53**(38), s. 20–22. ISSN 1214-7664.
13. ZACHOVAL, R. et al. Diagnostika a léčba inkontinence moči. *Medicína po promoci*. 2008, **9**(1), s. 28–35. ISSN 1212-9445.
14. VESELSKÝ, J. *Vybrané kapitoly z urologie*. 1. vyd. Praha: Gema art group, 2007. 125 s. ISBN 978-80-86087-61-0.
15. MARTAN, A. et al. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.

16. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř II*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.
17. PETRÁŠOVÁ, R. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra*. 2012, **22**(5), s. 51–53. ISSN 1210-0404.
18. TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
19. BÁRTLOVÁ, S. et S. MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
20. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
21. NOVÁKOVÁ, E. Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence. *Sestra*. 2010, **20**(4), s. 44–46. ISSN 1210-0404.
22. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
23. KONYVKOVÁ, A. Inkontinence v praxi v domově se zvláštním režimem. *Sestra*. 2012, **22**(5), s. 56–57. ISSN 1210-0404.
24. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
25. Standard ošetrovatelské péče č. 025, *Cévkování nemocných*. 1. vyd. Nemocnice České Budějovice, 2009. ISSN se neuvádí.
26. KOUTNÁ, Z. Inkontinence moči u žen. *Sestra*. 2012, **22**(5), s. 50. ISSN 1210-0404.
27. KRHÚT, J. Současný pohled na diagnostiku a léčbu inkontinence moči. *Postgraduální medicína*. 2008, **10**(8), s. 32–39. ISSN 1212-4184.
28. HOUŽVIČKOVÁ, E. et J. VLKOVÁ. Kegelovo cvičení – rehabilitační řešení stresové inkontinence. *Lékařské listy*. 2001, **50**(38), s. 16–18. ISSN se neuvádí.
29. LÁTALOVÁ, E. et V. WEIGLOVÁ. Pooperační péče v urologii. *Sestra*. 2011, **21**(11), s. 42–43. ISSN 1210-0404.
30. SKALICKÁ, H. et al. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.



31. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
32. NÜRNBERGER, E. *Síla pozitivního myšlení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 112 s. ISBN 978-80-247-3954-0.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MARHOVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. DRNKOVÁ, A. et M. NEJEPSOVÁ. Práce sestry v urogynekologické ambulanci. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, č. 7, s. 12–14. ISSN 1210-04.
35. HORČIČKA, L. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. *Sestra*. 2009, **19**(2), s. 67–68. ISSN 1210-0404.

## **8 Přílohy**

Příloha 1 – Anatomie dolních močových cest u muže

Příloha 2 – Anatomie dolních močových cest u ženy

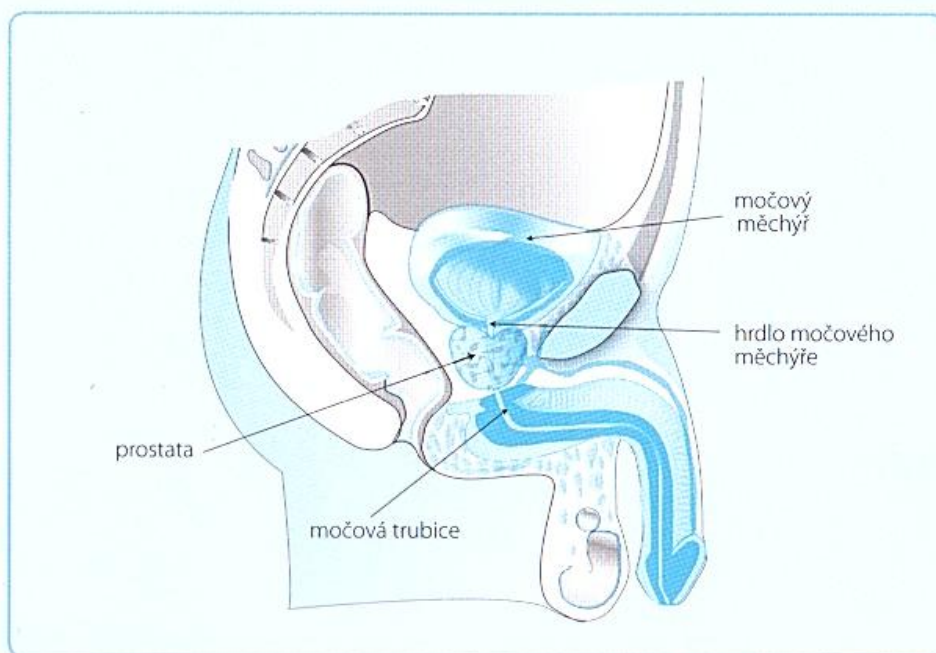
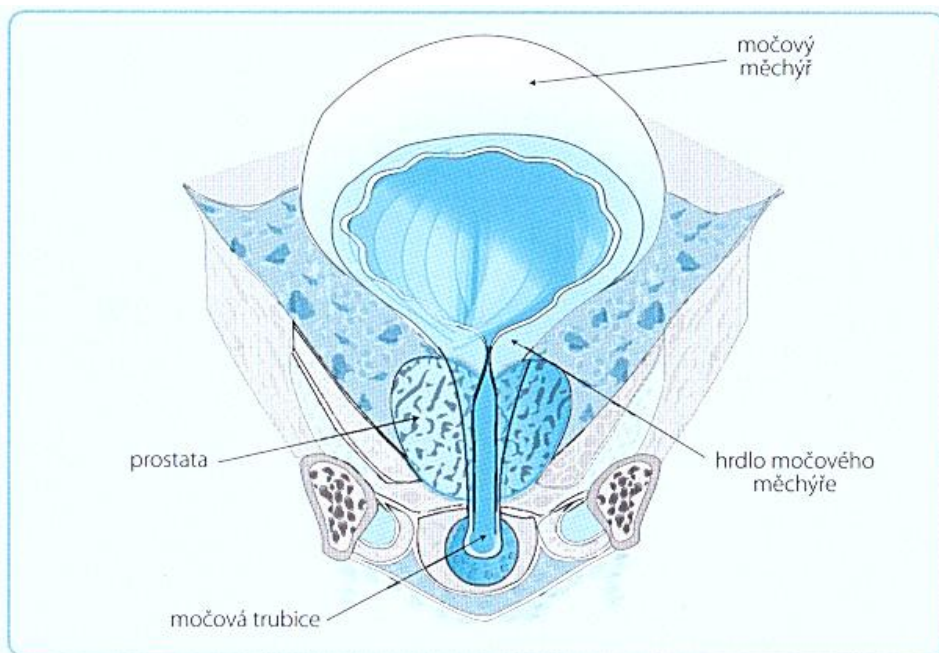
Příloha 3 – Pitná a mikční karta

Příloha 4 – Cviky na posílení dna pánevního

Příloha 5 – Otázky k rozhovorům pro pacienty s DDCM

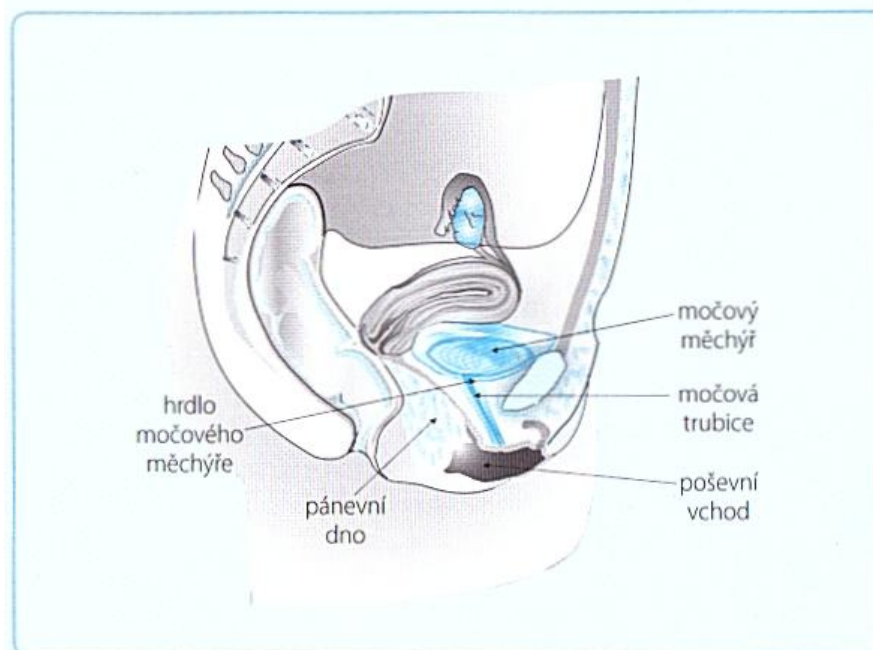
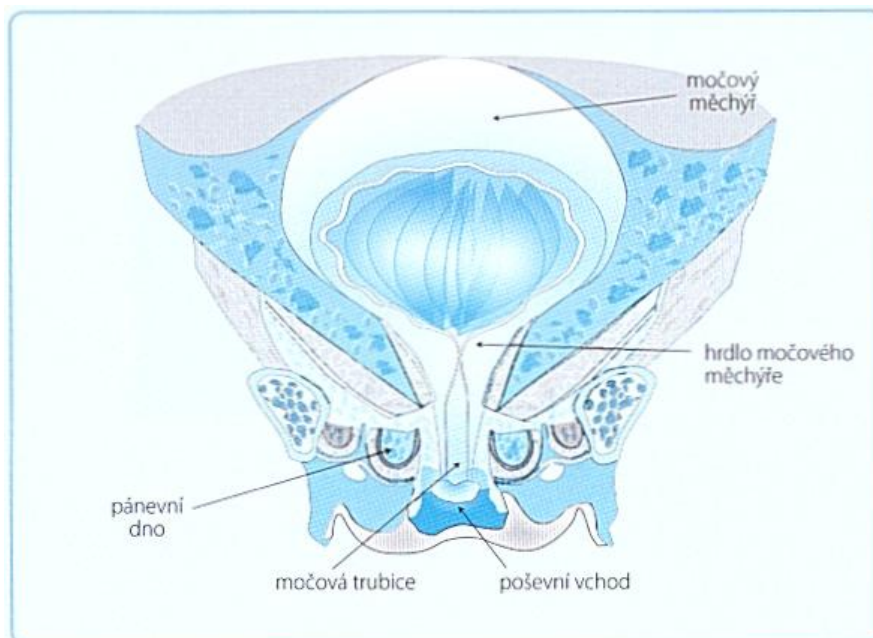
Příloha 6 – Otázky k rozhovorům pro sestry pracující na urologických odděleních a ambulancích Jihočeského kraje

## Příloha 1 – Anatomie dolních močových cest u muže



Zdroj: KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř I.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 148 s.  
ISBN 978-80- 7345-125-7

## Příloha 2 – Anatomie dolních močových cest u ženy



Zdroj: KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř I.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 148 s.  
ISBN 978-80- 7345-125-7





## Příloha 4 – Cviky na posílení dna pánevního

### 1. cvik – dýchání

**Poloha:** lež na zádech, ruce složené pod hlavou.  
**Pohyb:** nádech nosem do celého těla – až do chodidel, výdech ústy delší než nádech.



### 2. cvik

**Poloha:** lež na zádech, ruce položíme na břicho, pod pasem.  
**Pohyb:** nádech do břicha, zvětšíme břicho a postupně při výdechu podsadíme pánev a vtahujeme pochvu, konečník a močovou trubici.



### 3. cvik

**Poloha:** lež na zádech, ruce položíme volně podél těla, malý míček dáme mezi kolena.  
**Pohyb:** s nádechem vtahujeme pochvu, močovou trubici a kolena tlačíme k sobě. Vydržíme 3–5 vteřin a s výdechem uvolníme.



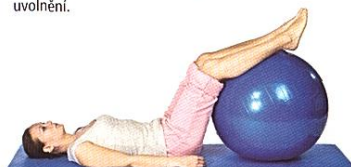
### 4. cvik – most bez míče

**Poloha:** lež na zádech, ruce podél těla.  
**Pohyb:** nadechneme se, podsadíme pánev a postupně obratli po obratli zvedáme pánev (jako bychom chtěli přitáhnout konečník směrem k hlavě). S výdechem se postupně stejným způsobem vracíme do původní polohy.



### 5. cvik – most s velkým míčem

**Poloha:** lež na zádech, ruce podél těla, nohy opřené o velký míč (židli, gauč).  
**Pohyb:** podsadíme pánev, vtáhneme pochvu a konečník a postupně obratli po obratli zvedáme pánev. Vydržíme 3–5 vteřin a postupně se pomalu stejným způsobem vracíme do původní polohy, uvolnění.



### 6. cvik – „fajfky“

**Poloha:** lež na boku.  
**Pohyb:** nádech, chodidla jdou nahoru, současně vtahujeme pochvu, močovou trubici, půlky stáhneme, kolena zatlačíme k sobě a vydržíme 3–5 vteřin. Povolíme a vydechneme.



### 7. cvik – okénko

**Poloha:** lež na boku.  
**Pohyb:** provedeme hluboký nádech a s výdechem oddálíme horní koleno, rozevřeme špičky nohou (chodidla jsou do fajfky), paty současně tlačíme k sobě, podsadíme pánev, stáhneme pochvu a močovou trubici. Uvolníme a vrátíme se do původní polohy.



### 8. cvik – kočka

**Poloha:** klek, ruce opřeny dlaněmi o podložku, dlaně v úrovni ramen a kolena v úrovni kyčlí (= vzpor klečmo).  
**Pohyb:** hluboký nádech do břicha, zvětšíme břicho a při výdechu podsadíme pánev, stahujeme břicho a vtahujeme pochvu a močovou trubici.



### 9. cvik – dynamická kočka

**Poloha:** vzpor klečmo.  
**Pohyb:** vyhrbíme záda a pomalu přecházíme do sedu na paty a protažení, nosem jedeme po podložce k palcům u rukou a přecházíme zpět do vzporu klečmo.



### 10. cvik – špagetka

**Poloha:** sed na židli/miči.  
**Pohyb:** vyšpulíme rty a vtahujeme vzduch (jako když vtahujeme špagetku), současně cítíme, jak vtahujeme pochvu. Vydržíme 3–5 vteřin a krátce vydechneme ústy.



### 11. cvik – prstíky nahoru

**Poloha:** sed na židli/miči.  
**Pohyb:** zvedneme prsty u nohou nahoru, současně vtáhneme pochvu, močovou trubici, držíme 3–5 vteřin a povolíme.



### 12. cvik

**Poloha:** sed na židli.  
**Pohyb:** sed na okraji židle, záda vyhrbená, zatížíme konečník, ruce volně položené na stehnech. Opakovaně vtahujeme konečník dle nitě těla.



### 13. cvik

**Poloha:** sed na židli.

**Pohyb:** tlačíme dlaněmi proti kolenům, špičky nohou se zvedají nahoru, stáhneme pochvu a močovou trubici, poté uvolníme.



### 14. cvik

**Poloha:** sed na židli, mezi kolena vložíme malý míček.

**Pohyb:** nadechujeme se, vtahujeme pochvu, močovou trubici, zatlačíme kolena k sobě a pak povolíme.



### 15. cvik s jednou nohou

**Poloha:** stoj u židle, rukama se držíme okraje, jedna noha pokrčená a na špičce.

**Pohyb:** špičku tlačíme do podložky, současně podsadíme pánev a stáhneme pochvu a močovou trubici. Poté nohy vyměníme.



### 16. cvik s oběma nohama

**Poloha:** stoj u židle, rukama se držíme okraje, obě nohy pokrčené a na špičkách.

**Pohyb:** špičky tlačíme do podložky, současně podsadíme pánev a stáhneme pochvu a močovou trubici.



zdroj: vlastní

## **Příloha 5 – Otázky k rozhovorům pro pacienty s DDCM**

Otázka 1: Byl Vám znám tento typ onemocnění-dysfunkce před začátkem Vašich potíží?

Otázka 2: Připouštěl(a) jste si během svého života, že by se Vás tento problém mohl týkat?

Otázka 3: Kde jste získal(a) základní informace o DDCM?

Otázka 4: Detailní informace o svém onemocnění-dysfunkci jste získala kde?

Otázka 5: Jakou roli ve vašich základních informacích hrál dnes hojně využívaný internet v porovnání s ostatními zdroji?

Otázka 6: Kde jste získal(a) pro Vás nejsrozumitelnější informace?

Otázka 7: Znáte příčinu a rizikové faktory vedoucí k DDCM?

Otázka 8: Jaké problémy Vám onemocnění-dysfunkce způsobují?

Otázka 9: Jak Vás toto onemocnění-dysfunkce omezuje, do jaké míry?

Otázka 10: Kde jste se dozvěděla o možnosti léčby dysfunkce?

Otázka 11: Jaký typ léčby Vám byl navrhnut a který byl pro Vás nejpříjemnější?

Otázka 12: Jste spokojen(a) s dostupnými metodami léčby v 21. století?

Zdroj: vlastní



**Příloha 6** – Otázky k rozhovorům pro sestry pracující na urologických odděleních a ambulancích Jihočeského kraje

Otázka 1: Jak často se setkáváte s pacienty s DDCM v ambulancích, o jaký počet pacientů v % jde?

Otázka 2: Stává se Vám, že pacienti oslovují se svým problémem raději s větší důvěrou zkušenou sestrou než lékařem?

Otázka 3: Do jaké míry jsou k Vám pacienti otevření o svých problémech DDCM hovořit?

Otázka 4: Naslouchají pacienti radám sester a dokážou je využít v běžném životě?

Otázka 5: Mají pacienti zájem o nové postupy v řešení DDCM a kladou Vám otázky?

Otázka 6: Jak často a jakým způsobem jste informovány o novinkách v řešení DDCM?

Zdroj: vlastní