



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

# Efektivita používání pomůcek pro inkontinentní nemocné v následné péči

Vypracoval: Bc. Jana Musilová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá efektivitou používání pomůcek pro inkontinentní nemocné v následné péči. Inkontinence neboli mimovolní únik moči, v některých případech i stolice, postihuje poměrně velké procento osob a velmi často jsou to osoby vyššího věku. Ve společnosti je chápána především jako zdravotní problém, ovšem inkontinence není pouze medicínským problémem. P/K ovlivňuje též po stránce psychologické, sociální a ekonomické, což má dopad na kvalitu jejich života. V dnešní době existuje mnoho způsobů léčby inkontinence, která však nemusí být vždy účinná a ne u každého je možné ji provést. V tomto případě přicházejí na řadu inkontinenční pomůcky, které prošly v posledních letech obrovským vývojem, a náš trh je jimi bohatě zásoben. Jejich vlastnosti jim umožňují být diskrétní, pohodlnou a spolehlivou ochranou pro jejich uživatele. Vše záleží na tom, jak efektivně je dokážeme využívat.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. V teoretické části se nachází šest kapitol. První z nich se zabývají stručnou anatomií a fyziologií dolních cest močových a navazuje na ni druhá kapitola týkající se močové inkontinence. Třetí kapitola obsahuje stručnou anatomii i fyziologii tlustého střeva a je úvodem do čtvrté kapitoly zaměřené na inkontinenci stolice. Nejrozsáhlejší pátá kapitola je věnována inkontinenčním pomůckám. V šesté kapitole je popsán dopad inkontinence na život P/K. Empirická část diplomové práce se realizovala formou kvalitativního výzkumného šetření. Data byla získána na základě dvou obsahově odlišných polostrukturovaných rozhovorů s P/K využívajícími inkontinenční pomůcky předepisované lékařem na poukaz a vrchními a staničními sestrami oddělení následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. Pro zachování požadované anonymity nebylo možné v práci uvádět celé názvy nemocnic, které se výzkumu účastnily. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a analyzovány. Odpovědi na jednotlivé otázky byly seskupeny do kategorií, stručně popsány a pro lepší přehlednost znázorněny do schémat pomocí techniky SmartAtr.

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. První z nich zastupovalo pět respondentů využívajících inkontinenční pomůcky předepisované na poukaz. Celkem

nám rozhovor poskytli čtyři ženy a jeden muž. Druhou část výzkumného vzorku zastupovaly vrchní a staniční sestry pracující na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. V nemocnici p.o. se rozhovor uskutečnil s vrchní sestrou a dvěma staničními sestrami Oddělení geriatrické a následné péče 1, Oddělení geriatrické a následné péče 2 a Stanice paliativní péče. V nemocnici a.s. nám rozhovor poskytla vrchní sestra a dvě staniční sestry Oddělení následné péče 2 stanice A a Oddělení následné péče 2 stanice B.

Pro diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat využívání inkontinenčních pomůcek v následné péči. Druhý cíl se zabýval financováním inkontinenčních pomůcek v následné péči a třetí cíl se zaměřoval na dostupnost jednotlivých inkontinenčních pomůcek v následné péči. V návaznosti na tyto cíle byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaké inkontinenční pomůcky jsou v následné péči nejčastěji využívány? Výzkumná otázka 2: Je poskytované množství inkontinenčních pomůcek v následné péči dostačující? Výzkumná otázka 3: Jak funguje systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči? Výzkumná otázka 4: Jsou jednotlivé inkontinenční pomůcky v následné péči dostupné v dostatečné míře?

Z výsledků kvalitativního šetření vyplynulo, že u obou skupin respondentů jsou z celého sortimentu pomůcek převážně využívány pouze natahovací či plenkové lepicí kalhotky. U inkontinentních P/K v domácím prostředí jsou důvodem praktičtí lékaři, kteří na základě anamnestických údajů předepisují pouze pomůcky pro nejzávažnější stupeň inkontinence. Na odděleních následné péče je tato situace dána velkým počtem imobilních plně inkontinentních P/K. Výsledky ukazují, že předepisované množství absorpčních pomůcek praktickými lékaři je nedostatečné. Zdaleka nedosahuje množstevních limitů stanovených v dokumentech VZP. Respondenti tak musí vzhledem k nízkým příjmům seniorů vynakládat nemalé částky na inkontinenční pomůcky, které jsou pro ně nezbytné. V nemocnici p.o. je absolutní nedostatek absorpčních pomůcek. Inkontinenční pomůcky jsou zde financovány třemi způsoby. Na Oddělení geriatric a následné péče 1 a 2 si musí P/K hradit a obstarávat absorpční pomůcky sami. Nemocnice jim poskytne pouze jednorázové podložky a hygienické pomůcky.

Důvodem je nízký limit na materiál. Respondenti tento systém financování hodnotí negativně. Zatěžuje P/K i sestry. Pokud P/K absorpční pomůcky nemá, musí pomůcky půjčovat, sepisovat dluhy a následně si brát pomůcky zpět. Často díky tomu vznikají konfliktní situace ze strany rodin. Na těchto odděleních je vyhrazeno pět sociálních lůžek, které P/K umožňují preskripci pomůcek lékařem na poukaz stejně jako nemocným v domácím prostředí. Na Stanici paliativní péče si P/K hradí měsíční poplatek, prostřednictvím kterého jsou jim hrazeny i inkontinenční pomůcky. V nemocnici a.s. na Odděleních následné péče 2 stanice A, B jsou pomůcky plně hrazeny prostřednictvím nemocnice. Disponují zde dostatečným sortimentem i množstvím absorpčních i hygienických pomůcek, díky kterému je možná jejich individualizace.

Klíčová slova: inkontinence, inkontinenční pomůcky, preskripce, pacient/klient, sestra

## **Abstract**

This thesis deals with the effectiveness of use of aids intended for incontinent ill people in subsequent care. The incontinence or in other words a spontaneous escape of urine, in some cases also a stools incontinence concerns relatively a big proportion of people, very often elder people. In society it is considered to be a health problem, it is not only a medical problem though. It influences the psychological, social and economic aspect of a patient/client which has an impact on the quality of their lives. Nowadays there are many ways of incontinence treatment, but it can happen it is not efficient sometimes, and it is not every time possible to apply the treatment on everybody. In this case there is time to use the incontinence aids, which have developed very much in last years and our market is saturated with them. Their qualities enable the secret, comfortable and confidential protection for their users. Everything depends on the fact, how effectively we can use them.

The thesis is divided into a theoretical part and experience part. There are six chapters in the theoretical part. The first chapter deals with a brief anatomy and physiology of the lower urinary tracts and the second chapter continues about the urinary incontinency. The third chapter contains a brief anatomy and physiology of the large intestine and it is the introduction into the forth chapter concentrated on the stools incontinence. The fifth chapter is the largest and it concerns the incontinence aids. The sixth chapter describes the effects of the incontinence on the life patients/clients. The experience part of the thesis has been implemented by means of qualitative research. The data have been obtained on the basis of two different half pen and paper interviews with patients/clients who are using incontinence aids prescribed by a doctor on a coupon or by a matron or a ward sister from the subsequent care department in hospitals with the state-funded organization and in hospitals with the joint-stock company organization. To keep the required anonymity, it has not been possible to mention the whole names of the hospitals which took part in the research. The interviews were recorded on a Dictaphone, rewritten literally and

analysed. The answers on individual questions were lined up into categories, briefly described and represented in charts by means of the SmartArt technique.

The objects of the research were two groups of respondents. The first group was represented by 5 respondents using the incontinence aids that are being prescribed on a coupon. Four women and one man were interviewed altogether. The second group was represented by matrons and ward sisters working at the subsequent care department of a hospital with the state-funded organization and at a hospital with the joint-stock company organization. The interview at the hospital with the state-funded organization was given by the matron and two ward sisters from the geriatrics and subsequent department I, geriatrics and subsequent department II and stopgap care department. The interview at the hospital with the join-stock company organization was given by two ward sisters of the subsequent care department 2 A and subsequent care department 2 B.

There were set three goals for this thesis. Mapping out the situation of using the incontinence aids for the subsequent care was the first goal, financing of the incontinence aids in the subsequent care was the second goal and the accessibility of individual incontinence aids in the subsequent care was the third goal. In connection with these goals there were asked four interview questions. Interview question 1: What incontinence aids are being used in the subsequent care most often? Interview question 2: Is the provided quantity of incontinence aids in the subsequent care sufficient? Interview question 3: How does the financing system of incontinence aid in subsequent care work? Interview question 4: Are the individual incontinence aids in the subsequent care available in adequate measure?

The result of the qualitative research showed, that both groups of respondents use mostly only plastic pants or nappies out of the whole assortment of aids. For patients/clients living at home the reason is that on the basis of anamnesis the general doctors prescribe the incontinence aids only in the most serious incontinence cases. At the subsequent care department the situation is caused by a big number of immobile fully incontinent patients/clients. The results show, that the quantity of absorb aids prescribed by general doctors is insufficient. It does not reach

the quantity limits given in the documents by VZP (Public Health Insurance Company). Taking into consideration the low income of seniors, the respondents have to pay considerable amounts of money for incontinence aids which are necessary for them. There is an absolute lack of absorption aids in the hospital with the state funded organization. The incontinence aids are financed by three different ways. Patients/clients themselves have to get and pay the absorption aids at the Geriatrics department I and subsequent care department 2. The hospital provides them only with one-off mats and hygienic aids free of charge. The reason for this is a low limit of material. The respondents regard this system of financing negatively. It burdens patients/clients and nurses too. If patients/clients do not have the aids, the hospital has to lend the aids, make a list of debts and collects them back. On this account conflict situations often arise in families. At these departments there are reserved five social beds which enable patients/clients the prescription of aids by a doctor on a coupon likewise the patients who are ill and cure at home. At the stopgap department patients/clients pay a monthly fee; this includes the costs on incontinence aids too. At the subsequent care department 2A, B of the hospital with the join-stock company organization the aids are fully paid by the hospital. There is available a sufficient assortment and quantity of absorb and hygienic aids, which enable an individual attitude.

Keywords: incontinence, incontinence aids, prescription, patient/client, sister

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2014

.....

Bc. Jana Musilová



## **Poděkování**

Velmi ráda bych tímto podělovala paní PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za vynaložený čas, cenné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále patří poděkování všem respondentům za poskytnuté informace k realizaci této práce.

# Obsah

Úvod .....	12
1 Současný stav.....	14
1.1 Anatomie a fyziologie dolních cest močových .....	14
1.2 Inkontinence moči .....	16
1.2.1 Klasifikace .....	16
1.2.2 Epidemiologie .....	17
1.2.3 Etiologie.....	18
1.2.4 Diagnostika .....	18
1.2.5 Léčba.....	19
1.3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva .....	21
1.4 Inkontinence stolice .....	23
1.4.1 Dělení inkontinence stolice.....	23
1.4.2 Faktory udržující kontinenci stolice .....	23
1.4.3 Příčiny fekální inkontinence .....	24
1.4.4 Léčba.....	24
1.5 Inkontinenční pomůcky .....	26
1.5.1 Pomůcky usnadňující vyprazdňování.....	26
1.5.2 Absorpční pomůcky.....	27
1.5.3 Sběrné pomůcky .....	30
1.5.4 Obstrukční pomůcky.....	31
1.5.5 Močové cévky .....	32
1.5.6 Kosmetické přípravky v péči o pokožku .....	33
1.5.7 Preskripce pomůcek pro inkontinentní nemocné v ČR .....	34
1.6 Dopad inkontinence na život P/K.....	37
1.6.1 Inkontinentní v péči společnosti.....	39
1.6.2 Role sestry v péči o inkontinentní P/K.....	40
1.6.3 Edukace.....	42
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	44

2.1	Cíle práce .....	44
2.2	Výzkumné otázky .....	44
3	Metodika .....	45
3.1	Použité metody a technika výzkumu .....	45
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	45
4	Výsledky .....	46
4.1	Kategorizace dat získaných od respondentů využívajících inkontinenční pomůcky na základě preskripce na poukaz .....	46
4.2	Kategorizace dat získaných rozhovory s vrchními a staničními sestrami oddělení následné péče .....	58
5	Diskuze .....	71
6	Závěr .....	81
7	Seznam použité literatury .....	84
8	Přílohy .....	90

## Úvod

Diagnóza močové inkontinence je častou obtíží, která postihuje vysoké procento populace. Značný výskyt inkontinentních nemocných je především v následné a domácí péči, tedy u lidí vyššího věku. Zde může být příčinou řady komplikací, funkčních postižení a pro mnoho nemocných je jejím důsledkem invalidizace jedince a následně závislost na péči jiných osob. Kromě zdravotních důsledků má inkontinence negativní vliv též na psychickou stránku člověka, může při ní docházet k sociální izolaci a v neposlední řadě jsou s ní spojeny vysoké finanční náklady. Důležitá je informovanost nemocných ze strany zdravotnických pracovníků. Je k ní zapotřebí dostatek znalostí, času a zájmu o problém nemocného. Podstatnou roli v péči o inkontinentní hrají inkontinenční pomůcky. Dnešní trh je zásoben rozsáhlým sortimentem pomůcek, které díky svým vlastnostem mohou být spolehlivou a diskrétní ochranou pro nemocné trpící inkontinencí. Při efektivním využívání mohou též výrazně přispět k předcházení již zmíněných komplikací. Vše záleží na postoji společnosti k tomuto problému.

První teoretická část práce se zabývá močovou a fekální inkontinencí, inkontinenčními pomůckami a část je též věnována dopadu inkontinence na život nemocného. Druhá empirická část, založená na rozhovorech s P/K a sestrami, vede ke splnění stanovených cílů. Prvním cílem bylo zmapovat využívání pomůcek pro inkontinentní pacienty v následné péči. Druhým cílem bylo zmapovat systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči a třetí cíl měl za úkol zmapovat dostupnost jednotlivých inkontinenčních pomůcek v následné péči. V souvislosti s cíly práce byly stanoveny výzkumné otázky. První otázkou jsme zjišťovali, jaké inkontinenční pomůcky jsou v následné péči nejčastěji využívány. Druhá měla za úkol zjistit, zda je poskytované množství pomůcek v následné péči dostačující. Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na financování těchto pomůcek a čtvrtá zjišťovala dostupnost jednotlivých inkontinenčních pomůcek v následné péči.

Téma diplomové práce jsem si zvolila díky jeho aktuálnosti. Ve svém okolí se setkávám s lidmi, kteří se potýkají s tímto problémem, a zajímalo mě tedy, zda je pozornost věnovaná tomuto tématu dostačující.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie a fyziologie dolních cest močových

Dolní cesty močové tvoří *močový měchýř* (vesica urinaria) zastupující funkci močové nádržky, který je totožný u obou pohlaví a *močová trubice* lišící se u žen (uretra feminina) a u mužů (uretra maskulina), která odvádí moč ven z organismu (Fiala, 2009).

*Močový měchýř* (vesica urinaria) je dutý vakovitý orgán sloužící ke shromažďování a vylučování moči. Nachází se v malé pánvi za sponou stydkou, u žen je za močovým měchýřem uložena děloha a u mužů konečník. *Vrchol měchýře* (apex vesicae) má užší trojúhelníkový tvar, další a zároveň nejširší a nejroztažitelnější částí je *tělo měchýře* (corpus vesicae), na které nasedá široká *spodina měchýře* (fundus vesicae). Na zadní straně spodiny se zanořují dva močovody (uretery) a před nimi je uloženo *hrdlo měchýře* (cervix vesicae) s *vnitřním ústím močové trubice* (uretra). Ústí obou močovodů a vnitřní ústí uretry tvoří *trojúhelníkové pole* (trigonum vesicae) s hladkou sliznicí bez řas a submukózy. Zbylá sliznice je krytá urotelem, bohatě nařasená a nachází se pod ní submukóza, díky které se řasy po vyprázdnění močového měchýře mohou skládat a po jeho naplnění opět zplošťovat. Vypuzovací funkci močového měchýře zajišťuje hladká svalovina (m. detrusor vesicae urinarie) uspořádaná ve třech vrstvách - vnitřní podélná vrstva, se kterou jsou spojeny vnitřní síťovité snopce slizničních řas, střední cirkulární vrstva a zevní podélná vrstva. V oblasti cervixu vybíhají snopce hladké svaloviny k symfýze, rektu a hornímu úseku uretry a vytváří kolem něho smyčku, která plní funkci svěrače (m. sphincter vesicae urinarie). Povrch močového měchýře je kryt adventicií (řídce kolagenní vazivo) a na určitá místa horní plochy přiléhá peritoneum a tvoří serózu. Cévní zásobení je zajištěno větví odstupující z vnitřní pánevní tepny a žilní pleteně vedou krev do vnitřní pánevní žíly a následně do povodí dolní duté žíly. Inervace hladké svaloviny je zajištěna autonomními nervy, kdy parasympatikus ovládá detrusor a sympatikus sfinkter (Fiala, 2009; Čihák, 2002).

Kapacita močového měchýře obvykle nepřesahuje 250-300 ml, ovšem po ochabnutí svaloviny dokáže pojmout více než 700 ml. Při náplni 150-200 ml přichází pocit nucení na močení a při objemu 300-350 ml dochází k vyprázdnění. Pokud je náplň kolem 300 ml, vyklenuje se měchýř nad sponu stydkou, jindy horní okraj symfýzy nepřesahuje (Dylevský, 2006; Čihák, 2002).

*Ženská močová trubice* (urethra feminina) s délkou 3-4 cm a šířkou kolem 6 mm slouží jako vývodná cesta močová. Její vnitřní ústí se nachází ve stěně močového měchýře a tato část se nazývá pars intramuralis. Dále prochází pars pelvica mezi měchýřem a diaphragma urogenitale skrz svaly pánevního dna. Poslední úsek pars perinealis vede až k zevnímu ústí uretry v předsíni poševní. Stěnu uretry tvoří sliznice složená v podélné řasy, svalová vrstva dělicí se na vnitřní hladkou a zevní příčně pruhovanou, která vytváří vůlí ovladatelný zevní svěrač močové trubice, a zevní část stěny pokrývá vazivová vrstva propojující močovou trubici s okolím (Čihák, 2002; Fiala, 2009).

*Mušská močová trubice* (urethra maskulina) má oproti ženské délku 18-22 cm, ve svém průběhu se zužuje i rozšiřuje a slouží jako vývodná cesta močových i pohlavních orgánů. Její první úsek vystupuje také ze dna močového měchýře (pars intramularis) a hladká svalovina měchýře kolem něho vytváří svěrač, dále prochází prostatou (pars prostatica), kde se většinou rozšiřuje a ústí do ní ductus ejaculatorii a ductuli prostatici. Po odstupu z prostaty prochází nejužší část uretry svalstvem dna pánevního (pars membranea) a obklopuje ji zde vůlí ovladatelný svěrač z příčně pruhovaného svalstva. Dále pokračuje spongiózním tělesem penisu (pars spongiosa) až ke svému zevnímu ústí na žaludu. Toto ústí je fyziologicky nejužším místem uretry, což má význam při zavádění močové cévky. Stavba stěny uretry je obdobná jako u žen (Čihák, 2002; Fiala, 2009).

*Mikce* je reflexní děj nezbytný pro vyprázdnění močového měchýře. Nastává, pokud tlak v močovém měchýři převyší tlak sevření uretry. K tomu dochází při náplni měchýře kolem 300 ml. Pokud náplň měchýře přesáhne fyziologickou hodnotu, začne se měchýř stahovat a zvýší se tak jeho vnitřní tlak. Rozpínající se stěna měchýře působí na mechanoreceptory, které vysílají stimulační signály do centra mikčního reflexu

v sakrální a lumbální míše. Odpovědí je kontrakce svaloviny močového měchýře a inhibice tonu vnitřního svěrače uretry, který umožní průnik moči do uretry. Společně s relaxací zevního svěrače uretry pak moč odchází ven z organismu (Kittnar, Mikuláš, 2009).

## ***1.2 Inkontinence moči***

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS) definuje močovou inkontinenci jako stav jakéhokoli nedobrovolného (mimovolního) úniku moči. Jedinec tedy není schopen sám a vědomě odchod moči regulovat (Kobilková, 2005).

### *1.2.1 Klasifikace*

Inkontinenci moči dělíme na tři základní typy, kterými jsou inkontinence stresové povahy, urgentní a smíšená. Širší členění pak dále zahrnuje také paradoxní ischurii (inkontinence z přetékání), neurogení inkontinenci (reflexní) a extraanatomickou inkontinenci, ale jedná se pouze o vzácné formy úniku moči (Hiblbauer, 2013).

*Stresová inkontinence* je charakteristická pasivním únikem moči při nárůstu nitrobřišního tlaku. Z tohoto důvodu je pro tento typ inkontinence typický různě velký únik moči při fyzické aktivitě, jako je poskočení, zdvihání břemene, běh, zakašláání a jiné podobné činnosti. Příčinami vzniku jsou nejčastěji náhlý vzestup intraabdominálního tlaku při zachování sfinkterových funkcí hrdla a uretry nebo významný pokles či ztráta sfinkterových schopností uretry. Stresová inkontinence se dále dělí do tří stupňů podle množství unikající moči. Pokud moč uniká po kapkách a pouze ve spojitosti s poměrně náhlým vzestupem nitrobřišního tlaku (kýchnutí, kašel, smích), označujeme ji jako první stupeň. Druhý stupeň je charakteristický únikem moči při pozvolném zvyšování intraabdominálního tlaku, ke kterému dochází při chůzi do schodů, běhání apod. V momentě kdy moč uniká i při pomale chůzi nebo



ve vzpřímené poloze za minimálního nárůstu tlaku mluvíme o třetím stupni stresové inkontinence. Toto členění je především důležité pro určení správného typu a množství inkontinenčních pomůcek (Hiblbauer, 2013; Martan, 2006).

*Urgentní inkontinenci* nazýváme únik moči spojený s naléhavým nucením na močení. Projevuje se jako opakovaná náhlá potřeba močení, které pacient musí vyhovět. Množství uniklé moči se pohybuje od několika kapek po několik set mililitrů. Z pravidla se u tohoto typu inkontinence vyskytuje polakisurie, nykturie a tlak v podbřišku. Tento typ inkontinence může být způsoben zvýšením senzomotorických impulzů z receptorů nacházejících se ve stěně močového měchýře nebo nedostačujícím utlumením mikčného reflexu (Ivanová, Ondriová, 2013; Šenkýřová, 2009).

U pacientů trpících jak stresovou, tak urgentní inkontinencí mluvíme o *inkontinenci smíšené* (Krhut, 2007).

Pokud je tlak v močovém měchýři vyšší než uzávěrový tlak v uretře, dochází k opakovanému úniku malého množství moči spojenému s retencí a tento stav nazýváme *inkontinence z přetékání*. Příčinou může být mechanická obstrukce či porucha kontraktivity močového měchýře (Topinková, 2005).

*Reflexní inkontinence* je stav kdy si P/K neuvědomuje a nedokáže ovlivnit pocit naplněného či vyprázdněného močového měchýře. U těchto jedinců, z pravidla P/K s neurologickou diagnózou, je vyřazena centrální kontrola mikce, která zapřičiňuje reflexní vyprázdnění měchýře po jeho naplnění často se zvýšeným postmikčným reziduem (Topinková, 2005).

Mezi *extraanatomickou inkontinencí* řadíme stavy, kdy moč uniká píštělemi (získaná) nebo v důsledku vrozené vady (kongenitální) (Martan, 2006).

### 1.2.2 Epidemiologie

Prevalence tohoto onemocnění se mění s věkem. Inkontinence může postihnout kteroukoli věkovou skupinu obyvatel, ovšem po 65. roce života patří mezi nejfrekventovanější medicínské problémy. Obecně platí, že močová inkontinence u žen

v reprodukčním věku je třikrát častější než u mužů. S přibývajícím věkem se tento rozdíl zmenšuje a po 80. roce dojde k jeho vyrovnání. Na základě výsledků studií lze také uvést, že sklony k inkontinenci stresového typu jsou z podstatné části geneticky podmíněné. Studie uvádějí, že ženy, jejichž matka či sestra trpí inkontinencí, mají až třikrát vyšší riziko vzniku inkontinence. Svoji roli ale taktéž sehrávají anatomické a neurologické abnormality a rasová predispozice. U mužů je výskyt tohoto onemocnění v porovnání s ženskou populací zhruba poloviční. Významnou část inkontinentních P/K tvoří muži po radikální prostatektomii, která často způsobuje čistou stresovou inkontinenci (Romžová, 2011; Hiblbauer, 2013; Hudáková, Novyzedláková, 2013).

### 1.2.3 Etiologie

Převážně u starších inkontinentních jedinců se jedná o komplexní, multifaktoriální příčiny. Mezi *funkční poruchy močových cest ovlivněné věkem* patří nadměrná aktivita vyvolávající mimovolní kontrakce detruzoru, nedostatečné vyprazdňování močového měchýře a s ním spojené vyšší postmikční reziduum, nepatrně nižší objem močového měchýře či problémy se zadržením mikce. Dalším nepříznivým faktorem jsou různá *onemocnění urogenitálního traktu*, která vedou k nadměrné dráždivosti měchýře, obtížnému vyprazdňování a vadám uzávěrového systému. K rozvoji inkontinence může též přispět řada *celkových onemocnění*, která mají spojitost s polyurií, postižením nervového systému či psychiatrickou poruchou. Neméně důležitou etiologií je též *porucha hybnosti, menší zručnost a vliv zevního prostředí* (Topinková, 2005; Hejzlarová, 2009).

### 1.2.4 Diagnostika

Úkolem praktického lékaře je rozlišit P/K s jasnou diagnózou inkontinence a ty, jejichž symptomatologie není jednoznačná. Zde je pak na místě vyšetření specialistou.

Jedná o P/K s bolestí při močení, přítomností hematurie, opakujícími se močovými záněty, poruchou vyprazdňování, prolapsem orgánů malé pánve, po operaci či radioterapii pánevních orgánů, chirurgickém řešení inkontinence a při podezření na píštěl (Hiblbauer, 2013).

Tak jako u jakékoli jiné diagnózy začínáme sběrem *anamnestických údajů*. U nemocných ve vyšším věku je zapotřebí aktivního dotazu na nechtěný únik moči. Pokud P/K únik potvrdí, pak vhodnými dotazy zjišťujeme, o jaký typ inkontinence se jedná. Další otázky by měly vést k trvání, počtu a frekvenci nechtěným únikům moči. Pro zkvalitnění těchto údajů je vhodné požádat P/K, aby si po dobu dvou dnů vedl mikční deník se záznamy úniku moči, urgencye, množství moči a příjmu tekutin. Důležité jsou též informace o množství, typech a dostupnosti používaných inkontinenčních pomůcek. V potaz bychom měli také brát možnou úpravu životosprávy a míru sociální zátěže. Při základní diagnostice nesmí také chybět *vyšetření moči*, které může odhalit zánět močových cest, mikroskopickou hematurii či glykosurii (zpravidla při glykemii nad 9 mmol/l). Následně se provádí *palpační a aspekční vyšetření* břicha, pánve, perinea a zevního genitálu. U mužů nad 45 se při vstupním vyšetření navíc provádí *screeningová vyšetření* prostaty per rektum a odběr krve na PSA (prostatický specifický antigen) (Topinková, 2005; Hiblbauer, 2013).

Následná vyšetření již provádí specialista. K objektivnímu průkazu inkontinence slouží *Cough test*, u kterého sledujeme únik moči při zakašlání a *Pad test*, kdy se zvaží vložka po činnosti vedoucí ke zvýšení nitrobřišního tuku. Velmi často se k diagnostice inkontinence využívá verze mikčního deníku *frequency/volume chart*. P/K do formuláře zaznamenává údaje o čase, příjmu a výdeji tekutin, urgenci a případném úniku moči. Informace se pak vyhodnocují pomocí standardizovaných dotazníků (Hiblbauer, 2013).

### 1.2.5 Léčba

Léčebný postup zahrnuje několik složek. *Režimová opatření* jsou základní léčbou a vyžadují spolupráci P/K. U obézních P/K je na místě redukce tělesné hmotnosti

spojená s fyzickou aktivitou a posílením svalů pánevního dna. Kontraindikováno je ovšem zdvihání a přenášení těžkých břemen. Důležitá je úprava pitného a mikčního režimu, ke které je vhodné použít mikční deník. K těmto opatřením též neodmyslitelně patří používání inkontinenčních pomůcek (Horčíčka, 2012; Hiblbauer, 2013).

Zásady *Obecné léčby* se liší dle jednotlivých typů inkontinence. Stresová inkontinence vyžaduje úpravu pracovního režimu a pohybových aktivit. Dle doporučení lékaře, fyzioterapeuta či odborných příruček se provádí cviky na posílení svalů dna pánevního, často s pomocí speciálních pomůcek k posílení účinku (vaginální konusy, závaží) (Horčíčka, 2012).

Léčba urgentní inkontinence zahrnuje úpravu pitného a mikčního režimu za současného vedení mikčního deníku. S jeho pomocí se také provádí nácvik frekvence mikce, který vede ke zvyšování kapacity močového měchýře (bladder drill). P/K musí dbát na léčbu a prevenci zánětlivých onemocnění dolních cest močových. Ostatní typy inkontinence spadají do péče specialistů (Horčíčka, 2012).

Poslední složkou je *léčba jednotlivých druhů inkontinence*. Léčba stresové inkontinence zahrnuje již zmiňovanou *fyzioterapii*, která vede k reinervaci svalstva pánevního dna a tím k posílení kontrakčních schopností a bazálního tonu. Déle se provádí *elektrostimulace* nervosvalových struktur v oblasti pánevního dna, uretry a detrusoru pomocí vaginálně či rektálně zavedené sondy. K *farmakoterapii* stresové inkontinence se užívají alfa-sympatomimetika, bicyklická antidepresiva a estrogeny, tedy léky zvyšující uretrální uzavírací tlak. U žen využívanou metodou je *pesaroterapie*, kdy zavedený vaginální pesar upravuje anatomické poměry nebo zvyšuje výtokový odpor uretry. Poslední terapeutickou možností je *chirurgická léčba*. U žen jsou v dnešní době nejvíce využívané tzv. páskové metody, pro svoji minimální invazivitu a operační zátěž, vyšší bezpečnost a následnou rychlejší rekonvalescenci. U mužů s totální inkontinencí má velký úspěch použití umělého svěrače močové trubice (Horčíčka, 2012; Hiblbauer, 2013; Kahlon, 2011).

V poslední době vykazují dobré výsledky i již zmíněné smyčkové a páskové metody, tzv. slinky (Chau, 2012; Hoda, 2013).

V léčbě urgentní inkontinence je základním krokem farmakoterapie. Užívají se léky ze skupiny anticholinergik, které snižují dráždivost hladkých svalů močového měchýře. K posílení účinku léčby mohou být také předepsány léky ze skupiny tricyklických antidepresiv (Horčíčka, 2012).

Z alternativních způsobů léčby byly s rozdílnými efekty popsány metody akupunktury, hypnózy a bylinné terapie (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2006).

### ***1.3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva***

Po vstřebání živin v tenkém střevě přechází obsah řidší konzistence do konečné části trávicí trubice *tlustého střeva* (intestinum crassum), ve které dochází k vstřebávání vody a elektrolytů a tvorbě stolice. Na přeměně střevního obsahu se podílí mikroorganismy způsobující kvasné a hnilobné procesy. Na tlustém střevě se rozeznávají tři části. Prvním oddílem je slepé střevo (caecum), za ním následuje tračník (colon) a konečník (rektum) tvoří poslední úsek trávicí trubice. Stěnu tlustého střeva utváří vnitřní vrstva sliznice (tunica mucosa) s tenkou vrstvou slizničního vaziva, dále řídké podslizniční vazivo (tela submucosa) obsahující cévní a nervové pleteně, následuje svalovina (tunica muscularis) uspořádaná do vnitřní cirkulární a zevní longitudinální vrstvy a povrch slizniční stěny kryje vazivový obal (tunica adventicia). Tepenné zásobení zajišťují a. mesenterica superior (pravý tračník), a. mesenterica inferior (levý tračník) a a. iliaca interna (kaudální úsek rekta). Žilní krev vstupuje do povodí portální žíly, která vzniká soutokem v. mesenterica superior a v. mesenterica inferior a z dolní části rekta krev odtéká do povodí dolní duté žíly. Mízní cévy jdou podél tepen a sbíhají se do uzlin paraaortálních, pánevních a tříselných. Tlusté střevo inervují především autonomní vlákna sympatiku a parasympatiku a zevní řitní svěrač ovládáme prostřednictvím n. pudendus (Fiala, 2002).

*Slepé střevo* je vakovitá nejširší část uložená v pravé jámě kyčelní. Na jeho levé straně, v místě propojení s tenkým střevem, vytváří sliznice ileocekální chlopeň (valvula

ileocaecalis) a pod tímto spojením se nachází červovitý výběžek (apendix vermiformis), místo s častým vznikem zánětů díky bohatému zásobení lymfatickou tkání (Fiala, 2009).

*Tračník* tvoří významnou část tlustého střeva. Na povrchu probíhají tři pruhy vytvořené ztluštěním podélné svaloviny tzv. taenie. Jejich tahem se střevní stěna zevně vyklenuje a vznikají haustra, která vytváří charakteristický vzhled střeva. Součástí tračnicku je několik úseků. Vzestupný tračník (colon ascendens), ve kterém dochází k významné resorpci tekutin, stoupá od slepého střeva směrem k játrům, kde se nachází pravé ohbí (flexura coli dextra), na které navazuje příčný tračník (colon transversum) směřující ke slezině. Pod slezinou se tračník stáčí směrem dolů (flexura coli sinistra) a pokračuje jako sestupný tračník (colon descendens), kde se již zahuštěný střevní obsah přetváří ve stolicí, do levé jámy kyčelní. Zde se tračník esovitě stáčí (colon sigmoideum) až do středu malé pánve odkud přechází v konečník (Fiala, 2009; Čihák, 2002).

*Konečník* je poslední úsek střeva, na jehož povrchu už nejsou haustra ani taenie. Jeho horní část je rozšířena (ampula recti) a spodní část přechází v řitní kanál (canalis analis). Řitní kanál prstencovitě objímá vnitřní svěrač z hladké cirkulární svaloviny (m.sphincter ani internus) a zevně na něj nasedá vůlí ovladatelný svěrač z příčně pruhované svaloviny (m.sphincter ani externus). Navenek vyúsťuje jako řitní otvor (anus) (Fiala, 2009; Čihák, 2002).

*Defekace* je mechanismus, který se spouští po naplnění esovité kličky stolicí. Střevní obsah postupuje dál do rekta, kde vyvolá roztažení ampuly a následně ochabnutí vnitřního svěrače. Zevní svěrač jindy udržovaný ve stavu tonické kontrakce se vůlí přivede do stavu relaxace a následný reflex kontrahuje rektální svalovinu a dojde k vypuzení stolice za podpory břišního lisu. Proces je dokončen uzavřením análního kanálu i otvoru činností sfinkterů a hvězdicovitým vtažením okolí análního otvoru (Čihák, 2002).

## ***1.4 Inkontinence stolice***

Fekální inkontinence může být definována jako samovolný nechtěný únik stolice za sociálně nepříjemných okolností, který se objevuje častěji než dvakrát do měsíce. Stálá inkontinence stolice je zpravidla spojena i s močovou inkontinencí, ale na rozdíl od ní je mnohem hůře snášena jak P/K tak jeho okolím (Topinková, 2005; Prokešová, Dolina, 2009).

### ***1.4.1 Dělení inkontinence stolice***

Rozdělení fekální inkontinence není zcela jednoznačné. Některá literatura hovoří o *malé inkontinenci*, při které se vyskytuje špinění a občas i odchod řídké stolice, a *velké inkontinenci* spojené s absolutní ztrátou kontroly vyprazdňování (Weber, 2005).

Další členění je ve spojitosti s fyzickou aktivitou. Stejně jako u předchozího dělení se *první stupeň* vyznačuje možným ušpiněním spodního prádla a někdy i samovolným odchodem plynů a řídkší průjmovité stolice při fyzické zátěži. Při *druhém stupni* inkontinence se při stejné zátěži úniku stolice již nevyhneme. Nejzávažnější formou a zároveň *třetím stupněm* je kompletní inkontinence, kdy samovolně uniká i pevná stolice (Hehlmann, 2010).

### ***1.4.2 Faktory udržující kontinenci stolice***

Pro udržení stolice musí být zachována *neporušená peristaltická funkce* střeva. *Citlivost konečníku a rekta* nás informuje o naplnění konečníku stolicí a umožňuje odlišit plyn od tekutého obsahu. K defekaci či jejímu zabránění slouží *koordinovaná činnost svěračů a pánevního i břišního svalstva*. Nelze opomenout také *psychické faktory*, díky kterým si uvědomujeme pocit nucení na stolicí, jsme schopni nalézt místo vhodné pro vyprázdnění a svou vůlí řídit samotnou defekaci. Zevní prostředí zahrnuje

vhodné umístění toalety v dostatečné blízkosti a její vybavení, zachování intimity a možnost defekace vsedě (Topinková, 2005).

#### 1.4.3 Příčiny fekální inkontinence

Inkontinence stolice může být způsobena různými poruchami. Ochabující tonus svalstva společně se sníženým příjmem tekutin a vlákniny, přidružená onemocnění a farmakoterapie mají za následek *zpomalení střevní motility* (zácpa). *Zrychlená peristaltika* se vyskytuje u průjmů, některých chorob a také může být způsobena vlivem léků. *Oslabené svalstvo břicha, bránice a pánve* je důsledkem imobility, CHOPN či operačních výkonů v oblasti malé pánve a porodních traumat. Další příčinou jsou *neuromuskulární poruchy* při onemocněních míchy, roztroušené skleróze, demenci, diabetické neuropatii atd. Někteří P/K s psychiatrickým onemocněním (demence, depresivní stavy, schizofrenie) trpí *poruchou senzitivního vnímání nebo vědomí* a mnohdy je původ inkontinence v *nevyhovujícím vnějším prostředí*. Jedná se o špatně dostupné WC a jeho nedostatečné vybavení (výška sedací plochy, scházející madla, toaletní papír či bidet), nepříjemný zápach, nedostatečné soukromí a nevyhovující polohu při vyprazdňování (Schuler, Oster, 2010; Topinková, 2005).

Před zahájením léčby je také nutné provést vyšetření per rektum a vyloučit tak paradoxní průjem, který se může milně zaměnit za inkontinenci stolice. Při nálezů impaktované stolice (skybala) se nastolí vhodná opatření na podporu regulace vyprazdňování stolice (Schuler, Oster, 2010).

#### 1.4.4 Léčba

Léčba fekální inkontinence zahrnuje *konzervativní řešení* v podobě režimových opatření a farmakoterapie a *chirurgické řešení* k obnovení funkce svěračů (National Association For Continence, 2012; Prokešová, Dolina, 2009).



*Úprava životního stylu* je na místě především tam, kde je inkontinence spojena se zácpou. Dostatečný příjem tekutin, vhodné potraviny, pohybová aktivita a pravidelnost vyprazdňování stolice mohou mít velmi dobrý léčebný efekt. Podstatou těchto opatření je vytvořit měkkou, formovanou stolici a pohotově reagovat na nutkání k defekaci. Všem pacientům by mělo být umožněno vyprazdňování v poloze vsedě, v soukromí a s dostatečným vybavením WC (National Association For Continence, 2012; Topinková, 2005).

*Farmakoterapií* lze ovlivnit zácpu i průjem a proto je na místě zjistit, zda dosavadně užívané léky nemají na tyto poruchy vyprazdňování vliv. Pokud P/K trpí zácpou, podávají se pravidelně prokinetika a laxativa dle doporučení lékaře. V případě průjmu se užívají léky pro zpomalení střevní pasáže (National Association For Continence, 2012).

*Pravidelná fyzioterapie* v podobě Kegelových cviků na posílení svalů pánevního dna může výrazně ovlivnit funkci a svalový tonus análního svěrače. *Ergoterapie* se věnuje nácviku soběstačnosti při vyprazdňování. Cílem je, aby se P/K dokázal přesunout na WC, svléknout se a provést očistu (National Association For Continence, 2012; Topinková, 2005).

*Biofeedback* je neinvazivní technikou k posílení svalstva análního svěrače. P/K trénuje stažení svěrače a udržení správného svalového napětí za pomoci speciálního monitoru a sondy zavedené v konečníku. Stahy a relaxace svalů jsou zaznamenány na monitoru, na kterém se zobrazuje dosažené svalové napětí. P/K je tak ihned informován o dosažení požadovaného svalového tonu a lépe si tak zafixuje správnost provedeného cvičení. Úspěch této léčby závisí na správné indikaci ze strany lékaře, kvalitním nácviku pod dohledem odborníka a z velké části také na motivaci K/P. U většiny P/K dochází ke zlepšení, avšak u P/K s ultrasonograficky detekovaným defektem sfinkteru je v dlouhodobém horizontu efekt horší. (National Association For Continence, 2012; Juniora, 2014).

*Chirurgická léčba* představuje buď přímé, nebo nepřímé rekonstrukce análních svěračů. Tato terapie se využívá při poškození svěračů se zachováním funkce pudendálního nervu z důvodu traumatického, iatrogenního či poporodního poranění.

Pro P/K s inervační poruchou sfinkteru existuje možnost náhrady svěračového aparátu za použití biologického materiálu (např. m. gracilit) či mechanického zařízení (neurostimulace), které utvoří nový svěrač kolem nefunkčního análního kanálu (Prokešová, Dolina, 2009).

### ***1.5 Inkontinenční pomůcky***

Péče o inkontinentní P/K zahrnuje v první řadě vhodné a účelné používání inkontinenčních prostředků. Jejich indikace použití není pouze u těch, kteří nemohou nebo odmítnou prostřednictvím informovaného souhlasu podstoupit potřebná vyšetření či léčbu. Dalšími důvody mohou být očekávané vyšetření či chirurgický zákrok a doba před očekávaným efektem léčby. V dnešní době již existuje celá řada pomůcek pro inkontinentní P/K, které svými vlastnostmi působí pozitivně na kvalitu života. Z hlediska funkčnosti lze tyto pomůcky dělit na absorpční, sběrné a obstrukční (Vytejková, 2011; Horčíčka, 2013).

#### ***1.5.1 Pomůcky usnadňující vyprazdňování***

Pro pacienty se zhoršenou pohyblivostí je vhodné použít *pokojevé toaletní křeslo*. Jedná se o křeslo, které má v sedací ploše otvor s víkem. Ve spodní části je zasunutá nádoba z kovu, plastu nebo tvrzeného papíru. Díky němu se mohou pacienti s možností opustit lůžko vyprazdňovat v přirozené poloze vsedě. Podle potřeby existují různé typy těchto klozetů. Nepojízdná křesla se přistavují k lůžku nemocného a pojízdnými křesly je možné zajet přímo do koupelny a zajistit tak maximální soukromí. U tohoto typu musí být při manipulaci vždy zabrzděná kolečka. Výškově upravená pojízdná křesla poskytují možnost zajet přímo nad klasický klozet. Po každém použití se pomůcka dezinfikuje (Vytejková, 2011; Abrams, 2009).

*Podložní mísa* se využívá u ležících P/K k zachycení stolice a u žen také moči. Jednotlivé mísy se liší tvarem, hloubkou a materiálem, z něhož jsou vyrobeny. V praxi se používají především plastové a jednorázové mísy z tvrzeného papíru, ale můžeme se setkat také s kovovou či smaltovanou. Součástí této pomůcky je víko a u některých můžeme orientačně měřit množství moči nebo řídké stolice pomocí stupnice na vnitřní straně mísy. Pokud je pacient schopný zvednout hýždě, přikládáme podložní mísu v poloze na zádech s pokrčenými dolními končetinami. V opačném případě přetočíme pacienta na bok, přiložíme mísu k hýždím a pak ho obrátíme zpět na záda. V této poloze je vyprazdňování obtížné, a proto se snažíme P/K zajistit maximální možné pohodlí a soukromí. Pokud je to možné, zvedne se panel pod hlavou P/K (Vytejková, 2011).

*Močovou láhev* využíváme zejména k zachycení moči u P/K mužského pohlaví. Objem láhve je cca 1000 ml a množství moči se odečítá z graduované stupnice po 100 ml. Výrobním materiálem je především plast, pro jednorázové použití je to tvrzený recyklovaný papír a dnes již zcela výjimečně silnostěnné sklo. Umisťuje se přímo na bočnici P/K lůžka do drátěného košíku. Dlouhé hrdlo je opatřeno víčkem. Dle potřeby se láhev vylévá a pravidelně dezinfikuje. Pro ženy se močové láhve používají zřídka. Od mužských se liší především hrdlem, které je uzpůsobeno zevnímu genitálu ženy (Vytejková, 2011).

### *1.5.2 Absorpční pomůcky*

V současnosti je trh kvalitními a vhodnými pomůckami dostatečně zásoben. Dnešní moderní společnost využívá své jednorázové inkontinenční pomůcky díky jejich spolehlivosti, nenápadnosti a v neposlední řadě schopnosti zajistit desodoraci. Těchto vlastností dosahují svojí konstrukcí, která je vytvořena tak, aby co nejrychleji odvedla moč z povrchu pomůcky do speciálního svého jádra tvořeného ze superabsorbentu, což je materiál na základě polymerů. Ty jsou schopny pojmout 5-7 krát více tekutiny než buničina. Zde je moč uzavřena a chemickou reakcí přeměněna na gel pevně vázaný v jádru, který zároveň brání proniknutí nepříjemného zápachu. Pomůcka tak udržuje

svůj povrch suchý a prodyšný. Absorpční výrobky se mohou dělit do dvou rozsáhlých skupin a to na jednorázové, které se u nás jednoznačně upřednostňují, a omyvatelné. Každá z těchto kategorií se pak dále rozděluje na dvě podkategorie. Jedná se o pomůcky, které jsou umístěny na těle P/K (vložky, plenkové kalhotky atd.) nebo pod P/K (podložky). Každá kategorie v sobě zahrnuje skupiny výrobků, které se liší dle velikosti, savosti, pohlaví a tělesné konstituce (Sochorová, 2009; Abrams, 2009).

*Slipové absorpční vložky* využívají P/K s lehkou močovou inkontinencí, u kterých je ztráta moči 50-100 ml během čtyř hodin. Díky speciálnímu jádru pojme dvakrát více tekutin než vložka menstruační. Tato pomůcka je diskrétní a manipulace s ní je jednoduchá. Na spodní straně mají lepicí část, pomocí které se vložka připevní na potřebné místo a zůstane v této poloze. Někteří P/K pociťují problém s fixací vložky v běžných kalhotkách, proto je vhodné zakoupit si robustnější strečové kalhotky. Některé vložky mají na zadní straně lepicí pás, který také zabraní nechtěnému posunu pomůcky. Mohou též obsahovat indikátor, který signalizuje potřebu výměny. Vložky se vyrábí jak v pánském, tak v dámském provedení a jsou tedy přizpůsobeny anatomickým poměrům. Společnými vlastnosti jsou stále suchý povrch díky speciální zevní vrstvě a savému jádru (Abrams, 2009; Vytejková, 2011).

*Absorpční pánské kapsy*. Jsou určeny pro lehce inkontinentní muže a jsou navrženy tak, aby objaly celý penis a někdy i šourek. Tato pomůcka se nosí v kombinaci s přiléhavým spodním prádlem nebo strečovými síťovanými kalhotkami. Kapsy jsou často opatřeny lepicí páskou, která drží pomůcku na svém místě (Abrams, 2009).

*Vložné pleny* jsou určeny především pro mobilní P/K trpící středně těžkou inkontinencí se ztrátou moči 100-200 ml za čtyři hodiny. Mohou se používat u mužů i u žen, jsou pouze odlišně tvarované dle anatomických poměrů. Proti nechtěnému úniku tekutiny jsou vybaveny pružnými pásky v tříslech a postraními lemy. Čas výměny určuje indikátor vlhkosti, který svým sytým zbarvením upozorňuje na nutnost výměny. K fixaci slouží elastické síťované kalhotky, aby bylo dosaženo vyšší prodyšnosti (Vytejková, 2011).

*Natahovací kalhotky* jsou obdobou plen pro batolata. Vysoce absorpční jádro, které umožňuje rychlý odvod a zadržení tekutiny, se nachází v oblasti rozkroku nebo

je rozloženo po celé ploše kalhotek. Díky němu je též zabráněno nežádoucímu pachu. Tato pomůcka existuje v jednorázovém i omyvatelném provedení a vyrábí se v různých verzích podle stupně inkontinence. Výhodou je snadná manipulace stejně jako se spodním prádlem a elastický materiál se snadno přizpůsobí tvaru těla. Jednotlivé druhy se liší barevným značením, které usnadňuje orientaci mezi materiály a vyrábí se opět v celé řadě velikostí. Určování pomůcky se řídí obvodem pasu, pohlavím a stupněm inkontinence (Abrams, 2009; Vytejčková, 2011).

*Plenkové lepicí kalhotky* jsou určeny pro středně až velmi těžkou inkontinenci, při které dokáže vysoce absorpční jádro zadržet větší množství tekutiny. Úniku tekutiny taktéž brání elastická gumička umístěná po obou stranách. Kalhotky se upevňují pomocí samolepicí pásky nebo suchého zipu. Nevýhodou lepicí pásky je, že se musí vždy lepit do místa, které je značeno čtverečkem z fólie. Pokud tomu tak není, dojde při rozbalování k potrhání materiálu a plena musí být vyměněna, aniž by byla znečištěná. Suchý zip je v tomto ohledu výhodnější. Zapínání je umístěno po stranách, jiné mají kolem pasu přídržný proužek, který slouží k zajištění polohy pleny (Abrams, 2009; Vytejčková, 2011).

*Elastické plenkové kombinované kalhotky* jsou kombinací natahovacích a lepicích kalhotek. Jsou výhodné především u ležících P/K, kde zajišťují pohodlí a současně umožňují snadnou výměnu díky suchým zipům na více použití, takže se při výměně nemusí kalhotky složitě svlékat (Vytejčková, 2011).

*Jednorázové absorpční podložky* se vyrábějí v podobě obdélníků různých velikostí, které jsou určeny do lůžka nebo na židli. Jednotlivé typy se neliší jen velikostí, ale také savostí. Podložky s menší savostí se používají spíše jako záložní u P/K s plenami či močovým katétre, zatímco vysokoabsorpční podložky mohou sloužit jako samostatná ochrana lůžka na noc. Tato pomůcka se zhotovuje z celulózy, která má dobrou absorpční schopnost. Horní část pokrývá netkaná textilie a z druhé strany brání prosáknutí polyetylenová folie. V souvislosti s inkontinencí se vkládají P/K pod bedra, ale mají své uplatnění i při převazech atd. (Abrams, 2009; Vytejčková, 2011).

### 1.5.3 Sběrné pomůcky

*Urinální kondomy* se používají v kombinaci se sběrným sáčkem u inkontinentních mužů se středně těžkou až těžkou ztrátou moči. Jsou vhodné pro P/K s omezenou mobilitou a lze je též kombinovat s intermitentní katetrizací. Urinální kondomy mohou být vyrobeny z latexu, silikonu, gumy či jiného syntetického polymeru, ale preferují se antialergické materiály. Velikost se pohybuje mezi 20 – 40 mm v průměru a liší se podle provedení kondomu. Urinální kondom s lepicím proužkem má pět velikostí, a u samolepicího kondomu, je výběr pouze ze tří velikostí. O správné manipulaci s pomůckou by měl P/K poučit odborník a zároveň pravidelně sledovat jeho zdravotní stav, protože při chybném používání může dojít k vážnému poranění penisu, porušení integrity kůže či úniku moči. U P/K se hodnotí kognitivní schopnosti, manuální zručnost z důvodu manipulace s kondomem a sběrným sáčkem, stav kůže penisu, délka a obvod penisu a důležité jsou též informace o možné alergii na latex či lepicí pásku. Efektivní použití urinálního kondomu je takové, při kterém je pomůcka bezpečně fixována na svém místě, nejsou známky úniku moči, P/K pociťuje pohodlí, je nasazení i odstranění pomůcky snadné, zůstává kůže penisu bez poškození a proud moči odchází do sběrného sáčku (Abrams, 2009; Turjaková, 2011).

*Sběrné močové sáčky* slouží po napojení na urinální kondom či močový katétr k shromažďování moči. Tyto pomůcky se dělí do dvou kategorií. Denní močové sáčky se připevňují na tělo P/K a mají nižší kapacitu (cca 350-750 ml), zatímco noční močové sáčky se zavěšují na stojan nebo postel a mají velký objem (až 2000 ml). K dispozici jsou varianty výpustné nebo uzavřené. Většina je vyrobena z transparentního PVC (polyvinylchlorid) materiálu. Denní Močový sáček se vkládá do pouzdra, které se umísťuje na koleno, stehno, lýtko či břicho pomocí latexových nebo elastických látkových popruhů. K tomu, aby mohla být tato pomůcka efektivně využívána, musí být splněny určité nároky. Jedná se o snadnou obsluhu močového sáčku, komfort, diskrétnost a na straně P/K je nezbytná dovednost správně manipulovat s pomůckou a dostatečná kvalita zraku. Některé močové sáčky se vyrábí s vlastnostmi, které snižují

riziko infekce. Patří mezi ně např. zabránění refluxu moči do močového ústrojí pomocí zpětné klapky a uzavřené odvodné systémy (Abrams, 2009).

#### *1.5.4 Obstrukční pomůcky*

Dámské obstrukční pomůcky se užívají především u žen se stresovou inkontinencí a jsou děleny na ty, které se uplatňují v místě zevního ústí močové trubice a dále na intrauretrální a intravaginální. Okluzivní prostředky umístěné v průběhu močové trubice jsou určeny k uzavření močové trubice a intravaginální prostředky poskytují určitou podporu na krčku močového měchýře. Opět je nutné, aby měla P/K o pomůcce potřebné znalosti a byla dostatečně manuálně zručná (Abrams, 2009).

*Prostředky uzavírající zevní ústí močové trubice* byly vyvinuty, aby zabránily úniku moči na úrovni zevního ústí močové trubice. Okluze močové trubice těmito prostředky je dosaženo pomocí adheze nebo mírným nasátím. Pomůcky jsou buď jednorázové, nebo je lze po důkladném očištění opakovaně použít až po dobu dvou týdnů (Abrams, 2009).

*Intrauretrální pomůcky* mají podobu silikonových válců. Jsou určeny pro použití během dne a to zejména v průběhu fyzické zátěže (sport) místo toho, aby ženy omezovaly příjem tekutin před cvičením, anebo vyhledávaly sporty, které umožňují častý odchod na toaletu. Fungují tak, že způsobují okluzi v průběhu močové trubice. Uvnitř močové trubice jsou fixované pomocí balonku s tekutinou. Ta se stlačením při aplikaci přesune na distální konec pomůcky a umožní její proniknutí do močové trubice a následně proudí zpět k proximálnímu konci a fixuje pomůcku. Intrauretrální válce jsou vždy pouze na jedno použití (Abrams, 2009).

*Intravaginální pomůcky* podporují děložní hrdlo a tím více či méně odstraňují stresovou inkontinenci. Využívají se klasické tampony, pesary či antikoncepční membrány a intravaginální prostředky speciálně navržené pro podporu hrdla močového měchýře (Abrams, 2009).

Mužské obstrukční pomůcky slouží k tomu, aby se zabránilo úniku moči stlačením penisu. Okluze je dosaženo pomocí *svorky* nebo *peri-penilního popruhu*. Výhodou těchto pomůcek je nízká pořizovací cena a jednoduchá manipulace ve srovnání s urinálním kondomem a sběrným sáčkem. Nevýhodou při neopatrné manipulaci je možné poškození tkáně penisu ischemií. Proto je jejich použití omezeno pouze na muže, kteří jsou kognitivně intaktní, jsou si vědomi plnění močového měchýře, mají normální genitální cit a neporušenou kůži penisu, jsou manuálně zruční k otevření a uzavření svorky a jsou dostatečně motivovaní k používání této pomůcky (Abrams, 2009).

#### 1.5.5 Močové cévky

*Močové katétry* jsou jedním z možných efektivních způsobů vypouštění močového měchýře buď z krátkodobé, nebo dlouhodobé perspektivy tam, kde jsou alternativní metody nevyhovující. Zřídka se ovšem katetrizace obejde zcela bez problému a riziko komplikací, především infekce, je zde vysoké. Především permanentní katetrizace může negativně působit na P/K, pečovatele i zdravotnické zařízení. Je nutné pečlivě zhodnotit, zda je cévka pro P/K nezbytná a když to okolnosti dovolí, raději se této možnosti vyhnout (Abrams, 2009).

Cévkováním se rozumí zavedení sterilního močového katétru uretrou do močového měchýře. Cévkou je možné zavést jednorázově (intermitentní katetrizace) nebo dlouhodobě (permanentní katetrizace). Využívají se cévky ze silikonu či plastu a jsou určeny pouze k jednomu použití. U žen se používá Nelatonův katétr s rovným zakončením a u mužů Tiemannův katétr, kde je konec cévky zobákovitě zahnutý. Pro permanentní katetrizaci slouží Folleyova cévka s balonkem, který se po zavedení naplní roztokem a tím je bezpečně fixován v močovém měchýři. Technika zavádění močové cévky i tvar cévky se u mužů a u žen liší díky anatomickým rozdílům. U mužů se cévkování řadí mezi lékařské výkony z důvodu vyššího rizika poranění či perforace stěny uretry. U žen tento výkon provádí kvalifikovaná registrovaná zdravotní sestra.



Cévký se vyrábí v celé škále průměrů a délek. Průměr se řídí dle Charrieriho stupnice, kde se 3 stupně Char rovnají 1 mm průměru cévky. Pacient by o tomto měl být vždy informován (Turjaková, 2011).

*Intermitentní močová katetrizace* je častou metodou u P/K s neurogení a non-neurogení dysfunkcí močového měchýře. Jedná se o přerušovanou katetrizaci močového měchýře, kdy se katétr ihned po odvodnění odstraní. Tím se zabrání častým komplikacím spojených s dlouhodobou katetrizací. Sterilní intermitentní katetrizace se provádí ve zdravotnických zařízeních za aseptických podmínek (sterilní katétr, sterilní rukavice, dezinfekce, sterilní lubrikant). P/K v domácím prostředí využívají tzv. čistou intermitentní katetrizaci nebo non-touch techniku. Při čisté intermitentní katetrizaci se pouze omyjí ruce a zevní ústí močové trubice teplou vodou a mýdlem a poté se rovnou zavede cévka. Non-touch technika je kombinací čisté a sterilní intermitentní katetrizace. Před zahájením katetrizace se rovněž umývají ruce a genitál, může být použita dezinfekce na ústí močové trubice a během cévkování se katétr uchopí za prostřední část obalu tak, aby nedošlo k jeho znesterilnění. Vhodnou techniku volí vždy lékař na základě individuality P/K a nepostradatelné je důkladné poučení zdravotní sestrou o správném zavádění a možných úskalích (Baumová, 2009; Newman, 2011).

#### *1.5.6 Kosmetické přípravky v péči o pokožku*

Vyššího stupně ochrany kůže genitálu při inkontinenci se dosahuje používáním celé řady kosmetických přípravků, které účinně brání agresivnímu působení moči a stolice. *Čistící pěna* slouží k rychlému a šetrnému očištění silně ušpiněné pokožky při fekální inkontinenci. Obsahuje kreatinin, který spolehlivě chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy a udržuje ji tak zdravější. Efektivně neutralizuje pachy a zároveň příjemně a svěže voní. *Tekuté mýdlo* je především vhodné používat u starších P/K, u kterých je pokožka zatěžovaná nejen inkontinencí, ale i ležením na lůžku. Mýdlo obsahuje tukové substance, pantenol a heřmánek. Tyto účinné látky dodávají pokožce pružnost a podporují její regeneraci. *Vlhčené ošetřující ubrousky* se používají

k rychlému a šetrnému očištění pokožky. *Kožní ochranný krém* chrání pokožku genitálu, která je vystavená agresivnímu působení unikající moči či stolice a tlaku. Obsahuje účinné látky pantenol a heřmánek a aplikuje se na kůži v tenké vrstvě. S výběrem vhodného prostředku by měl P/K vždy pomoci lékař (Horčíčka, 2010).

#### *1.5.7 Preskripce pomůcek pro inkontinentní nemocné v ČR*

Zdravotnické prostředky předepisované na poukaz, které se dělí do sedmnácti skupin a patří mezi ně též inkontinenční pomůcky, jsou poskytované na základě číselníku veřejného zdravotního pojištění, který je v souladu se Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Obecně jsou zdravotnické prostředky z veřejného zdravotního pojištění hrazené za účelem pokračování léčby, podpory stabilizace, zlepšení či vyloučení zhoršení zdravotního stavu pojištěnce a patří sem také pomůcky pro kompenzaci nebo zmírnění následků zdravotní vady včetně substituce nebo úpravy anatomické struktury či fyziologického procesu. Z veřejného zdravotního pojištění se s přihlédnutím na míru a závažnost zdravotního postižení hradí vždy základní provedení zdravotnického prostředku, to znamená, že z medicínského hlediska svojí funkcí plně vyhovuje a splňuje požadavek nejmenší ekonomické náročnosti. U pomůcek, které v Úhradovém katalogu uvedeny nejsou, ale jsou nezbytné při stabilizaci postižení, se úhrada týká sociální sféry. Na poukaze vyplněném lékařem musí být vždy uvedena pouze jedna položka, která je součástí úhradového katalogu a nesmí zde chybět informace o pojištěnci, kód jeho pojišťovny a zdravotnického prostředku, o jaký druh úhrady se jedná (plná, částečná, úhrada pacientem), diagnóza, datum, podpis i razítko lékaře a čestné prohlášení pojištěnce.

Pomůcky po inkontinentní nemocné spadají do skupiny 02. Kompetentní pro předpis těchto zdravotnických prostředků je lékař praktik, urolog, gynekolog, neurolog a geriatr, který má smlouvu s danou pojišťovnou. Podmínky pro předpis zahrnují věk pojištěnce do tří let a prokázanou patologickou inkontinenci. Pokud je P/K

v péči odborného lékaře, je tento lékař povinen písemnou formou podat informace o provedených vyšetřeních, výsledcích a v případě preskripce o typu a množství předepsaných pomůcek praktickému lékaři daného P/K. Maximální preskripce je možná až na dobu tří měsíců ale pouze u P/K se stabilizovanou inkontinencí, kde se předpokládá využití celého množství poskytnutých pomůcek.

Zdravotnické prostředky pro inkontinenci spadající do druhé skupiny se dělí na savé, sběrné a obstrukční. Jsou určeny pro inkontinentní nemocné a jejich předpis závisí na míře inkontinence, která se dle závažnosti dělí do tří stupňů.

*Prvním stupněm* se označuje mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 4 hodin, který se vyskytuje především u stresové inkontinence všech stupňů. P/K využívají pomůcky v nepravidelných intervalech, protože moč uniká především při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku, tedy při kašli, smíchu, kýchnutí a zvedání těžších břemen. Předpis pomůcek pro první stupeň inkontinence může být určen i u ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde uniku moči nemusí předcházet stresový manévr. V tomto případě musí brát lékař při zhodnocení v potaz anamnestické údaje, jejichž součástí je i mikční karta a výsledky vyšetření dolních cest močových (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie atd.). Z veřejného zdravotního pojištění jsou pojištěnci hrazeny zdravotnické prostředky, které jsou v úhradovém katalogu označeny zkratkou SKP (skupina postižení) 1 a mají kompenzovat první stupeň onemocnění. Patří mezi ně absorpční inkontinenční vložky pro dámy se savostí nad 120 ml, absorpční inkontinenční vložky pro muže a pánské absorpční kapsy. Z pojištění je měsíčně hrazeno maximálně 150 kusů do výše 450 Kč.

Do *druhého stupně* inkontinence spadá mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 4 hodin. Tento stupeň je určován u mobilních nemocných s reflexní, urgentní či extrauretrální inkontinencí. Pomůcky jsou nutné ke každodennímu použití, protože moč uniká i při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při fyzické námaze. V tomto případě se hradí z prostředků veřejného zdravotního pojištění pomůcky značené v úhradovém katalogu SKP 2 a P/K mohou též využít prostředky se zkratkou SKP 4 kompenzující následky druhého stupně inkontinence. Mezi SKP 2 se řadí dámské a pánské absorpční pleny, tzv. vložné pleny, hrazené v maximálním

množství 150 kusů měsíčně do výše 900 Kč a fixační kalhotky, které jsou ovšem hrazeny pouze za předpokladu, že P/K používá vložné pleny, ve výši 24 kusů ročně v ceně 190 Kč. Do skupiny SKP 4 spadají urinální kondomy a to 30 kusů měsíčně do výše 700 Kč, dále pak denní a noční sběrné urinální sáčky hrazené maximálně do 10 kusů za měsíc v hodnotě 500 Kč.

Pokud je mimovolní únik moči vyšší, než 200 ml během 4 hodin jedná se o nejtěžší *třetí stupeň* inkontinence. Tito P/K trpí pokročilým stádiem reflexní, urgentní či extrauretrální inkontinence z pravidla spojeným i s inkontinencí stolice. Další častou komplikací stavu bývá imobilita. Aplikace pomůcek je trvale nutná, protože moč i stolice nekontrolovatelně uniká. Z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny pomůcky značené v úhradovém katalogu ve sloupci SKP číslem 3 anebo také 4, které kompenzují důsledky onemocnění třetího stupně. Skupina SKP 3 zahrnuje absorpční kalhotky, tzv. plenkové kalhotky hrazené v maximálně do 150 kusů měsíčně ve výši 1700 Kč a absorpční podložky, u kterých se z veřejného zdravotního pojištění platí 75 % konečné ceny ekonomicky nejméně náročné varianty a nejvýše 30 kusů za měsíc. Absorpční podložky jsou hrazené mimo rámec úhradového limitu pro těžkou inkontinenci, který činí 1700 Kč měsíčně. Mezi SKP 4 se řadí tak jako u druhého stupně inkontinence urinální kondomy a denní a noční sběrné urinální sáčky ve stejném množství a finančním limitu jak je uvedeno výše.

V metodice úhradového katalogu jsou též vymezena pravidla pro kombinaci jednotlivých zdravotnických prostředků skupiny 02. Kombinovat výrobky je možné pouze uvnitř jednotlivých skupin, nikoli mezi skupinami. V jednom měsíci nelze také kombinovat pomůcky s označením SKP 4 a SKP 3 a taktéž prostředky SKP 4 s SKP 2. Tato kombinace je možná pouze ve 2. a 3. měsíčním preskripčním období, kdy jsou v jednom měsíci předepsané pomůcky značené SKP 4 a v následujícím měsíci je možná preskripce prostředků skupiny SKP 2, případně SKP 3, nikoli však jejich kombinace v jednom měsíci.

Při preskripci pomůcek inkontinentnímu pacientovi musí být dodržena určitá pravidla. Poukaz může obsahovat pouze jeden druh zdravotnické pomůcky, ale je možné využít více poukazů. Předpis pomůcek se řídí dle stanoveného stupně

inkontinence v souladu finančním limitem. Literatura také uvádí, že savé pomůcky by se z hygienických důvodů měli měnit nejdéle po 8 hodinách. Dále je nutné sledovat stanovené množství i finanční limity a nepřekročit je. Veškeré informace o vystavení poukazu musí být zaznamenány v dokumentaci včetně stupně inkontinence a množství předepsaných pomůcek.

Výjimku tvoří *jednorázové močové katétry pro intermitentní katetrizaci nepotahované a potahované*, které spadají do skupiny 13 – dále nespecifikované pomůcky. Preskripce provádí urolog u P/K, kteří nejsou schopni vyprázdnit močový měchýř. Maximální hrazené množství je 150 kusů za měsíc, respektive 450 kusů na 3 měsíce a podléhá schválení revizním lékařem. Během jednoho měsíce není možné čerpat oba typy katétrů. Kombinovat oba druhy umožňuje tříměsíční preskripční období, ovšem pouze do stanoveného limitu. U nepotahovaných katétrů je stanoven limit 2300 Kč za měsíc a potahované katétry hradí zdravotní pojišťovna do výše 7500 Kč. U nepotahovaných cévek lze též čerpat úhradu lubrikačního gelu (metodika číselníku VZP-ZP, 2014).

## **1.6 Dopad inkontinence na život P/K**

Bohužel, inkontinence není pouze medicínským problémem, ale má také na P/K zásadní psychologický, sociální a ekonomický dopad, který podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života. Při posuzování závažnosti inkontinence je proto nutné brát na kvalitu života ohled. Každý z nás je individuum a stejný únik moči může vnímat zcela odlišně na základě věkových rozdílů a sociálních či kulturních aspektů (Topinková, 2006; Vilhelmová, 2011).

Z hlediska zdravotních komplikací se u inkontinentních P/K často setkáváme se vznikem kožních problémů v perigenitální oblasti. Moč i stolice poškozují kůži a činí jí tak méně odolnou vůči mechanickým vlivům, které mohou vést k častějšímu vzniku infekcí a zánětů. V místech vlhké zapáčky nebo jako alergická reakce se objevuje dermatitida (prostý zánět kůže), v místech vlhké zapáčky se také může bez výraznějších

zánětlivých příznaků objevit erytrasma (bakteriální kožní infekce), kožní plísňe mohou způsobit dermatomykózu a nelze opomenout ani velmi významné riziko vzniku dekubitů. Pro ty jsou typická místa kostních výstupů (křížová kost), na kterých se pokožka dostává do kontaktu s agresivní močí či stolicí (Topinková, 2006; Martinický, 2007; Gray, 2012).

Na psychiku působí především úzkost, strach a často i zlost. P/K se potýká s pocity studu, zahanbení a výsměchu, jejichž důsledkem je snížená sebeúcta. Mají potřebu se stále kontrolovat a často se snaží svůj problém zatajit. Bezradnost, nespavost a únava vede k depresím (Topinková, 2005).

Ze sociálního hlediska ovlivňuje inkontinence mnoho činností a aktivit. P/K s tímto problémem často snižují záměrně příjem tekutin a ohrožují se tam dehydratací. Dále musí také dbát na zvýšenou hygienickou péči, se kterou je spojena potřeba většího množství prádla a různých pomůcek. Jsou omezeni v sebeobsluze, domácích pracích a inkontinencí je také ovlivněn jejich životní styl. Komplikovanější jsou pro ně i aktivity nám zcela běžné jako např. návštěva úřadů, nákupy, řízení dopravních prostředků, kulturní akce a rekreace. Na neznámých místech se vždy nejdříve informují o umístění WC. Všechna tato fakta vedou k sociální izolaci. Kromě zdravotnických pracovníků zde hraje zásadní roli zejména rodina, která by měla být oporou P/K. Zejména u starších jedinců jsou kladeny na rodinné příslušníky vyšší nároky, které mohou negativně ovlivnit rodinné vztahy a vést až k umístění jedince do ústavní péče (Romžová, 2011; Topinková, 2006).

Nedílnou součástí této problematiky je také ekonomická stránka, která je u mnoha P/K překážkou v kvalitní péči. Náklady na život a běžný provoz domácnosti se stále zvyšují a lidé v seniorském věku často šetří na úkor léčebných prostředků a pomůcek. Vyšší ekonomické náklady jsou spojené se zvýšenou hygienickou péčí, častou výměnou spodního prádla a nákupem již zmíněných léčebných prostředků a pomůcek. Tento problém se však netýká pouze jednotlivců, ale celé společnosti. Ekonomická nákladnost se odráží především v sociální péči a zdravotnictví. U geriatrických pacientů se z pravidla prodlužuje hospitalizace, ošetrovatelská péče je u nich náročnější a jsou

častějšími uživateli sociálních služeb a zařízení pro dlouhodobou péči (Topinková, 2006; Romžová, 2011).

### *1.6.1 Inkontinentní v péči společnosti*

Až 30 % starších jedinců žijících v domácím prostředí a více jak polovina lidí v zařízeních dlouhodobé péče trpí močovou inkontinencí. Bohužel, často ke zhoršení inkontinence přispívají některá akutní oddělení, na kterých se především starším ženám během hospitalizace zcela bezdůvodně zavádí močové katétry, aby se tak předešlo náročnější péči. Tento postup je však zcela neadekvátní a aplikace permanentního močového katétru bez medicínského odůvodnění by se měla posuzovat jako pacienta poškozující výkon. Další překážkou v udržení maximální možné kontinence je neodpovídající používání inkontinenčních pomůcek. Důraz by měl být kladen na režimová opatření, jejichž součástí je tzv. mikční režim, který napomáhá v nácviu pravidelného vyprazdňování a eliminuje tak nečekané „nehody“. Důležité je také dodržování pitného režimu. K tomu, aby byly pomůcky správně a adekvátně používány, je zapotřebí školení pacientů i pečovatелů. Jen tak se může dosáhnout očekávaného efektu (Holmerová, 2013; Konyvková, 2012).

Pomůcky pro inkontinenci jsou nedílnou součástí kvalitně prováděné péče v sociálních a zdravotních službách. Zahrnujeme sem pobytová zařízení, ambulantní i terénní služby sociální a zdravotní péče. Zní to jako samozřejmost, ovšem již několikrát se objevila snaha ze strany Ministerstva zdravotnictví i zdravotních pojišťoven redukovat financování těchto pomůcek. Nejčastěji zaznívaly argumenty, že jde o nadstandardní pomůcku a ty že jsou součástí sociální péče a sociální podpory, protože zabraňují sociální okluzi. Dále se pak zmiňovalo zneužívání preskripce, obchod na černém trhu a různá ekonomická fakta. Nátlak společnosti však vždy vedl k přehodnocení těchto záměrů (Horecký, 2013).

Schopnost a ochota postarat se o své nejslabší občany je měřítkem úrovně a vyspělosti každé moderní společnosti. Stát je odpovědný za adekvátně poskytovanou

péči, jejímž znakem je zachování důstojného života pro všechny. Příkladem našemu státu mohou být některé evropské země, kde je kvalita a efektivita péče o inkontinentní P/K prioritou. Požadavky na standard péče o stárnoucí populaci stále rostou a některé země již provázaly financování s kvalitou služeb a vystavují tento systém pravidelným kontrolám, na jejichž základě probíhá sledování a vyhodnocování úrovně poskytované péče (Horecký, 2013; Torniainen, 2013).

### *1.6.2 Role setry v péči o inkontinentní P/K*

Úspěšné řešení problémů s inkontinencí nastává v momentě, kdy se P/K přestane bát o tomto problému mluvit. Z pochopitelných důvodů je inkontinence spojená se studem a zábrany. Především ženy jí považují za nevyhnutelný následek stárnutí. Tyto důvody pak bývají překážkou onoho úspěšného řešení. P/K se může se svým problémem svěřit svému praktickému lékaři, který mu pomůže především po odborné stránce a navrhne mu vhodnou léčbu či inkontinenční pomůcky. Mnoho informací lze též získat prostřednictvím letáků a brožur týkajících se inkontinence. Důležitá je ale také podpora přátel a zkušenost, kterou mohou lidé trpící inkontinencí předat dál. Neméně důležitou roli však hraje i střední zdravotnický personál (Křížová, 2011; Příbylová, 2011).

Pro poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče o inkontinentní je nezbytné zajistit edukaci ošetrovatelského personálu, stejně tak i P/K a v neposlední řadě poučit pečovatele, kteří se budou o inkontinentní osobu starat. S názorem, že poruchy funkce močového měchýře jsou běžnou součástí procesu stárnutí a s nedostatečnými vědomostmi o močové inkontinenci se bohužel setkáváme i u kvalifikovaného zdravotnického personálu (Hejzlarová, 2009; Ehlman, 2012).

Při příjmu P/K s močovou inkontinencí do zdravotnického zařízení zjišťujeme jaké problémy má při močení. Důležité jsou informace o úniku moči, délce trvání a rozsahu obtíží. Ptáme se, jak časté je nucení na močení a v jakých situacích k samovolnému úniku moči dochází, dále pak na charakter pocitu nucení na močení a na pocit



po vyprázdnění močového měchýře. K problémům při močení také řadíme bolest, poruchy hybnosti omezující používání WC, kožní problémy a poruchy spánku. Další důležitou informací jsou onemocnění, která mohou močení ovlivnit. Řadíme mezi ně onemocnění urogenitálního traktu (infekce močových cest a močového měchýře, nádory, dráždění z okolních struktur, změny v menopauze atd.), somatická onemocnění (diabetes mellitus a insipidus, hyperkalcemie, léčba diuretiky, Parkinsonova nemoc, demence, skleróza multiplex atd.) a poruchy mobility (zručnost a vnější prostředí). Požádáme P/K, aby nám popsal pocity a omezení související s touto poruchou. Mapujeme užívání léků a pomůcek pro zvládnutí obtíží, stupeň a typ inkontinence, rizikové faktory, soběstačnost a spolupráci P/K a důležité je též zhodnocení rizika pádu a dekubitů (Hejzlarová, 2009; Ivanová, Ondriová, 2013).

Další fází péče o K/P je diagnostika akutních či potencionálních ošetrovatelských problémů. V případě inkontinence je stěžejní diagnózou porucha močení z důvodu inkontinence projevující se únikem moči a častým rizikem může být porušení kožní integrity z důvodu inkontinence, které se zpravidla projevuje zarudnutím kůže. Od stanovených diagnóz se pak odvíjí plán k dosažení vytyčených cílů. U inkontinentních P/K je záměrem zachování či zlepšení aktuálního stavu a zamezení vzniku již zmíněného rizika (Vybíhalová, 2011).

Po získání anamnestických údajů a stanovení plánu k dosažení daného cíle, přichází na řadu samotná ošetrovatelská činnost, která je přizpůsobena typu inkontinence, prognóze primárního onemocnění, míře soběstačnosti a spolupráci P/K, ale i spolupráci jeho rodiny. V první řadě je nutné zajistit vhodné prostředí pro chodící i ležící inkontinentní P/K. Mobilnímu jedinci viditelně označíme WC a v případě potřeby jej vybavíme nástavcem. Vhodné je umístit na toaletu i na chodby madla pro zachycení. Pro imobilní P/K je důležitá okamžitá dostupnost podložní mísy či močové lahve a především intimita při samotném vyprazdňování. P/K je vhodné uvést do Fowlerovy polohy a signalizační zařízení umístit do jeho dosahu. U všech inkontinentních sledujeme účinky léků působících na diurézu, po dvou hodinách kontrolujeme močení a aktivně pobízíme P/K k vymočení. Následně se intervaly mezi močením prodlužují na dobu tří až čtyř hodin. Pro nácvik močení je vhodné použít mikční kalendář.

K provedení kvalitní ošetrovatelské péče je zapotřebí mít k dispozici vhodné inkontinenční pomůcky a umět je správně použít. Mnoho P/K ze strachu nedodrží pitný režim a mnohdy dochází až k dehydrataci organismu, přitom optimální příjem je mezi 1,5 až 2 litry vhodných tekutin denně. Nejúčinnější prevence komplikací je zvýšená hygiena, péče o zatěžovanou pokožku a dodržování zásad asepse. Při všech zmiňovaných činnostech nesmíme zapomínat na citlivý a empatický přístup. Ten hraje důležitou roli i při edukaci P/K a jeho nejbližších (Hejzlarová, 2009; Dvořáčková, 2009; Vybíhalová, 2011).

U P/K s fekální inkontinencí postupujeme obdobně, ale zaměřujeme se na specifika platná pro inkontinenci stolice. Stav pacienta je zapotřebí sledovat alespoň dva týdny a vše pečlivě zaznamenávat. Zachycují se časové údaje defekace, příhody úniku stolice a jejich spouštěcí faktory, informace o konzistenci stolice a nevědomém vyprázdnění (Schuler, Oster, 2010).

Tak jako u močové inkontinence je zde P/K veden k tomu, aby se vyprazdňoval v pravidelných intervalech, aniž by pocíval nucení na stolicí. Doporučený čas je půl hodiny po každém jídle. Nejlépe je plánovat vyprázdnění po snídani a stanovenou dobu důsledně dodržovat. Pro lepší efekt se berou v úvahu také zvyklosti a individuální potřeby P/K. Při nácviu je též možno použít glycerinový čípek k navození defekace (Schuler, Oster, 2010; Topinková, 2005).

### *1.6.3 Edukace*

U močové inkontinence je edukace P/K a jeho rodiny nedílnou součástí role sestry a spočívá především ve změně životního stylu. Úprava životosprávy zahrnuje dodržování pitného režimu, kdy je nutné zaměřit se na vhodnost a frekvenci přijímaných tekutin. Zcela nevhodné je požívání alkoholu, P/K by měl redukovat příjem kofeinu jak ve formě kávy tak i černého čaje, který lze nahradit zeleným a dále se též nedoporučuje pití sycených tekutin. Důležitý je správný přísun tekutin, kdy je vhodné pít především během dne na místech s dosahem toalety, podložní mísy či močové lahve

a příjem regulovat zejména před spaním či na cestách. Optimální je nepřijímat tekutiny 2-3 hodiny před spaním. Sestra poučí pacienta o rizikových faktorech inkontinence a možnostech jejich ovlivnění, které mohou kontinenci zlepšit. Důležité je zmínit redukci tělesné váhy a u kuřáků ukončení kouření. Fyzická aktivita je neoddelitelnou složkou správné životosprávy. Inkontinentní nemocní musí dbát na posilování svalů pánevního dna, břicha a zad, které napomáhají kontrolovanému vyprazdňování. Kontraindikováno je ovšem nošení a zvedání těžkých břemen. Pro některé P/K je užitečné pravidelné otužování, ale je potřebné chránit se před prochlazením. Z hlediska předcházení komplikacím je nutné dodržovat zvýšenou osobní hygienu. Měla by být prováděna několikrát denně s následným ošetřením pokožky. S tímto pak souvisí poučení P/K o typech pomůcek pro inkontinenci a jejich správném použití (Hudáková, Novysedláková, 2013; Hejzlarová, 2009).

Adekvátně proškolená sestra schopná P/K řádně poučit patří k základním faktorům zkvalitnění jeho následného života (Ehlman, 2012).

P/K s inkontinencí stolice a jejich rodinné příslušníky je zapotřebí edukovat především o vhodné stravě a dostatečném příjmu tekutin. Především u zácpy je nutné konzumovat dostatečné množství vlákniny obsažené v celozrnných výrobcích a zelenině. Lepší je se vyhnout pokrmům tučným, těžce stravitelným a ze strany pacienta netolerovaným. K pitnému režimu lze také přiřadit některé minerální vody na podporu vyprázdnění (např. Zaječická). Všechna tato opatření vedou k tvorbě měkké a formované stolice. Pro podporu fyzické zdatnosti, soběstačnosti a funkce potřebných svalů se doporučuje dostatek pohybu. Je zapotřebí zdůraznit pravidelnost vyprazdňování a to ve fyziologické poloze pro defekaci, která je vsedě s chodidly dotýkajícími se podlahy. P/K též podáme informace o možnosti využití pomůcek pro inkontinentní (Topinková, 2005; National Association For Continence, 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

**Cíl 1:** Zmapovat využívání pomůcek pro inkontinentní pacienty v následné péči

**Cíl 2:** Zmapovat systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči

**Cíl 3:** Zmapovat dostupnost pomůcek pro inkontinentní pacienty v následné péči

### ***2.2 Výzkumné otázky***

**VO 1:** Jaké inkontinenční pomůcky jsou v následné péči nejčastěji využívány?

**VO 2:** Je poskytované množství inkontinenčních pomůcek v následné péči dostačující?

**VO 3:** Jak funguje systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči?

**VO 4:** Jsou jednotlivé inkontinenční pomůcky v následné péči dostupné v dostatečné míře?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody a technika výzkumu***

Data byla získána kvalitativním šetřením technikou polostrukturovaného rozhovoru, který se u P/K a sester obsahově lišil. Výzkum byl nejdříve realizován u P/K využívajících preskripci inkontinenčních pomůcek lékařem na poukaz. Následně byly provedeny rozhovory s vrchními a staničními sestrami na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. Z důvodu požadovaného zachování anonymity nebudeme zveřejňovat bližší název nemocnic. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány a analyzovány. Odpovědi na jednotlivé otázky byly seskupeny do kategorií, které jsme stručně popsali a pro lepší přehlednost jsme je znázornili do schémat.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. První z nich zastupovalo pět respondentů využívajících inkontinenční pomůcky předepisované lékařem na poukaz. Celkem nám rozhovor poskytli čtyři ženy a jeden muž. Druhou část výzkumného vzorku zastupovaly vrchní a staniční sestry pracující na odděleních následné péče v nemocnici p.o. (příspěvková organizace) a nemocnici a.s. (akciová společnost). V nemocnici p.o. se rozhovor uskutečnil s vrchní sestrou a dvěma staničními sestrami Oddělení geriatrické a následné péče 1, Oddělení geriatrické a následné péče 2 a Stanice paliativní péče. V nemocnici a.s. nám rozhovor poskytla vrchní sestra a dvě staniční sestry Oddělení následné péče 2 stanice A a Oddělení následné péče 2 stanice B.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace dat získaných od respondentů využívajících inkontinenční pomůcky na základě preskripce na poukaz

#### Kategorie 1: Typ a stupeň inkontinence

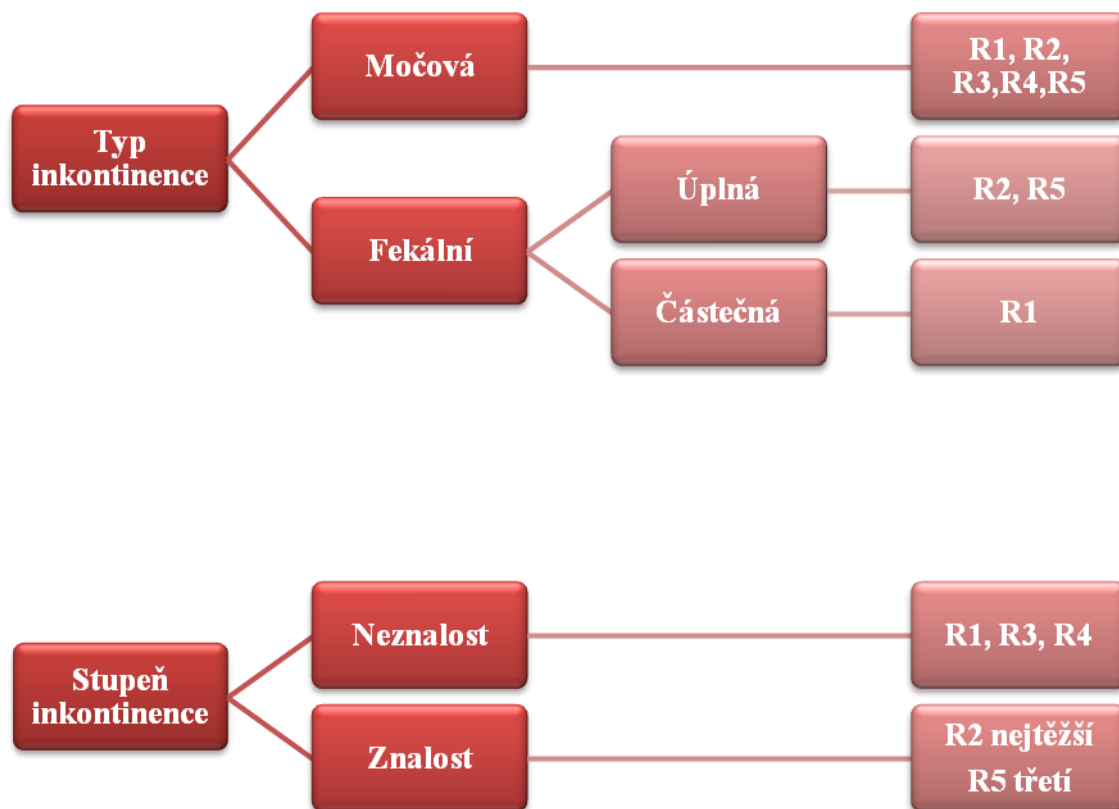
Účelem této otázky bylo zjistit, zda respondenti trpí močovou i fekální inkontinencí a zda vědí, o jaký ze tří stupňů závažnosti inkontinence se jedná. Všichni respondenti uvedli, že trpí močovou inkontinencí, ale její typ blíže specifikovat nedokázali. Stupeň závažnosti močové inkontinence znali dva respondenti. Fekální inkontinenci uvedli tři z respondentů, z toho jeden pouze částečnou.

Močová inkontinence. R1 „*No, ona má tu močovou inkontinenci.*“ R2 „*Moč i stolice mi jde do plen...*“ R3 „*...používám ty kalhotky po únik moči...*“ R4 „*Vím jenom, že je to močová inkontinence.*“ R5 „*...uniká moč i stolice.*“

Fekální inkontinence. R1 „*...někdy jde do plíny i stolice.*“ R2 „*Moč i stolice mi jde do plen...*“ R3 „*Na velkou chodím normálně na záchod.*“ R4 „*To si chodím na normální záchod, naštěstí.*“ R5 „*...uniká moč i stolice.*“

Stupeň inkontinence. R1 „*To mi nikdy nikdo neřekl. Ani v babiččiných papírech to není napsané.*“ R2 „*...mám ten nejtěžší stupeň, říkála obvodní.*“ R3 „*Nikdy mi nikdo neřekl, o jaký stupeň jde...*“ R4 „*O tom mě nikdo neinformoval. To vůbec nevím a ve zprávě se to taky nepíše.*“ R5 „*Asi třetím a ještě nějakým tím speciálním, tím nejhorším.*“

**Schéma 1: Typ a stupeň inkontinence**



## Kategorie 2: Pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Tato kategorie zahrnuje zdroj informací o možnosti využívat inkontinenční pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, dobu využívání těchto inkontinenčních pomůcek a hodnocení poskytovaného množství pomůcek z pohledu respondentů. Ve třech případech byl zdrojem informací praktický lékař a zbylí dva respondenti se o této možnosti dozvěděli od rodinných příslušníků prostřednictvím internetu. Pomůcky využívají rozdílně dlouhou dobu, od jednoho roku až po 35 let. Poskytované množství pomůcek hrazených pojišťovnou je dostačující v jednom případě.

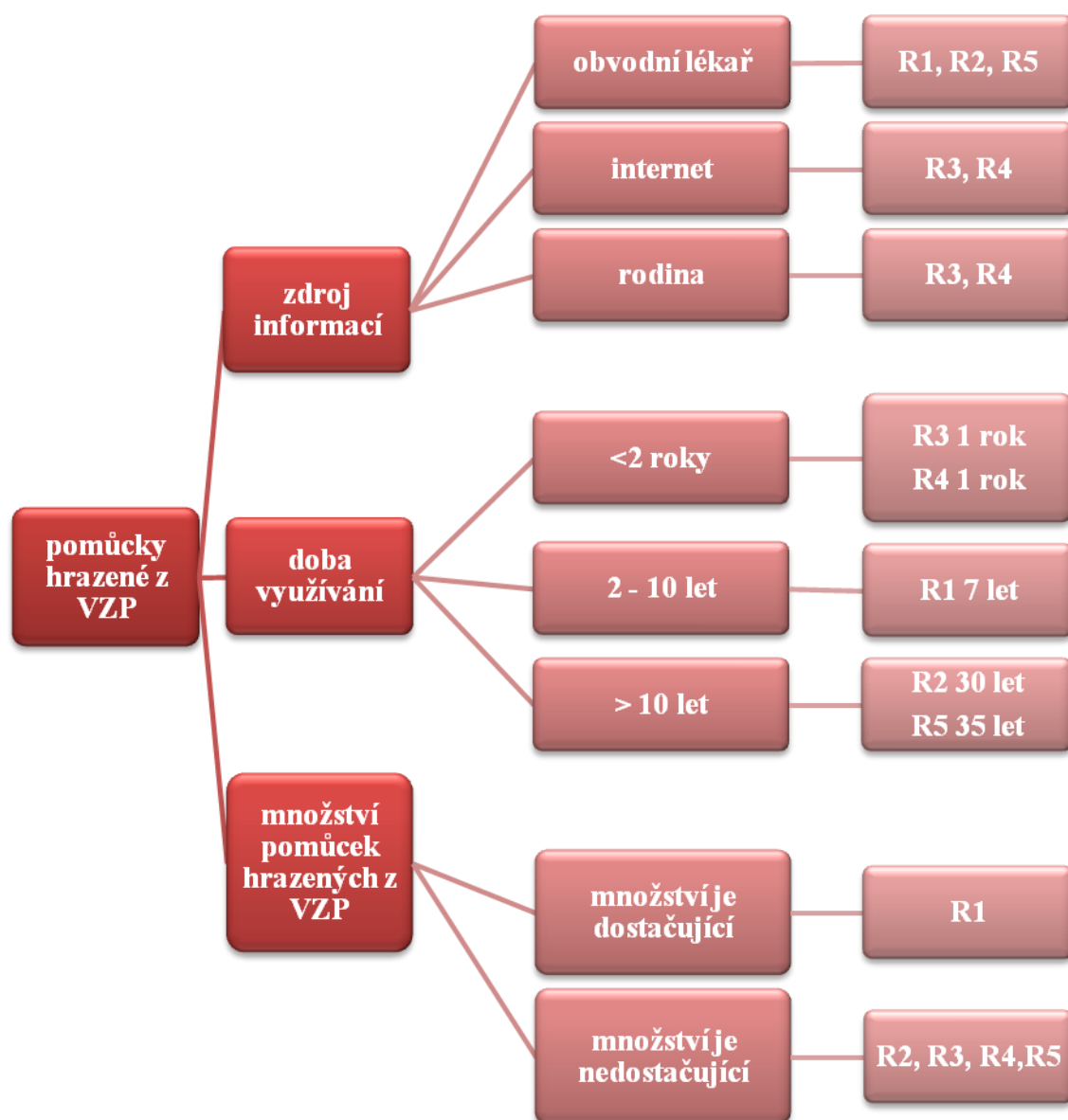
Zdroj informací. R1 „...řekla jsem to obvodnímu a ten mi předepsal ty plenky pro inkontinentní.“ R2 „Tak to nějak vyplynulo. Ty pomůcky jsem od začátku potřebovala, tak mi je obvodní napsal.“ R3 „...syn se potom koukal na internet a zjistil, že by snad na to mohla pojišťovna přispívat, tak se potom zeptal u obvodního...“ R4 „...moje dcera to našla na internetu. Tak jsem se zeptala obvodního.“ R5 „Vzhledem k mému onemocnění mi je moje lékařka odjakživa předepisuje.“

Doba využívání. R1 „...bezmála 7 let.“ R2 „No, už těch 30 let.“ R3 „Je to tak jeden rok...“ R4 „...někdy od loňského roku to jde přes pojišťovnu.“ R5 „...už tak 35 let.“

Poskytované množství pomůcek. R1 „Určitě mi pomůcky stačí.“ R2 „No, něco si dokupuju. Ted' už mi dala jenom dva balíky, jinak se dávají tři balíky na měsíc, anebo sedm balíků na dva měsíce, ale ona mi dala jenom dva, protože se prý musí šetřit nebo co, tak si musím dokoupit. V jednom balení je 24 plen a to mi nestačí.“ R3 „Musím si je dokupovat. Na měsíc mi vychází jedno balení po 12 kusech a musím si k tomu s mojí spotřebou ještě dvě dokoupit.“ R4 „Ještě dokupuju, no.“ R5 „Málo kdy. ...spíš si musím dokupovat než by vystačily“.



Schéma 2: Pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

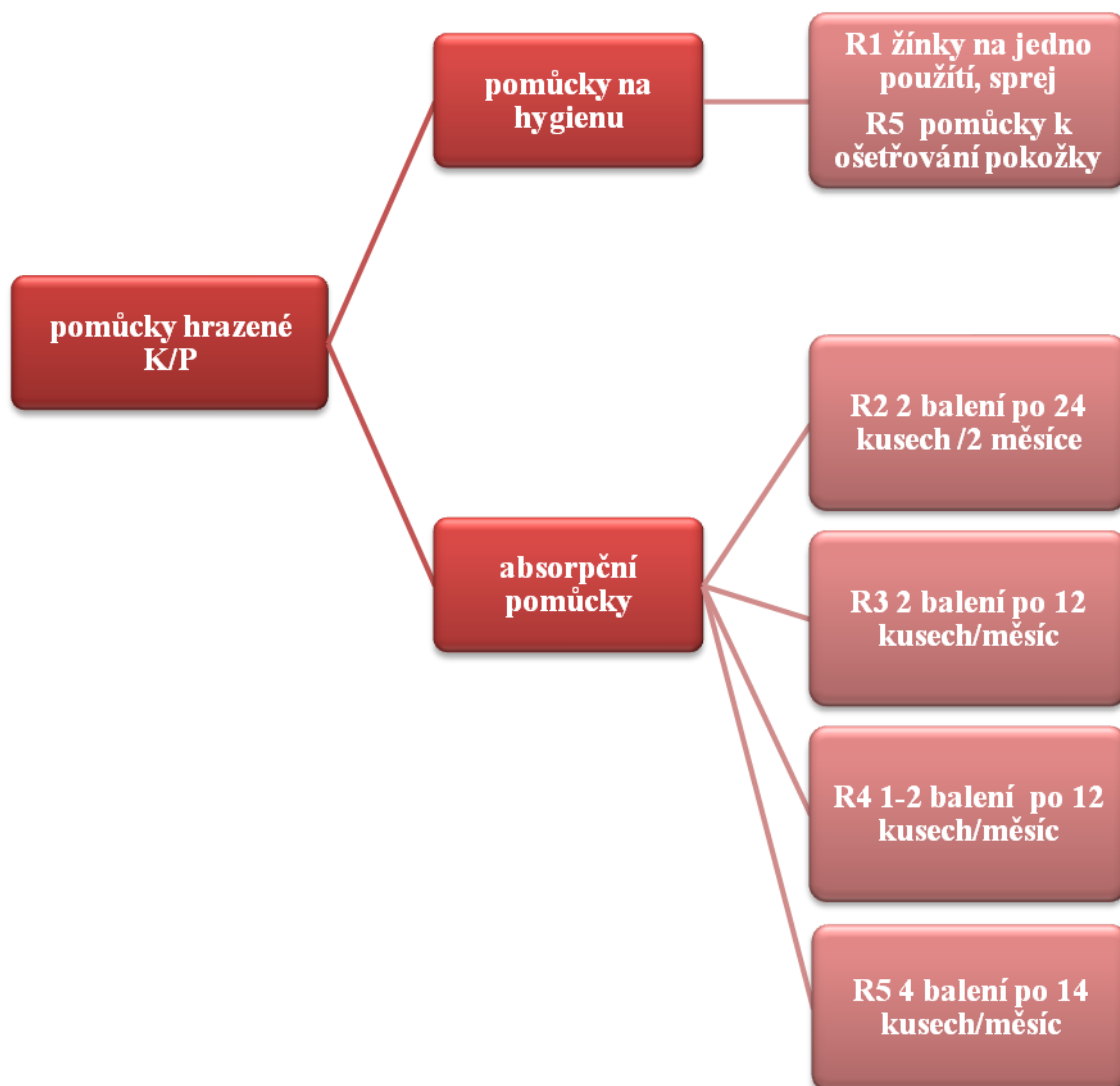


### **Kategorie 3: Pomůcky hrazené K/P**

Od respondentů jsem zjišťovala, kolik pomůcek si musí hradit ze svých financí nebo zda jim naopak pomůcky zbývají, popřípadě jaké další pomůcky si dokupují. Dva z respondentů uvedli, že si kupují jednorázové žínky a kosmetické přípravky k ošetření pokožky. Kromě jednoho z respondentů si všichni musí dokupovat absorpční pomůcky dle individuální spotřeby.

R1 *„Spíš si kupuji ty na tu hygienu. Ty žínky na jedno použití si kupuji v lékárně sama, ani nevím, jestli by to pojištěna zaplatila. Potom ten sprej, aby ta hygiena byla taková lepší. A když mi ty pomůcky dojdou, teprve si nechám předepsat další, takže mi vlastně nezbývají.“* R2 *„Když mi dá tři balíky, tak si dokoupím tak ten balík na dva měsíce, ale teď si budu muset dokoupit víc jak balík. Alespoň dva. V jednom balení je 24 plen a to mi nestačí.“* R3 *„...nic nezbývá. Na měsíc mi vychází jedno balení po 12 kusech a musím si k tomu s mojí spotřebou ještě dvě dokoupit.“* R4 *„V jednom balení je 12 plen... Někdy dokupuju dvě a někdy jenom jedno balení těchhle nastrkovacích kalhotek za měsíc. Ale nic mi nezbývá.“* R5 *„Ano musím. Když mi nevystačí, tak pleny. Někdy jsou to až 4 balení po 14 kusech měsíčně, ale jelikož se musím někdy i cévkovat a potřeby na cévkování si plně hradím, jelikož mi bylo řečeno, že buď potřeby na cévkování na pojišťovnu, nebo pleny, že obojí nejde. ...stejně tak speciální pomůcky k ošetřování pokožky...“*

Schéma 3: Pomůcky hrazené K/P



#### **Kategorie 4: Preskripce pomůcek**

V této kategorii respondenti zodpovídali otázky, které se týkaly způsobu, jakým jim lékař pomůcku určil a dále také období, na které jsou jim pomůcky předepisovány. Čtyřem respondentům určil lékař typ pomůcky na základě toho, co mu o svém problému řekli a v jednom případě po sdělení anamnézy rodinným příslušníkem. Dle zvyklosti lékařů, jsou pomůcky předepisovány na období od jednoho do tří měsíců.

Způsob určení pomůcky. R1 *„Na základě toho, co jsem mu řekla.“* R2 *„Určil mi to podle takového letáčku, nebo papíru.“* R3 *„Syn zajel k obvodnímu lékaři a řekl mi, jaké mám problémy...“* R4 *„Řekla jsem, jaké mám problémy a na základě toho mi je předepsal. A měla jsem také vyzkoušené, když jsem byla v nemocnici ty natahovací kalhotky největší velikosti a ty mi vyhovují.“* R5 *„...obvodní lékařka nabídla, že je můžu odebírat na poukaz.“*

Časové intervaly preskripce pomůcek. R1 *„Ty tři balíky po 24 plenkách mi píše tak na ty dva nebo tři měsíce. Ale vychází to tak jednou za ty tři měsíce.“* R2 *„...na ten měsíc teď dva balíky.“* R3 *„Doktor mi je předepíše vždycky asi po dvou měsících a vychází to deset balíků za rok.“* R4 *„Píše mi vždycky 2 balíky na měsíc.“* R5 *„Vždy na dva měsíce. V balení je 14kusů a dostávám 10 balení.“*

Schéma 4: Preskripce pomůcek



## Kategorie 5: Využívané pomůcky

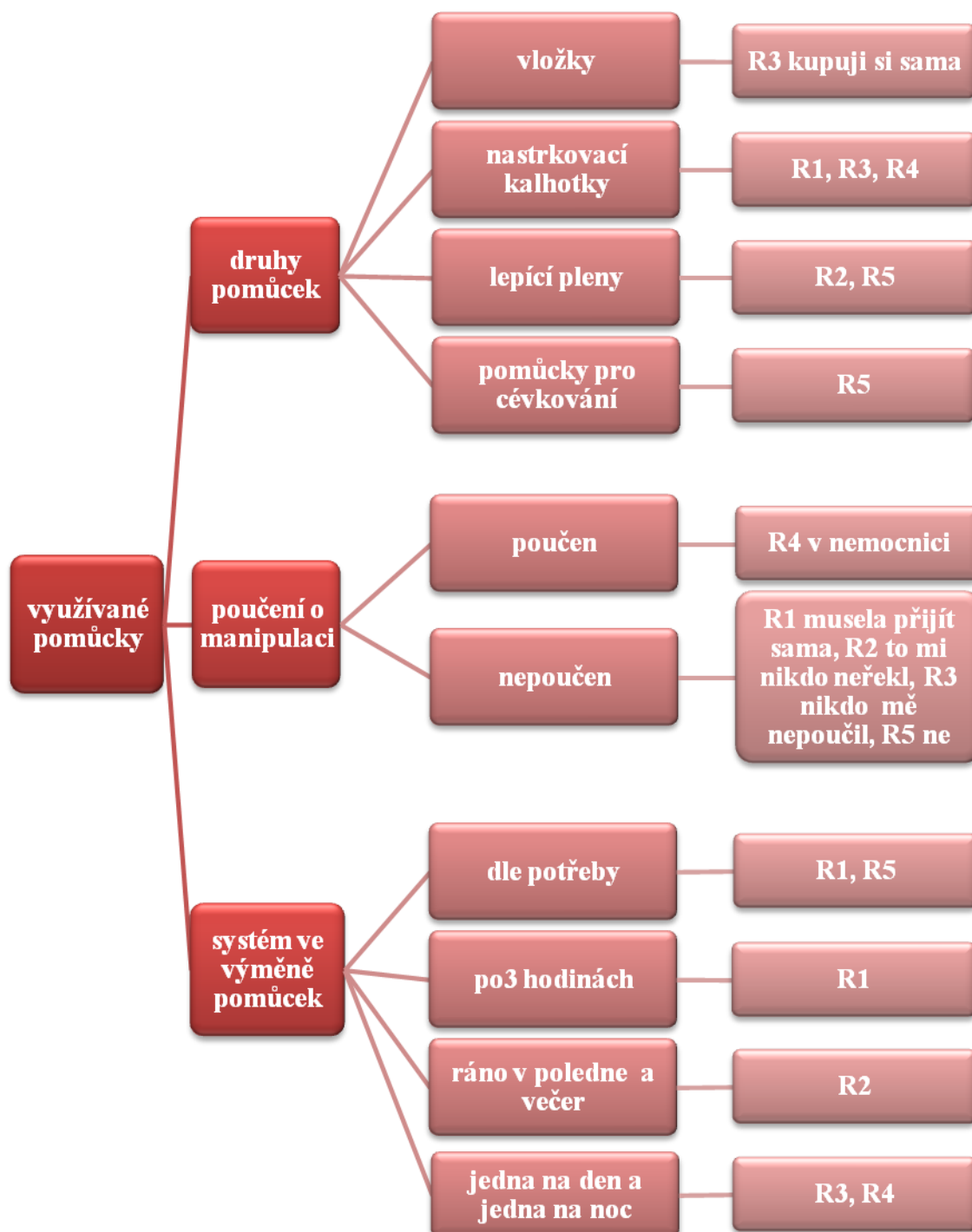
Kladenými otázkami jsem mapovala druhy pomůcek využívané respondenty. Tázala jsem se, zda byli poučeni o manipulaci s těmito pomůckami a zda mají nějaký systém ve výměně používaných pomůcek, který souvisí také s jejich denní spotřebou. Ze sortimentu inkontinenčních pomůcek používají respondenti slipové absorpční vložky, natahovací kalhotky, plenkové lepicí kalhotky a jeden z respondentů též pomůcky pro intermitentní katetrizaci. Poučení o manipulaci s pomůckami bylo poskytnuto u jednoho respondenta. Interval výměn pomůcek se lišili dle individuální potřeby respondentů.

Druhy pomůcek. R1 *„Z menstruačních vložek jsme rovnou přecházely na ty vázací kalhotky. A teď používáme ty nastrkovací kalhotky, co si sama natáhne.“* R2 *„Nejdřív mi dávali takové ty pleny, co se vkládaly do kalhot... A teďka už se v noci nikam nepřehrabu, tak si musím dávat tu lepicí plenu...“* R3 *„Používám ty nastrkovací plenkové kalhotky a ještě vložky, ale ty si kupuji sama...“* R4 *„Používám jenom ty nastrkovací kalhotky.“* R5 *„...pleny Abri Form Plus – M4 a potom pomůcky pro cévkování.“*

Poučení o manipulaci. R1 *„Na všechno jsem v průběhu času musela přijít sama. To jsem si vyhledávala na internetu sama, anebo když jsem byla v těch zdravotnických pomůckách, tak jsem dostala k tomu letáček, takže přibližně člověk má trochu představu.“* R2 *„To mi nikdo neřekl. To si dávám podle sebe.“* R3 *„Nikdo mě nepoučil, ...“* R4 *„Všechno mi ukázali, když jsem, byla v nemocnici.“* R5 *„Ne.“*

Systém ve výměně pomůcek. R1 *„Chodím se dívat tak každé tři hodiny, ale mnohdy i častěji a pokaždé se jí ptám. ...takže já bych to řekla tak v průměru, podle toho kolik je těch plen v balení, plenu na dva dny.“* R2 *„Měním si to ráno v poledne a večer a to mi akorát stačí.“* R3 *„Mám vždycky jednu na den a jednu na noc. Pořád ty stejné kalhotky, to se nemění.“* R4 *„Vyměňuji si je podle potřeby. Ale vychází to tak jedna na den a jedna na noc.“* R5 *„Spotřebu mám asi 4 pleny na den i noc. Neřídím se podle systému, měním je, jak je potřeba.“*

Schéma 5: Využívané pomůcky



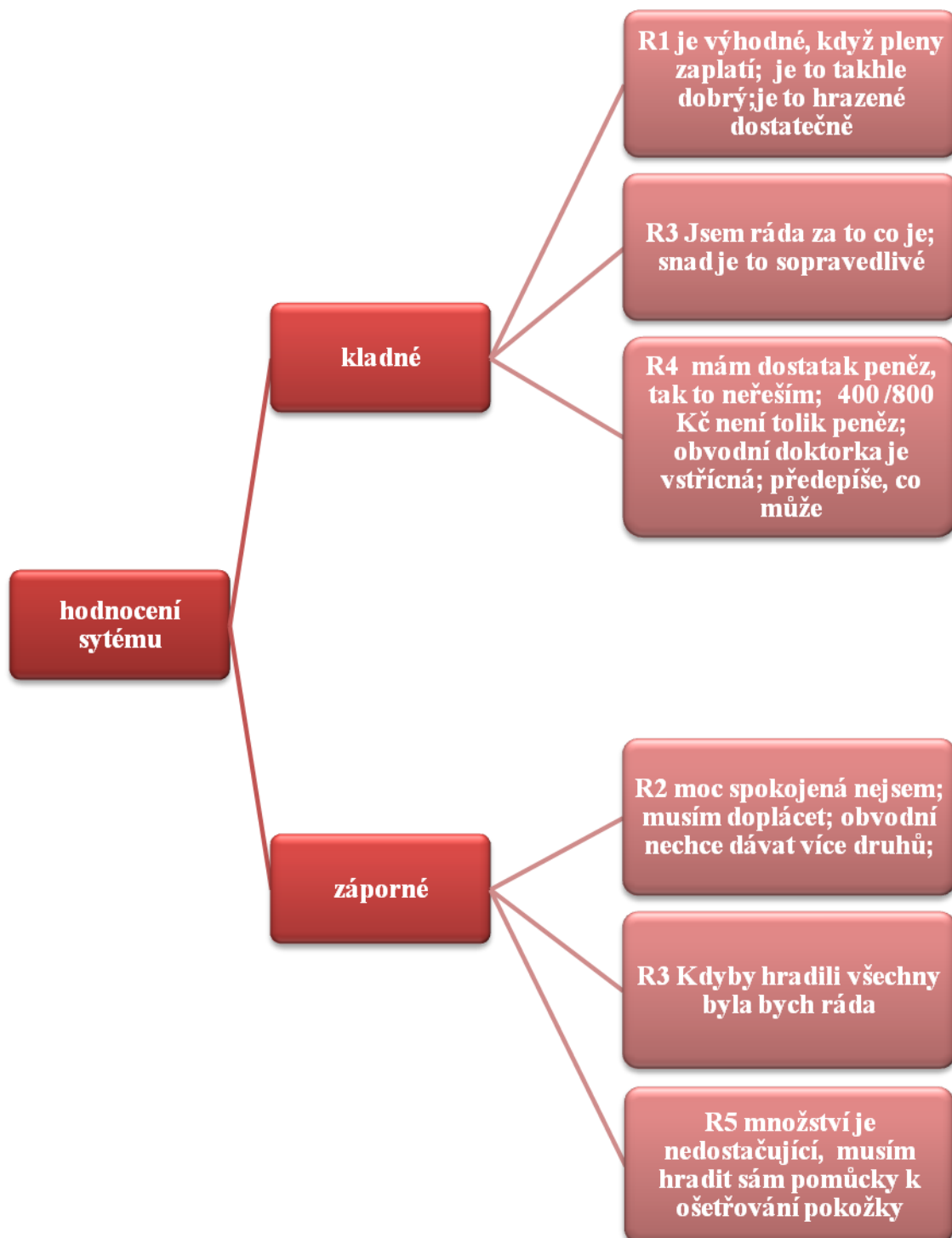
## **Kategorie 6: Hodnocení systému financování z pohledu respondentů, kteří využívají inkontinenční pomůcky hrazené z VZP**

Odpovědi respondentů obsahovaly jejich názor na systém využívání inkontinenčních pomůcek v ČR. Ve dvou případech hodnotili systém pozitivně, jeden z respondentů uvedl pozitivní i negativní stránku systému a dva jej okomentovali negativně.

R1 *„Ty plenky jsou hrozně drahé a oni mi je platí, takže pro mě je výhodné, když ty pleny zaplatí a ty maličkosti si já k tomu dokoupím, to už mě tolik netrápí. Takže já bych řekla, že je to takhle dobrý. Pro nás je to hrazené dostatečně.“* R2 *„No, moc spokojená nejsem, když musím doplácet. I když jsem měla tři balíky těch silných, tak jsem si musela dokupovat a teď už vůbec, když budu mít jenom dva. Potřebovala bych čtyři. Ona mi nechce totiž dávat více druhů. Dává mi jenom jeden. Kdyby mi dávala na noc silnější a na den slabší, bylo by to lepší, ale ona to nechce míchat. Ale někteří obvodní nepíší prý vůbec nic, tak můžeme být rádi, že to je alespoň takhle.“* R3 *„No, kdyby mi hradili všechny ty pomůcky, byla bych rozhodně ráda, ale jsem ráda za to, co je. Snad je to takhle spravedlivé.“* R4 *„Peněz mám zatím dostatek, tak to neřeším. Jedno balení na měsíc mě stojí kolem 400 Kč a někdy potřebuji dvě, ale to pořád není tolik peněz. Myslím si, že obvodní doktorka je vstřícná a předepíše mi, co může.“* R5 *„Nedostačující, protože pleny sice dostanu na poukaz hrazený pojišťovnou, ale množství je nedostačující. Zbytek si musím hradit sám, stejně tak i speciální pomůcky k ošetřování pokožky a ty zrovna nejsou nejlevnější.“*



**Schéma 6: Hodnocení systému financování inkontinentními P/K**



## **4.2 Kategorizace dat získaných rozhovory s vrchními a staničními sestrami oddělení následné péče**

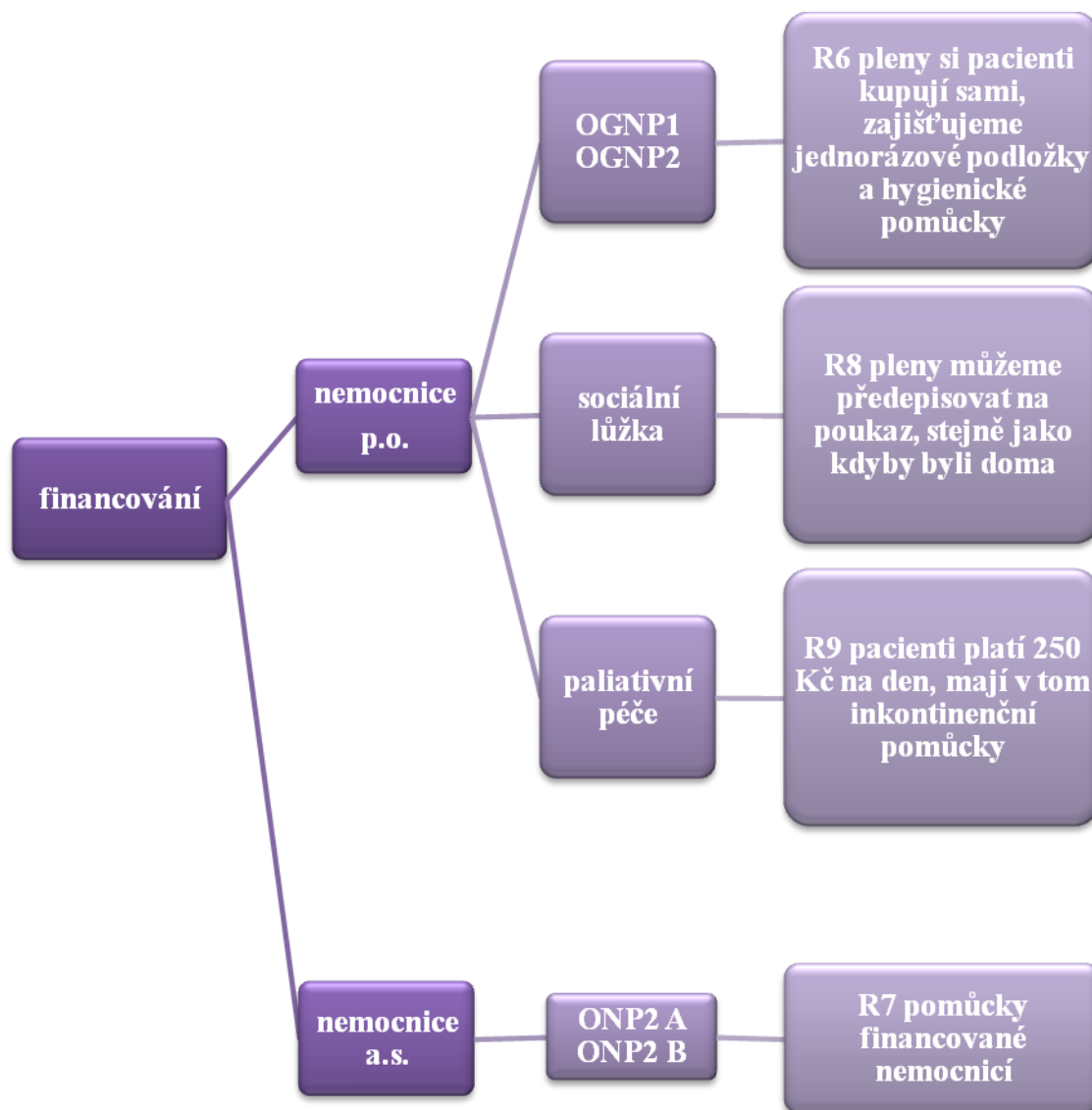
### **Kategorie 7: Financování inkontinenčních pomůcek**

Cílem rozhovoru o této oblasti bylo zjistit, jakým způsobem je řízeno financování pomůcek na oddělení následné péče v daných nemocnicích.

V nemocnici p.o. jsou inkontinenční pomůcky financované třemi způsoby. P/K OGNP1 a OGNP 2 si musí tyto pomůcky kupovat a financovat sami. Nemocnice zprostředkuje pouze jednorázové podložky a hygienické pomůcky. R6 *„Natahovací pleny, ty pro těžký stupeň inkontinence, si pacienti kupují sami. My zajišťujeme vlastně jednorázové podložky, dále zajišťujeme hygienické pomůcky, co se týče mycích pěn, těch ochranných krému, ale pleny si prostě kupují pacienti sami. Je to zřejmě dané tím, že je nízký limit na materiál a to jde do toho limitu ty pleny, takže je to spíš taková dlouhodobá domluva paní primářky, její přání. Změna bude, až budete dělat rozhovor se staniční sestřičkou z paliativy, tam je to jinak.“* Na oddělení paliativní péče hradí P/K denní poplatek, díky němuž jim poskytuje inkontinenční pomůcky nemocnice. R9 *„...pacienti platí za to, že jsou na té paliativní péči 250 Kč za lůžko na den. V podstatě v tom mají ale všechno. Inkontinenční pomůcky...“* Součástí OGNP1 a OGNP2 je pět sociálních lůžek, která P/K umožňují preskripci pomůcek lékařem na poukaz. Hradí je tedy pojišťovna. R8 *„Ještě máme pět sociálních lůžek, kde je to vyřešené tím způsobem, že jim pleny můžeme předepisovat na poukaz stejně, jako kdyby byli doma.“*

V nemocnici a.s. jsou veškeré pomůcky pro inkontinenci financované nemocnicí. R7 *„Pomůcky jsou financované nemocnicí.“*

**Schéma 7: Financování inkontinenčních pomůcek**



## **Kategorie 8: Objednávání inkontinenčních pomůcek**

V této kategorii mě zajímalo, jakým způsobem se pomůcky objednávají a jak často. Dále jsem se také tázala na existenci množstevních či finančních limitů při objednávání pomůcek.

V nemocnici p.o. se objednávají jednou týdně nebo dle potřeby pouze hygienické pomůcky a jednorázové podložky, které jsou předem určené. Oddělení se řídí finančními limity, které je ovšem možno překročit.

V nemocnici a.s. se pomůcky objednávají jednou měsíčně na základě pozitivního listu a finanční limity se na ně nevztahují.

Způsob objednávání. R6 *„Vzhledem k tomu, že ty pleny, což je základ té inkontinenci si kupují sami, tak to jde mimo nás. A jinak ty pomůcky na hygienu jsou vysoutěžené jakoby celokrajsky...“* R7 *„Objednávají se podle potřeb oddělení. V pozitivním listu jsou obsaženy všechny inkontinenční pomůcky a já podle požadavků z jednotlivých stanic objednávám na měsíc pro každého pacienta pomůcku, kterou potřebuje.“*

Časové intervaly objednávání. R6 *„Ty ostatní pomůcky objednávám jednou týdně, anebo když dojdou, tak prostě vždycky dle potřeby.“* R7 *„Objednáváme je jednou měsíčně.“*

Množstevní a finanční limity. R6 *„Máme limity vlastně na zdravotnický materiál a snažíme se je dodržovat a myslím si, že se nám to i docela daří, no. Máme zvlášť limit pro lůžka následné péče a geriatric a paliativa má svůj limit. A určitě se to řídí také podle skladby pacientů. Limit se dá určitě i překročit, nefunguje to tak, že pokud objednáme nad limit, tak zboží nedostaneme, takhle to nefunguje. Když máme víc inkontinentních pacientů, tak se objednává podle toho.“* R7 *„Finanční limity máme, ale rozhodně se to netýká inkontinenčních pomůcek teda. Limity má každé oddělení na veškerý sortiment, na zdravotní lůžka i na opravy, ale co se týče našeho oddělení, tak jsem nikdy neobjednala málo těchto pomůcek, abychom se dostali do stresu.“*

Schéma 8: Objednávání inkontinenčních pomůcek nemocnice p.o.

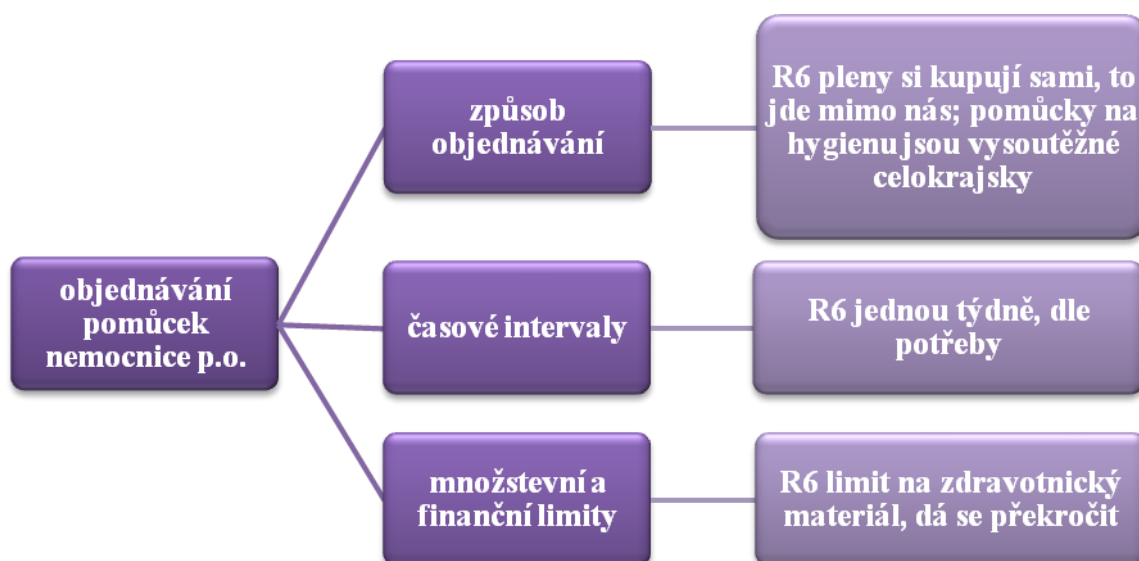


Schéma 9: Objednávání inkontinenčních pomůcek nemocnice a.s.



## Kategorie 9: Využívané pomůcky

Obsahem této oblasti bylo zmapovat způsob určování skladby pomůcek a druhy pomůcek, které se využívají. Tázala jsem se také, zda se systém určování typu pomůcky řídí dle stupně inkontinence, na využívání sortimentu pomůcek a zda množství pomůcek pokrývá dostatečně potřebu.

V nemocnici p.o. se sortiment pomůcek upravuje dle skladby pacientů. Na první stupeň inkontinence se používají vložky, natahovací kalhotky na druhý a zalepovací kalhotky na třetí stupeň inkontinence. Ty si ovšem musí P/K kupovat sami. Nemocnice poskytuje podložky, které se umísťují pod P/K s močovým katétrem, a hygienické prostředky. Močové katétry se užívají jen v odůvodněných případech. Na OGNP1,2 využívají pomůcky, které zakoupí rodina. Pokud je rodina nedodá, oddělení je kompenzuje a následně si je odebírá od pacientů zpět. Oddělení paliativní péče upřednostňuje natahovací a plenkové lepicí kalhotky a má jich dostatečné množství.

V nemocnici a.s. mají široký sortiment pomůcek, které si určují dle aktuální potřeby. Využívají zde slipové absorpční vložky, natahovací a plenkové lepicí kalhotky o různé velikosti a savosti a jednorázové podložky. V ojedinělých případech (výrazné riziko dekubitů, retence) se používají permanentní močové katétry. Při určování typu pomůcky se neřídí stupněm inkontinence. Vzhledem k vysokému počtu imobilních P/K se upřednostňují pleny. Všech pomůcek mají vždy dostatečné množství.

Určení skladby pomůcek. R6 „...pomůcky si můžeme upravovat podle skladby pacientů.“ R7 „...je to podle potřeby. V nabídce máme široký sortiment...“

Druhy pomůcek. R6 „Tak jsou to vložky a ty natahovací nebo zalepovací pleny, ale ty si kupují pacienti sami. My zajistíme jednorázové podložky a pomůcky pro hygienu. Samozřejmě zde máme taky močové katétry, ale upřednostňujeme plenkové kalhotky.“ R7 „Používají se teda vložky, kalhotky natahovací a lepicí a ty jednorázové podložky. U pacientů, kteří mají permanentní cévku, tak se mu dá jenom podložka pro případ, že by odcházela stolice, ale nedáváme ho do těch kalhotek.“

Řízení typu pomůcky dle stupně inkontinence. R8 „Na ten úplně první stupeň jsou vložky inkontinenční, pak natahovací kalhotky a nakonec klasické plenkové kalhotky.“

Jakým způsobem využíváte jednorázové podložky? „Požíváme jenom ty o velikosti 60 x 60. Dáváme je každému, kdo má katétr a nepotřebuje pleny, když tedy nemá inkontinenci stolice. A také je dáváme u pacientů, co mají lehký únik moči a přesouvají se na toaletní křeslo.“ R9 „Ano řídí. Na lehkou inkontinenci používáme vložky, na střední navlékací kalhotky a těžký stupeň inkontinence plenkové kalhotky. Pokud má pacient permanentní močový katétr, tak požíváme jednorázové absorpční podložky.“ R10 „...my tu máme jednotně pomůcky na inkontinenci...žádné stupně nerozlišujeme.“ R11 „...sami posuzujeme, která pomůcka bude pro každého jednoho pacienta vhodná,... Na stupně to přímo nerozdělujeme.“

Využití sortimentu pomůcek. R8 „Dá se říct, že využíváme. Jak už říkala paní vrchní, je to na základě toho, že si ty rodiny pomůcky kupují.“ R9 „U nás se upřednostňují spíše ty lepicí kalhotky nebo ty navlékací kalhotky. Pro pacienty je to pohodlnější.“ R10 „Někomu dáváme pouze ty krajkové kalhotky, když víme, že si může dojít na záchod, aby si to mohl jenom stáhnout a vyloženě ležící, kteří teda tu inkontinenci mají, dostanou pleny individuálně. Katétrů dáváme jen při té nejtěžší inkontinenci a ne každému. Jenom když významně hrozí dekubity, anebo je tam retence moči. V každém případě se upřednostňují pleny. Pod každého dáváme také jednorázovou podložku, kterou měníme i dvakrát denně.“ R11 „Ano, každý pacient dostane pomůcku, která je pro něj vhodná,... Převážná většina pacientů je imobilní a proto se používají nejvíce pleny, ale ne, že by se upřednostňovaly třeba u chodících pacientů. Máme také na výběr mezi dvěma velikostmi plen a také odlišnou savost plen. Taky používáme podložky na jedno použití a ty dostává každý... Ale katétrů jsou u nás jenom v krajním případě, musí být vždy odůvodněné. Přednost mají rozhodně pleny.“

Dostatečné množství pomůcek. R8 „Pokud je tedy nedodá rodina, tak my to nějak kompenzujeme a potom si to od pacientů zase z části vezmeme. Je to pro nás složitý systém... R9 „U nás ano. Limity ani nepřekračujeme. Ale pacienti platí zase za to, že jsou na té paliativní péči 250 Kč na lůžko za den. V podstatě v tom mají ale všechno.“ R10 „To určitě, s pomůckami není vůbec žádný problém. Jak absorpčních, tak hygienických pomůcek máme dostatek.“ R 11 „To v každém případě. Máme vždy vše, co je potřeba.“

Schéma 10: Využívané pomůcky nemocnice p.o.

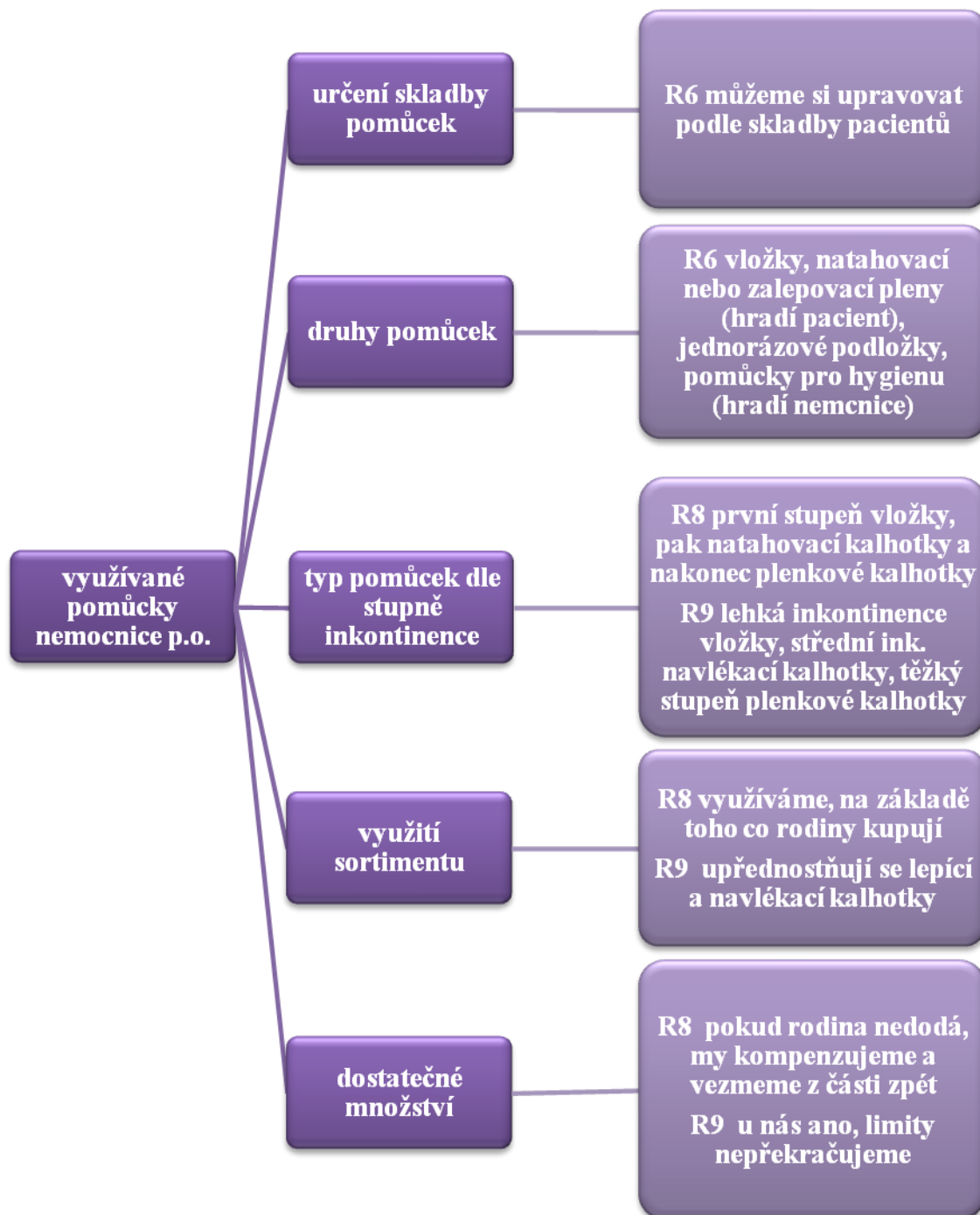
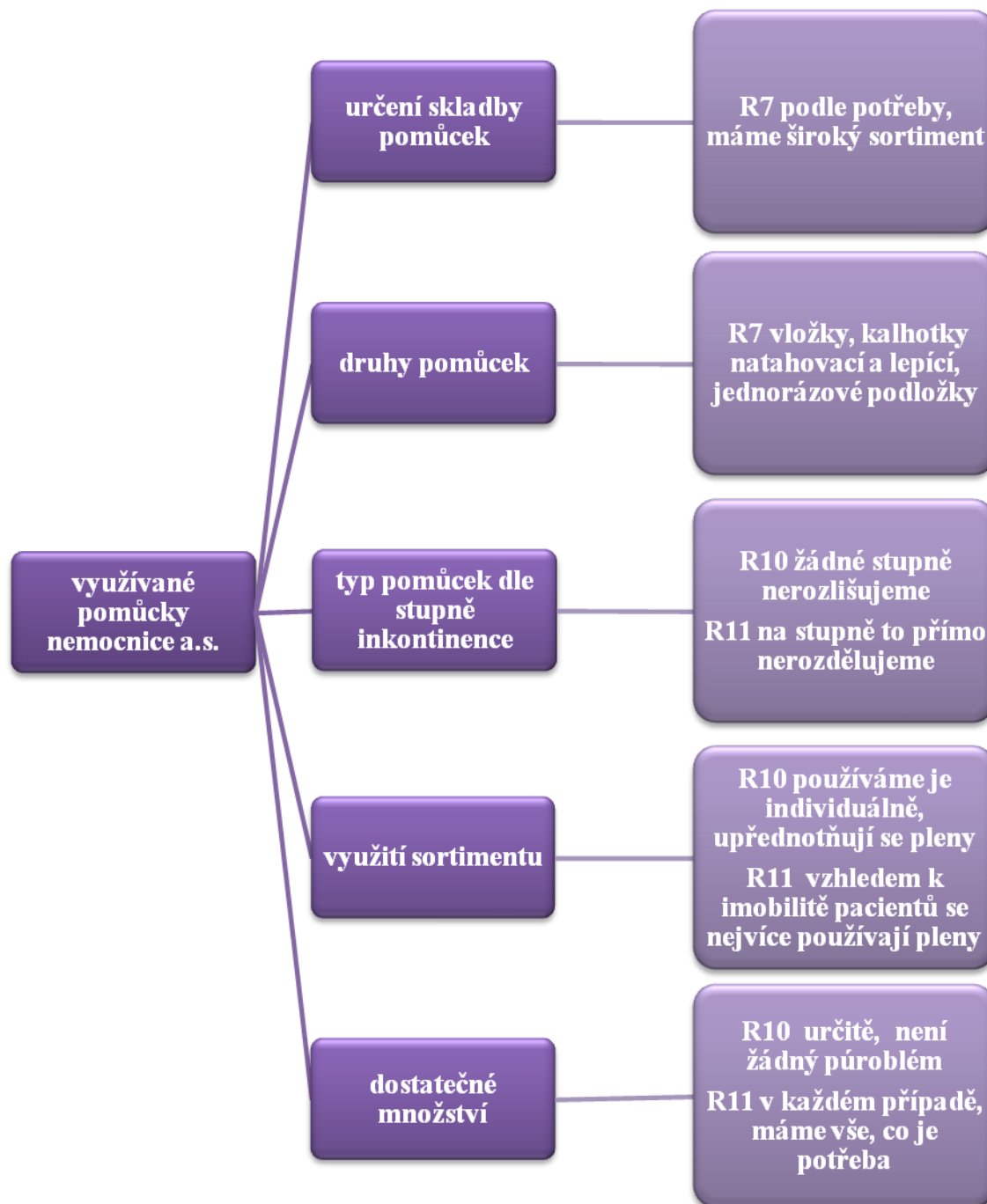




Schéma 11: Využívané pomůcky nemocnice a.s.



## **Kategorie 10: Sestra a inkontinenční pomůcky**

Zjišťovala jsem, zda sestry prošly školením o inkontinenčních pomůčkách a jaký mají systém při výměně pomůcek.

V nemocnici p.o. jsou sestry v péči o inkontinentního P/K proškoleny v rámci adaptačního procesu a dále je to na jejich vlastní iniciativě. Školí se pouze při zavádění nějaké novinky. Systém výměny inkontinenčních pomůcek na OGNP1,2 se řídí dle harmonogramu. Výměna probíhá dle potřeby a u každého vždy ráno v poledne a večer. Oddělení paliativní péče se řídí dle samostatnosti, imobility a citlivosti pokožky P/K, výměna však probíhá minimálně třikrát denně.

V nemocnici a.s. je školení v péči o inkontinentního pacienta na vlastní iniciativě sestry. V rámci oddělení předávají zkušenější sestry informace mladším. Nové pomůcky představuje dealer. Výměna pomůcek u P/K probíhá vždy ráno, v poledne, večer i v noci a dále dle potřeby.

Školení. R8 *„Jakoby systémově pravidelně ne. Z vlastní iniciativy v rámci celoživotního vzdělávání navštěvují semináře a tam jsou. Jinak jsou proškoleny, když přijdou, v rámci adaptačního procesu. Občas když je nějaká novinka, tak nám to prezentují na nějaké poradě.“* R9 *„Tak jak jsou běžně školící akce, ale není to pravidelně. Musí se o to zajímat sestry z vlastní iniciativy. A když přijde dealer, tak ty pomůcky propaguje spíše ve skladu a ne na oddělení.“* R10 *„Je to individuální iniciativa sester bych řekla. Když je nová pomůcka, tak jí dealer představí. Sem tady deset let a za tu dobu jsem zažila jedno školení, kde nám řekli, jak máme plenky správně používat, kdy je nasáklá. Jednou to tady teda bylo a já se to teď snažím děvčatům předat dál.“* R11 *„Je to na iniciativě jednotlivých sester, jestli se nějakého školení účastní. Spíš bych řekla, že zkušenější sestry předávají informace a zkušenosti těm mladším. V případě. Že je nějaká nová pomůcka, tak nám ji dealer představí, ale novinky nejsou tak často.“*

Systém výměny pomůcek. R8 *„Máme daný konkrétní systém dle harmonogramu a plus dle potřeby navíc. Hygieny se dělají třikrát denně pravidelně všem a potom plus dle potřeby.“* R9 *„U nás se dodržuje pravidelnost výměny dle stupně samostatnosti*

*a imobility, protože u nás jsou především pacienti imobilní. U nich je pravidelnost častá. A také se vyměňuje podle citlivosti pokožky. Jak jsou u nás pacienti delší dobu tak vidíme kdo má sklon ke vzniku dekubitů, takže tam se ty pomůcky vyměňují častěji. Pravidelně u každého je ta výměna minimálně třikrát za den, ale je to velmi individuální a spíše i pětkrát denně. „ R10 „Měníme individuálně jak je potřeba. I kdyby dostali pět plenek za den, tak je dostanou. Určitě se to u nás nevede, že měníme ráno v poledne a večer. Ale jinak se přebaluje vždycky každý klasicky ráno, v poledne a večer. A protože se tady snažíme dodržovat pitný režim, často měníme pomůcky i v noci, aby nebyli pacienti na tom promočeném.“ R11 „Jako je to všude, tak i tady měníme pomůcky vždy ráno v poledne a večer, to je takový standard u všech pacientů. Ale samozřejmě to nestačí a dále se výměna řídí individuálně u každého pacienta, podle toho jak silnou inkontinenci má. U plenek se řídíme podle indikátorů a vždy se snažíme, aby pacient byl v suchu a čistotě.*

Schéma 12: Sestra a inkontinenční pomůcky nemocnice p.o.

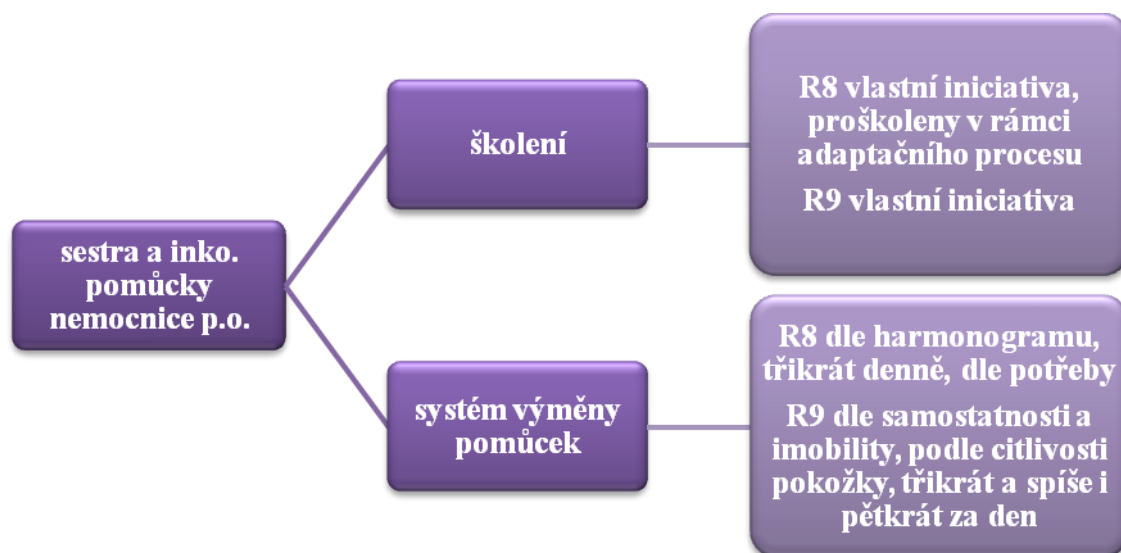
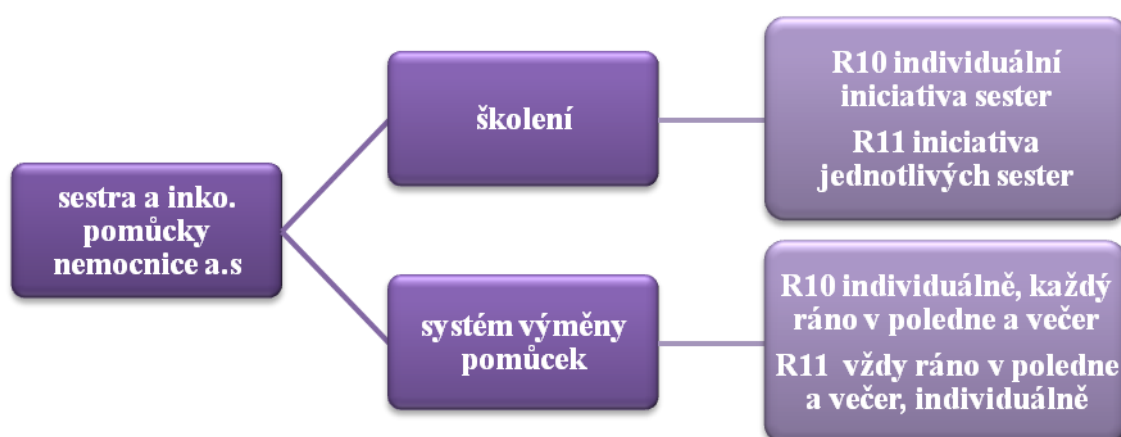


Schéma 13: Sestra a inkontinenční pomůcky nemocnice a.s.



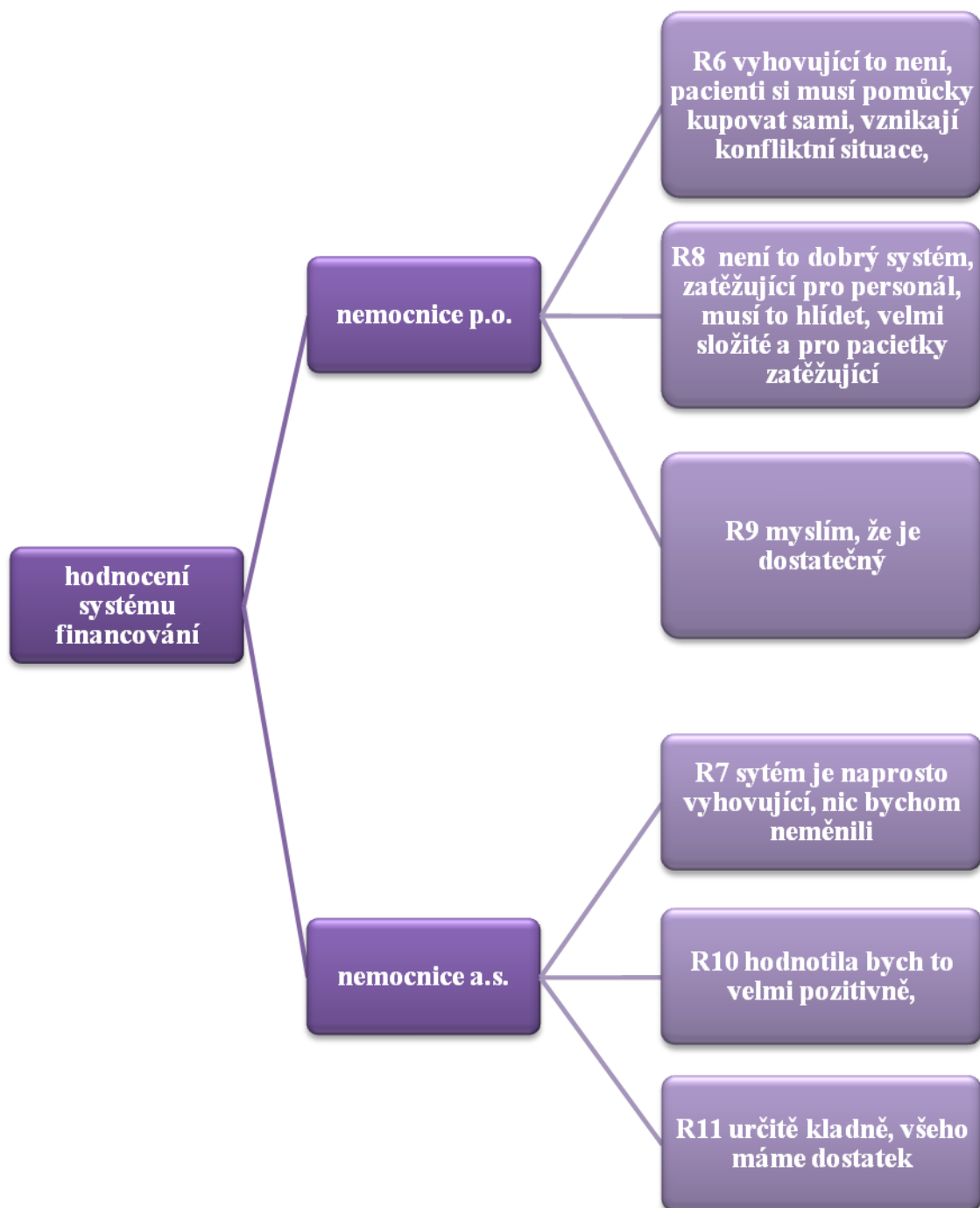
## **Kategorie 11: Hodnocení systému financování z pohledu vrchních a staničních sester**

V nemocnici p.o. na OGNP1,2, vyjma sociálních lůžek, hodnotí systém velmi negativně. Je zatěžující pro personál i pacienty a vznikají díky němu konfliktní situace. Oddělení paliativní péče je s tímto systémem spokojeno.

V nemocnici a.s. jsou se systémem financování inkontinenčních pomůcek velmi spokojeni. Všeho mají dostatek a nic by neměnili.

R6 *„No, to můžu jednoznačně říct, že vyhovující to není. Je problém, že si ti pacienti musí kupovat ty pomůcky sami. Je to problém, protože vznikají zbytečně konfliktní situace. Oni vědí, že na to mají nárok...“* R7 *„Systém je naprosto vyhovující a určitě bychom nic neměnili.“* R8 *„Mám pocit, že to není dobrý systém. Hlavně je to taky zatěžující i pro ten personál, že to musí hlídat. Stále se musí dělat nějaké čárky, počítat dluhy a potom to víceméně ještě vyznívá tak, že my se ostýcháme říct o to skutečné množství těch dlužících plen, tak spíš si jich vezmeme míň, aby z toho balíku pacienta moc neubylo. Je to velmi složité a pro pacienty finančně zatěžující. Rodiny se často diví, že teprve donesli balík a už tu zase skoro nic není a kolikrát z toho člověk cítí, že si rodina myslí, že si z toho bereme i pro ostatní pacienty. Tohle to bych viděla jako hodně negativní. Ještě máme pět sociálních lůžek, kde je to vyřešené tím způsobem, že jim pleny můžeme předepisovat na poukaz stejně, jako kdyby byli doma. Tak to je dobré.“* Stalo se Vám, že by se pacienti domáhali oprávněně nároku na inkontinenční pomůcky? *„Ano, zjišťovali si to na pojišťovně a už tu párkrát bylo, že jim řekli, že my jsme povinni řešit inkontinenci a pomůcky ale naše paní primářka je názoru toho, že to můžeme řešit dvěma způsoby. Buď tedy budou mít pleny, nebo budou mít katétr, takže zatím to řešíme takhle.“* R9 *„U nás si myslí, že je dostatečný. A myslím, že míň vznikají i nějaké defekty a dekubity na kůži.“* R10 *„Tady bych to hodnotila velmi pozitivně. Není problém absolutně s ničím a doufám, že to vydrží i do budoucna.“* R11 *„Za mě určitě kladně. Všeho máme dostatek a rozhodně se nemusíme v ničem omezovat.“*

Schéma 14: Hodnocení systému financování z pohledu vrchních a staničních sester



## 5 Diskuze

Diplomová práce je zaměřena na zmapování efektivity používání pomůcek pro inkontinentní nemocné v následné péči, kterou se rozumí péče v nemocničním, ale i domácím prostředí. Do výzkumného šetření proto byly zařazeny vrchní a staniční sestry dvou nemocnic pracující na odděleních následné péče a dále P/K, kteří využívají inkontinenční pomůcky v domácím prostředí.

Jako hlavní cíl bylo stanoveno zmapovat využívání inkontinenčních pomůcek v následné péči, dále jsme se zabývali financováním těchto pomůcek a dostupností jednotlivých inkontinenčních pomůcek v následné péči. K dosažení stanovených cílů bylo použito kvalitativní šetření, ve kterém jsme stanovili čtyři výzkumné otázky. K zodpovězení těchto otázek vedl polostrukturovaný rozhovor, který se u P/K a sester obsahově lišil. Výzkum byl nejdříve realizován u P/K využívajících preskripci inkontinenčních pomůcek hrazených z VZP. Následně byly provedeny rozhovory s vrchními a staničními sestrami na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. Z důvodu požadovaného zachování anonymity nebudeme zveřejňovat bližší název nemocnic. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány a analyzovány. Odpovědi na jednotlivé otázky byly seskupeny do kategorií, které jsme stručně popsali a pro lepší přehlednost jsme je znázornili do schémat.

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. P/K využívající inkontinenční pomůcky předepisované na poukaz zastupovalo pět respondentů. Krhut (2013) uvádí, že močová inkontinence se častěji vyskytuje u žen a její prevalence narůstá s věkem. Možná i z tohoto důvodu nám z oslovených respondentů poskytly rozhovor čtyři ženy ve věku od 63 do 73 let a jeden muž ve stáří 37 let. Druhou část výzkumného vzorku zastupovaly vrchní a staniční sestry pracující na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. V nemocnici p.o. se rozhovor uskutečnil s vrchní sestrou a dvěma staničními sestrami OGNP1, OGNP2 a Stanice paliativní péče. V nemocnici a.s. nám rozhovor poskytla vrchní sestra a dvě staniční sestry ONP2 A a ONP2 B.

*Výzkumná otázka č. 1. Jaké inkontinenční pomůcky jsou v následné péči nejčastěji využívány?* Když jsme si pokládali tuto otázku, zajímalo nás, zda se budou lišit pomůcky využívané inkontinentními P/K v domácím prostředí a na odděleních následné péče v nemocničních zařízeních.

S rozhovory jsme začínali u P/K, u kterých nás vzhledem k této otázce zajímalo, jaký typ a stupeň inkontinence se u nich vyskytuje. V metodice úhradového katalogu VZP – ZP (2014) se uvádí, že indikací pro předpis těchto pomůcek je inkontinence dělená do tří stupňů dle závažnosti postižení a tento stupeň musí být též uveden v dokumentaci pojištěnce. Předpokládali jsme tedy, že s ním respondenti budou srozuměni. Všech pět respondentů uvedlo, že trpí močovou inkontinencí, ovšem žádný nedokázal určit její typ. Fekální inkontinencí trpí R1, R2, R5. Stupeň močové inkontinence dokázali určit pouze R2 a R5, kteří věděli, že trpí třetím nejtěžším stupněm. Ostatní o tomto dělení nikdy neslyšeli.

Dále jsme se zajímali o druhy pomůcek využívané P/K. V teoretické části této práce je uvedena celá řada inkontinenčních pomůcek, které jsou v dnešní době na trhu k dispozici. V úhradovém katalogu VZP – ZP (2014) je sortiment pomůcek lehce redukován. Na poukaz je dle stupně inkontinence možné předepsat absorpční vložky, vložné pleny, fixační kalhotky, urinální kondomy, sběrné urinální sáčky, plenkové kalhotky, absorpční podložky a jednorázové močové katétry pro intermitentní katetrizaci. Dle odpovědí respondentů je však zcela jednoznačně nedostatečně využíván. R1, R3, R4 dostávají na poukaz natahovací kalhotky. R3 používá rovněž slipové vložky, které si už musí hradit sám. Plenkové lepicí kalhotky využívají R2 a R5 a pomůcky pro cévkování R5, které si rovněž musí hradit ze svých financí. Přitom Holmerová (2013) říká, že individualizace inkontinenčních pomůcek představuje hlavní atribut při péči o pacienta s inkontinencí a závisí na ní zlepšení kvality života a podpora soběstačnosti. Dále uvádí, že považuje za velmi přínosné správné a dostatečné proškolení pacientů i pečujících ve správném a adekvátním používání těchto pomůcek. Z dotazovaných respondentů byl poučen pouze R4 při pobytu v nemocnici. Ostatní si museli informace vyhledat, nebo v manipulaci postupovat podle svého uvážení. S tím též souvisí systém výměny pomůcek. Jak jsme se již dozvěděli, každý



z respondentů používá absorpční pomůcky. V metodice úhradového katalogu VZP – ZP (2014) stojí, že savé pomůcky by neměly být na těle P/K z hygienických důvodů přiloženy déle než osm hodin. Když P/K tohle nevědí, mohou postupovat stejně jako R3 a R4, kteří používají pouze jednu pomůcku na den a jednu na noc. Také R1 uvádí, že plenky pravidelně kontroluje, ale pokud je suchá, také ji nechává přiloženou déle než osm hodin. Pouze R2 a R5 vyměňují pomůcky minimálně vždy ráno v poledne a večer.

Druhá část rozhovorů vztahujících se k této otázce probíhala se sestrami na odděleních následné péče. I zde jsme se ptali, zda se typ pomůcky řídí dle stupně inkontinence. V nemocnici p.o. odpovídaly obě staniční sestry shodně. Na první stupeň inkontinence používají absorpční vložky, na druhý natahovací kalhotky a pro třetí stupeň jsou určeny plenkové lepicí kalhotky. Tento systém hodnotíme jako vyhovující a přehledný pro sestry pečující o inkontinentní P/K. V nemocnici a.s. se na žádném z oddělení neřídí dle stupně inkontinence a posuzují sami, která pomůcka bude pro P/K vhodná. Zde záleží především na dobré komunikaci a znalostech sester.

Mezi využívané pomůcky v nemocnici p.o. a a.s se řadí absorpční vložky, natahovací kalhotky, lepicí plenkové kalhotky a P/K jsou též poskytnuty jednorázové podložky a pomůcky pro hygienu. Z odpovědí je patrné, že používané pomůcky se v obou nemocnicích shodují. Snaží se využívat veškerý sortiment pomůcek, které mají k dispozici, ale vzhledem k vysokému počtu imobilních P/K jsou upřednostňovány pleny. Kladně bych hodnotila, že močové katétry jsou zaváděny pouze v odůvodněných případech. Pokud je to možné, upřednostňují se plenkové kalhotky. S tím souhlasí i Holmerová (2013), která uvádí, že užití permanentních močových katétrů bez medicínského zdůvodnění by mělo být považováno za pacienta poškozující výkon.

K tomu aby mohly být inkontinenční pomůcky správně a adekvátně používány, je na místě zaškolení pečujících osob, v našem případě sester (Holmerová, 2013). V nemocnici p.o. i a.s. je školení v péči o inkontinentního P/K především na vlastní iniciativě sester. R10 z ONP2 A nemocnice a.s. dokonce uvádí, že na oddělení pracuje již deset let a podobné školení za tu dobu proběhlo pouze jednou. Myslíme si, že zejména pro nově nastupující sestry, by bylo vhodné začlenit toto školení

do adaptačního procesu. V roce 2013 proběhl již patnáctý ročník vzdělávacích certifikovaných seminářů, ve kterých mohly nové sestry čerpat podrobné informace o nových produktech pro inkontinentní i o optimalizaci výběru a použití konkrétní pomůcky pro daného P/K s daným onemocněním (Kasalická, 2013). Dle školení by se měl následně řídit systém výměny pomůcek. V nemocnici p.o. i a.s. se inkontinenční pomůcky mění dle potřeby a dále vždy ráno, v poledne a večer. R10 z ONP2 A nemocnice a.s. uvádí, že výměna probíhá i v noci vzhledem k dodržování pitného režimu P/K. Výborný systém funguje na Stanici paliativní péče nemocnice p.o., kde se navíc řídí dle samostatnosti, imobility a citlivosti pokožky P/K. Můžeme tedy říci, že pomůcky jsou měněny dostatečně a nejsou přiloženy na těle pacienta déle než osm hodin, na což upozorňuje metodika úhradového katalogu VZP – ZP (2014).

Ze získaných dat a jejich následné analýzy vyplývá, že nejčastěji využívané pomůcky jsou natahovací a lepicí plenkové kalhotky. U všech inkontinentních P/K v domácím prostředí jsou lékařem předepisovány buď natahovací, nebo lepicí plenkové kalhotky, aniž by, dle našeho názoru, trpěli inkontinencí třetího stupně. Souhlasíme s Holmerovou (2013), která říká, že neadekvátní používání pomůcek pro inkontinenci je v rozporu se snahou o zachování maximální možné kontinence. Ovšem musíme brát v potaz také fakt, že určit stupeň inkontinence není jednoduché. Na to pamatuje Uhrová (2013), která říká, že posuzování stupně inkontinence dle kvantifikace úniku moči je problém. Doporučují se „vložkové testy“, které lze jen obtížně realizovat a hodnotit a mohou být lehce ovlivnitelné P/K, což výrazně snižuje jejich validitu. V nemocnici p.o. i a.s. jsou plenkové kalhotky preferovány z důvodu vysokého počtu inkontinentních imobilních pacientů.

*Výzkumná otázka č. 2 Je poskytované množství inkontinenčních pomůcek v následné péči dostačující?* Tato otázka se týkala inkontinentních P/K využívajících preskripci pomůcek na poukaz.

Krhut (2013) mě zaujal svým vyjádřením, že v současné době mají P/K k dispozici relativně dost informací o inkontinenci prostřednictvím televize, rozhlasu, internetu, či známých, ale přesto si přejí být informováni lépe a to ošetřujícím lékařem, u kterého

oceňují kvalitní erudovanost a individuální přístup. Bohužel, z námi dotazovaných respondentů byl před sedmi lety o možnosti využívat inkontinenční pomůcky hrazené z VZP informován ošetřujícím lékařem pouze R1. Praktický lékař ihned předepsal též pomůcky R2 a R5, u kterých ale byla preskripce jednoznačná díky třetímu stupni inkontinence na základě tělesného postižení. Ti využívají preskripce již přes třicet let. U zbylých respondentů využívajících pomůcky jeden rok museli informace vyhledávat rodinní příslušníci na internetu, kde zjistili, že tato možnost existuje a následně ji konzultovali s ošetřujícím lékařem. Z těchto výsledků usuzujeme, že praktičtí lékaři v dnešní době přenechávají informovanost o této problematice na masmédiích. Tato možnost je reálná za předpokladu funkční rodiny. Málokterý senior by byl schopen informace z internetu získat a porozumět jim.

Pro zodpovězení výzkumné otázky nás dále zajímalo, zda je množství předepisovaných inkontinenčních pomůcek dostačující. Kladná odpověď zazněla pouze z úst R1, což je pochopitelné, protože udává průměrnou spotřebu jedny natahovací kalhotky za dva dny. Kupuje si pouze hygienické pomůcky a jednorázové podložky. Pro ostatní respondenty je množství nedostačující a pomůcky si musí dokupovat i přes to, že Horecký (2013) vidí úroveň a vyspělost každé moderní společnosti v schopnosti a ochotě postarat se o své nejslabší občany, kterými jsou právě senioři či osoby se zdravotním postižením.

Pomůcky pro inkontinentní pacienty nejsou právě levnou záležitostí. R8 z nemocnice p.o. uvádí, že minimální cena za balení natahovacích či lepicích plenkových kalhotek, záleží na druhu, velikosti a množství, je přes 300Kč, a proto nás zajímalo množství pomůcek, které si musí P/K měsíčně dokoupit. R2 využívá lepicí plenkové kalhotky a měsíčně si dokupuje jedno balení po 24 kusech. R3 potřebuje navíc dvě balení natahovacích kalhotek po 12 kusech a R4 udává, že si sám hradí jedno až dvě balení natahovacích kalhotek po 12 kusech. Z výsledků je tedy patrné, že tito respondenti dokupují měsíčně 24 kusů absorpčních pomůcek a hradí za ně cca 600 Kč. Jiná situace nastává u R5, kde je spotřeba vyšší a respondent si musí hradit čtyři balení po 14 kusech měsíčně. Zde už jsou náklady cca 1200 Kč měsíčně a dále respondent uvádí, že si navíc hradí ještě pomůcky k intermitentní katetrizaci. Zde se potvrzují slova

Topinkové (2006) a Romžové (2011), že ekonomická stránka je nedílnou součástí problematiky inkontinence a může se stát překážkou kvalitní péče. Náklady na běžný život a provoz domácnosti se stále zvyšují a k tomu musí P/K vynakládat finance na zvýšenou hygienickou péči, častou výměnu spodního prádla a v neposlední řadě nákup inkontinenčních pomůcek. Je to celospolečenský problém.

Výsledky získané z analýzy dat ukazují, že předepisované množství absorpčních pomůcek je nedostatečné. Respondenti musí vzhledem k nízkým příjmům seniorů vynakládat nemalé částky na inkontinenční pomůcky, které jsou pro ně nezbytné. Otázkou zůstává, zda by množství pomůcek předepisovaných praktickým lékařem nemohlo být vyšší. Odpověď se dozvíme v následující části diskuze.

*Výzkumná otázka č. 3 Jak funguje systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči? Zde jsme objasňovali systém financování inkontinenčních pomůcek formou preskripce na poukaz u P/K v domácím prostředí a financování pomůcek v nemocničních zařízeních.*

Výzkumnou otázku si opět nejprve zodpovíme u inkontinentních P/K v domácím prostředí, kde jsme se v první řadě zajímali o to, jakým způsobem jim byla pomůcka určena. Všem dotazovaným předepisuje pomůcky praktický lékař, což je v souladu s metodikou úhradového katalogu VZP – ZP (2014), kde se dále uvádí, že zdravotnické prostředky pro inkontinentní pojištěnce může též předepisovat urolog, gynekolog, neurolog či geriatr. U všech respondentů určil praktický lékař pomůcku na základě anamnestických údajů. U R3 dokonce sděloval lékaři anamnézu syn bez přítomnosti respondentky. Bohužel, jak jsme uváděli výše, stupeň inkontinence byl znám pouze R2 a R5. Určit vhodnou pomůcku pro konkrétního P/K je obtížné a souhlasí s tím i Uhrová (2013), místopředsedkyně SPL ČR, který se pokouší o vytvoření racionálnějších kritérií, zahrnujících též reálnou schopnost a možnost P/K si únik moči uvědomit a ovlivnit. Kritéria by měla upřesnit základní definici stupňů a zohlednit též frekvenci a objem úniku moči, od kterého se odvíjí určitý druh, množství a doba použití pomůcky.

Dle metodiky úhradového katalogu VZP – ZP (2014) je možné inkontinenční pomůcky předepsat nejvýše na dobu 3 měsíců. Tuto možnost využívá pouze R1.

Preskripční období dva měsíce uvedli R3 a R5 a jednou měsíčně lékař předepisuje pomůcky R2 a R4. Z odpovědí respondentů lze lehce spočítat, jaké množství pomůcek mají k dispozici na jeden měsíc, což nám pomohlo k porovnání s maximálním množstvím pomůcek na měsíc uvedeným v metodice úhradového katalogu VZP – ZP (2014). Všem respondentům jsou předepisovány absorpční kalhotky, které jsou poskytovány pojištěncům se třetím stupněm závažnosti postižení, a hrazeno je maximálně 150 kusů měsíčně do celkové výše 1700 Kč. Přišlo nám tedy velmi udivující, že všem z respondentů je předepisováno tak malé množství těchto absorpčních pomůcek. R1 má k dispozici 24 kusů plen na měsíc, ale jako jediný udává, že mu počet stačí. R2 využívá měsíčně 48 kusů (dvě balení) lepicích plenkových kalhotek hrazených z VZP a 24 kusů si musí dokoupit. Z odpovědi R3 je patrné, že nemá k dispozici ani jedno celé balení po 12 kusech na měsíc a přitom si musí jedno celé balení po 12 kusech kupovat. R4 lékař předepisuje 24 kusů plen (dvě balení) měsíčně a stejné množství si musí respondent dokoupit. Adekvátní množství pomůcek je předepisováno R5. Celkem má z pojištění hrazeno 70 kusů plen (pět balení), ale i přesto si musí čtyři balení po 14 kusech dokoupit. Pokud budeme brát v potaz cenu za balení plen 300 Kč, maximální úhradě 1700 Kč měsíčně se přiblíží pouze R5. Ostatní respondenti se pohybují hluboko pod touto hranicí. Pokud jde o maximální množství 150 kusů za měsíc, nepřiblížil se mu z daleka žádný z respondentů.

Velmi nás zajímalo, jak budou respondenti tento systém financování hodnotit. R1 je pochopitelně spokojený, ovšem vzhledem k již zmíněným výsledkům nás udivilo, že R3 a R4 hodnotí tento systém také kladně. Jsou rádi za to co je a myslí si, že je to tak v pořádku. Důvodem bude pravděpodobně nízká informovanost o této problematice a možná také pasivní přístup vzhledem k jejich věku. Negativně hodnotili systém R2 a R5, kdy přiznali, že množství je nedostatečné a pomůcky si musí dokupovat. Praktický lékař R2 dokonce odmítá předepisovat kombinaci lepicích plen různých savostí, přitom v metodice číselníku VZP - ZP (2014) nejsou kombinace uvnitř skupiny zakázané. Omezení platí pouze v kombinaci pomůcek mezi jednotlivými skupinami. R5 vidí také jako negativní hrazení pomůcek k ošetřování pokožky.

Touto výzkumnou otázkou jsme se zabývali také na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a a.s. Rozhovory v nemocnici p.o. nás velmi zaskočily. Inkontinenční pomůcky jsou zde financovány třemi způsoby. Na OGNP1a OGNP2 si musí P/K hradit a obstarávat absorpční pomůcky sami. Nemocnice jim poskytne pouze jednorázové podložky a hygienické pomůcky. Důvod je takový, tvrdí R6, že nízký limit na materiál nestačí na zařazení absorpčních pomůcek. Systém je takto nastaven primářkou oddělení, která vidí jako jediná řešení této situace hrazení absorpčních pomůcek samotnými P/K, nebo používání permanentních močových katétrů. Přitom dle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (2014) je ze zdravotního pojištění hrazená zdravotní péče poskytnutá pojištěnci za účelem zlepšit či zachovat zdravotní stav, nebo zmírnit utrpení. Mezi hrazené služby patří rovněž ošetrovatelská péče a poskytování zdravotnických prostředků, mezi které patří též pomůcky pro inkontinentní. To, že nemocnice poskytne P/K ze zdravotního pojištění permanentní močový katétr místo absorpční pomůcky, není dle našeho názoru adekvátní péče. Tito P/K nemohou využít ani preskripce pomůcek lékařem na poukaz, neboť v metodice číselníku VZP – ZP (2014) stojí, že hospitalizovaným pojištěncům pojišťovna tyto pomůcky nehradí. Součástí OGNP1 a OGNP2 v nemocnici p.o. je vyčleněných celkem pět sociálních lůžek, která P/K umožňují preskripci pomůcek lékařem na poukaz stejně jako v domácím prostředí. Na Stanici paliativní péče hradí P/K za den poplatek 250 Kč prostřednictvím kterého jsou jim hrazeny inkontinenční pomůcky.

V nemocnici a.s. jsou na ONP2 A i ONP2 B veškeré pomůcky pro inkontinentní nemocné financované nemocnicí dle Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (2014). Díky tomu jsme se zde setkali s velmi kladným hodnocením systému financování. Všichni respondenti nemocnice a.s. vidí financování inkontinenčních pomůcek pozitivně. R11 to hezky shrnul větou: „*Všeho máme dostatek a rozhodně se nemusíme v ničem omezovat.*“

V nemocnici p.o. jsme si z pochopitelných důvodů vyslechli poněkud negativní hodnocení od vedoucích pracovníků OGNP1 a OGNP2. Systém zde je nevyhovující. V první řadě zatěžuje P/K po finanční stránce. Je přítěží i pro sestry, které musí

sepisovat dluhy, pokud pacientům pomůcky půjčí, a následně si brát pomůcky zpět, z čehož vyplývají konflikty s rodinami P/K, které si myslí, že sestry používají pleny i pro ostatní P/K. R9 ze Stanice paliativní péče hodnotí systém jako dostatečný.

*Výzkumná otázka č. 4 Jsou jednotlivé inkontinenční pomůcky v následné péči dostupné v dostatečné míře?* Tato výzkumná otázka směřovala svým obsahem k vedoucím pracovníkům v nemocnici p.o. a nemocnici a.s.

Dostatečné množství pomůcek záleží zejména na existenci limitů. Na OGNP1 a OGNP2 v nemocnici p.o. mají stanovený finanční limit na materiál, který se jim daří dodržovat. Pokud si to skladba pacientů vyžaduje, není problém skladbu pomůcek upravit a limit překročit, jak jsme se dozvěděli od R6. Domníváme se ovšem, že dodržovat finanční limit, ve kterém nejsou zahrnuty absorpční pomůcky, není na tomto typu oddělení ničím chvályhodným. Stanice paliativní péče nemocnice p.o. má svůj vlastní limit na materiál, o kterém se R6 blíže nezmiňoval. Vzhledem k faktu, že si P/K musí absorpční pomůcky sami obstarávat a hradit, objednávají se v nemocnici p.o. jednou týdně pouze hygienické pomůcky a jednorázové absorpční podložky. Myslíme si, že tento časový interval objednávání je optimální vzhledem k možné změně skladby pacientů.

V nemocnici a.s. je na ONP2 A a ONP2 B celkový limit na chod oddělení, který se ale rozhodně netýká inkontinenčních pomůcek. Jak udává R6, pomůcky je možné objednat v libovolném množství dle aktuální potřeby. Na výběr je zde široký sortiment pomůcek, které jsou obsaženy v pozitivním listu a na základě požadavků ONP2 A a ONP2 B, jak popisuje R7, se objednává vždy na měsíc pro každého pacienta pomůcka, kterou potřebuje. Tento systém je z hlediska sortimentu a množství pomůcek velkorysý. Je zde také možná individualizace pomůcek, které P/K vyhovují, zlepšují kvalitu života a podporují jejich soběstačnost, což je hlavní atribut při péči o inkontinentní nemocné, jak uvádí Holmerová (2013). Příliš dlouhý se nám zdá pouze měsíční interval objednávek. I zde se může skladba pacientů změnit a přítomnost velkého množství pomůcek na oddělení může vést k neadekvátnímu využívání či plýtvání.

Je zde jasně vidět jak rozdílná péče může být ve dvou paralelních zařízeních. Pokud v nemocnici p.o. kde je absolutní nedostatek absorpčních pomůcek, nedodá tyto pomůcky rodina, nastává složitý systém kompenzace ze strany oddělení, která musí být později opět vyrovnána. Pouze Stanice paliativní péče je v tomto ohledu bez problému a nedostatkem pomůcek netrpí. Pokud bychom ovšem byli inkontinentními pacienty nemocnice a.s. na odděleních ONP2 A a ONP2 B, budou nám poskytnuty absorpční i hygienické pomůcky dle individuální potřeby a v dostatečné míře.



## 6 Závěr

Tato diplomová práce měla za úkol zmapovat efektivitu používání pomůcek pro inkontinentní nemocné v následné péči. Pro účely práce byly stanoveny tři cíle a k nim se vztahující čtyři výzkumné otázky.

Prvním cílem bylo zmapovat využívání inkontinenčních pomůcek v následné péči. Druhý cíl se zabýval financováním inkontinenčních pomůcek v následné péči a třetí cíl se zaměřoval na dostupnost jednotlivých inkontinenčních pomůcek v následné péči. V návaznosti na tyto cíle byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaké inkontinenční pomůcky jsou v následné péči nejčastěji využívány? Výzkumná otázka 2: Je poskytované množství inkontinenčních pomůcek v následné péči dostačující? Výzkumná otázka 3: Jak funguje systém financování inkontinenčních pomůcek v následné péči? Výzkumná otázka 4: Jsou jednotlivé inkontinenční pomůcky v následné péči dostupné v dostatečné míře?

Data byla získána kvalitativním šetřením technikou polostrukturovaného rozhovoru, který se u P/K a sester obsahově lišil. Výzkum byl nejdříve realizován u P/K využívajících preskripci inkontinenčních pomůcek lékařem na poukaz. Následně byly provedeny rozhovory s vrchními a staničními sestrami na odděleních následné péče v nemocnici p.o. a nemocnici a.s. Z důvodu požadovaného zachování anonymity nebudeme zveřejňovat bližší název nemocnic. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány a analyzovány. Odpovědi na jednotlivé otázky byly seskupeny do kategorií, které jsme stručně popsali a pro lepší přehlednost jsme je znázornili do schémat.

Z výsledků kvalitativního šetření vyplynulo, že u obou skupin respondentů jsou z celého sortimentu pomůcek převážně využívány pouze natahovací či plenkové lepicí kalhotky. U inkontinentních P/K v domácím prostředí jsou důvodem praktičtí lékaři, kteří na základě anamnestických údajů předepisují pouze pomůcky pro nejzávažnější stupeň inkontinence. Na odděleních následné péče je tato situace dána velkým počtem imobilních plně inkontinentních P/K. Výsledky ukazují, že předepisované množství absorpčním pomůcek praktickými lékaři je nedostatečné. Zdaleka nedosahuje

množstevních limitů stanovených v dokumentech VZP. Respondenti tak musí vzhledem k nízkým příjmům seniorů vynakládat nemalé částky na inkontinenční pomůcky, které jsou pro ně nezbytné. V nemocnici p.o. je absolutní nedostatek absorpčních pomůcek. Inkontinenční pomůcky jsou zde financovány třemi způsoby. Na Oddělení geriatric a následné péče 1 a 2 si musí P/K hradit a obstarávat absorpční pomůcky sami. Nemocnice jim poskytne pouze jednorázové podložky a hygienické pomůcky. Důvodem je nízký limit na materiál. Respondenti tento systém financování hodnotí negativně. Zatěžuje P/K i sestry. Pokud P/K absorpční pomůcky nemá, musí pomůcky půjčovat, sepisovat dluhy a následně si brát pomůcky zpět. Často díky tomu vznikají konfliktní situace ze strany rodin. Na těchto odděleních je vyhrazeno pět sociálních lůžek, které P/K umožňují preskripci pomůcek lékařem na poukaz stejně jako nemocným v domácím prostředí. Na Stanici paliativní péče si P/K hradí měsíční poplatek, prostřednictvím kterého jsou jim hrazeny i inkontinenční pomůcky. V nemocnici a.s. na Odděleních následné péče 2 stanice A, B jsou pomůcky plně hrazeny prostřednictvím nemocnice. Disponují zde dostatečným sortimentem i množstvím absorpčních i hygienických pomůcek, díky kterému je možná jejich individualizace.

Výsledky této práce jasně ukazují jak důležitá je role sestry v nemocniční i v domácí péči a plynou z ní následující doporučení pro praxi.

Sestry, které nastupují na oddělení s častým výskytem inkontinentních pacientů, by měly v rámci adaptačního procesu povinně projít školením o používání inkontinenčních pomůcek. Předávání informací od zkušenějších sester je chvályhodné, ovšem vývoj pomůcek si žádá aktuální informace, které tyto sestry poskytnout nemohou. I u dlouholetých sester by se tedy účast na těchto seminářích měla evidovat a obnovovat alespoň jednou za dva roky. V případě nové pomůcky by nemělo být klíčovým úkolem dealera představit ji vedení daného zařízení, ale především sestrám, které budou s danou pomůckou každodenně manipulovat. Pro jednotnost informací by bylo vhodné pořádat školení pravidelně v rámci daného nemocničního zařízení. Proškolená sestra by měla být schopna určit vhodnou pomůcku pro konkrétního P/K

a vědět, jak ji správně použít. Tyto schopnosti jsou předpokladem pro kvalitní ošetrovatelskou péči a snížení nákladů.

Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů či agenturách domácí péče, by na sebe měly převzít roli informátora a následně edukátora. Pokud tak neučiní lékař, ony samy by měly P/K nabídnout možnost využívání preskripce pomůcek na poukaz. Nemocní v domácí péči jsou především starší osoby, které nejsou schopny si informace dohledat. Sestra je díky přehledným dokumentům VZP může informovat o jednotlivých druzích pomůcek, množstevních i finančních limitech či povolených vzájemných kombinacích. Po určení konkrétní pomůcky lékařem by si měla vymezit čas pro P/K či rodinu a za pomoci vzorků a příslušných brožur je seznámit s používáním dané pomůcky a poučit je v oblasti péče o pokožku. Sestra navštěvující P/K v domácím prostředí pak může manipulaci s pomůckou názorně předvést a předejít tak obavám nemocných z nevhodného používání.

## 7 Seznam použité literatury

ABRAMS, P. et al. 2009. *Inkontinence: 4th International Consultation on Incontinence, Paris, July 5-8, 2008*. 4th ed. Paris: Health Publication, ISBN 0-9546956-8-2.

BAUMOVÁ, I. Intermitentní katetrizace jako součást léčby dysfunkcí močového měchýře. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 10, s. 68-70. ISSN 1210-0404.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Močová inkontinence-medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 56-58. ISSN 1210-0404.

DYLEVSKÝ, I. 2006. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7254-886-7.

EHLMAN, K. et al. Nursing home staff members' attitudes and knowledge about urinary incontinence: The impact of technology and training. *Urologic Nursing*. 2012, vol. 32, n. 4, p. 205-213. ISSN 1749-771X.

FIALA, P. et al. 2009. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1491-5.

GRAY, M. et al. Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*. 2012, vol. 39, n. 1, p. 61-74. ISSN 1528-3976.

HEHLMANN, A. 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktické příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.

HEJZLAROVÁ, L. 2009. *ČAS Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči. Pracovní postup*. 1.vyd. Ambit media. ISBN 80-2547-727-4.

HIBLBAUER, J. 2013. *Praktická urologie v kazuistikách. Inkontinence moči*. 1. vyd. Praha: Axonite. ISBN 978-80-904899-4-3.

HODA, R. M. et al. Early results of a European multicentre experience with a new self-anchoring adjustable transobturator system for treatment of stress urinary incontinence in men. *BJU International*. 2013, vol. 111, n. 2, p. 296 – 303. ISSN 1464-410X.

HOLMEROVÁ, I. *Inkontinence v ČR 2013. Dlouhodobá péče o stárnoucí společnost*. [online] 2013 [2013-11-25]. Dostupné z: [http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura\\_CZ\\_FINAL-2013.pdf](http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura_CZ_FINAL-2013.pdf)

HORČIČKA, L. Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 2, s. 79-80. ISSN 1213-1768.

HORČIČKA, L. et al. 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-58-9.

HORČIČKA, L. Inkontinenční – absorpční prostředky. *Interní medicína pro praxi*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 31-33. ISSN 1803-5256.

HORECKÝ, J. *Inkontinence v ČR 2013. Inkontinence v oblasti sociálních služeb*. [online] 2013 [2013-11-25]. Dostupné z: [http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura\\_CZ\\_FINAL-2013.pdf](http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura_CZ_FINAL-2013.pdf)

HUDÁKOVÁ, Z. a M. NOVYSEDLÁKOVÁ. Stresová inkontinence moči jako ošetrovatelský problém. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 55-57. ISSN 1210-0404.

CHAU, V. R. et al. Male sling procedures for stress urinary incontinence. *Urologic Nursing*. 2012, vol. 33, n. 1, p. 14-19. Doi 10.7257/1053-816X.2013.33.1.9.

IVANOVÁ, I. a I. ONDRIOVÁ. Inkontinence moči ve stáří. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 54-55. ISSN 1210-0404.

JUNIORA, K. L. R. et al. Influence of sphincter defect on biofeedback outcomes in patients with fecal incontinence. *Journal of coloproctology*. 2014, vol. 34, n. 2, p. 67-72. ISSN 2237-9363.

KAHLON, B. et al. Quality of life and patient satisfaction after artificial urinary sphincter. *Canadian Urological Association Journal*. 2011, vol. 5, n. 4, p. 268-272. Doi 10.5489/cuaj.09137.

KASALICKÁ, E. *Inkontinence v ČR 2013. Vzdělávání praktických lékařů pro dospělé a sester*. [online] 2013 [2014-7-25]. Dostupné z: [http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura\\_CZ\\_FINAL.pdf](http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura_CZ_FINAL.pdf)

KITTNAR, O. a M. MLČEK. 2009. *Atlas fyziologických regulací*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2722-6.

KOBILKOVÁ, J. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (Karolinum).

KONYVKOVÁ, A. Inkontinence v praxi v domově se zvláštním režimem. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 56. ISSN 1210-0404.

KRHUT, J. *Inkontinence v ČR 2013. Inkontinence a rizikové faktory.* [online] 2013 [2014-7-25]. Dostupné z: [http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura\\_CZ\\_FINAL.pdf](http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura_CZ_FINAL.pdf)

KŘÍŽOVÁ, S. Inkontinence by neměla být tabu. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 3, s. 42. ISSN 1210-0404.

MARTAN, A. et al. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba.* 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-094-1.

MARTINICKÝ, D. Nejčastější problém – inkontinence a hrozba dekubitů. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 50. ISSN 1210-0404.

NATIONAL ASSOCIATION FOR CONTINENCE. *Management & Treatment Options for ABL.* [online] 2014 [2014-5-20]. Dostupné z: <http://www.nafc.org/bowel-health/management-treatment-options-for-bowel-control-problems/>

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. 2006. *Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women.* London: RCOG Press. ISBN 1-904752-32-2.

NEWMAN, K. et al. Review of Intermittent Catheterization and Current Best Practices. *Urologic Nursing*. 2011, vol. 31, n. 1, p. 12-48. ISSN 1749-771X.

PROKEŠOVÁ, J. a J. DOLINA. Anorektální dysfunkce. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 5, s. 218-220. ISSN 1212-7299.

PŘIBYLOVÁ, R. Inkontinence se týká žen i mužů. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 3, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

ROMŽOVÁ, M. et al. Inkontinence moči ve stáří. *Via practica*. 2011, roč. 8, č. 4, s. 182-185. ISSN 1336-4790.

SCHULER M. a P. OSTER. 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

SOCHOROVÁ, N. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 1, s 50-52. ISSN 1214-8687.

ŠENKÝŘOVÁ, P. Inkontinentní pacient v domácí péči. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 64-66. ISSN 1210-0404.

TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, E. Kvalita života u inkontinentních seniorů. *Sestra. Mimořádná příloha*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 14. ISSN 1210-0404.

TORNIAINEN, S. *Inkontinence v ČR 2013. Sociální služby z evropského pohledu. Kvalita a efektivita péče o inkontinentní klienty patří k prioritám.* [online] 2013 [2013-11-25]. Dostupné z: [http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura\\_CZ\\_FINAL-2013.pdf](http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/01/Brozura_CZ_FINAL-2013.pdf)

TURJAKOVÁ, E. Zdravotnické prostředky při inkontinenci. *Edukafarm FarmiNews*. 2011, roč. 8, č. 3, s. 18-19. ISSN 1214-5017.

UHROVÁ, J. *Inkontinence v ČR 2013. Inkontinence z pohledu praktických lékařů.* [online] 2013 [2014-7-25]. Dostupné z: [http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura\\_CZ\\_FINAL.pdf](http://www.incoforum.cz/wp-content/uploads/2013/07/Brozura_CZ_FINAL.pdf)



VILHELMOVÁ, L. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 97-99. ISSN 1213-1768.

VYBÍHALOVÁ, L. Nemocný s močovou inkontinencí. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

VZP ČR. Číselník VZP – ZP: Metodika. Verze 966. [online] 2014 [2014-5-25]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>

WEBER, P. Inkontinence stolice ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2005, č. 4, s. 143-146. ISSN 1214-8687.

## **8 Přílohy**

Příloha 1 Rozhovory s respondenty

## **Příloha 1**

### Přepis rozhovorů s inkontinentními nemocnými v domácí péči

#### **Respondent 1**

První respondentkou byla žena ve věku 71 let. Inkontinencí trpí již 7 let od doby, kdy prodělala operaci páteře, která byla příčinou zhoršení pohyblivosti. S postupem času se u ní také vyskytla depresivní porucha, která bránila poskytnutí informací, proto jsem rozhovor prováděla se snachou, která o respondentku pečuje.

#### **Jaký typ a stupeň inkontinence se u Vás vyskytuje?**

No, ona má tu močovou inkontinenci. **A stolice?** No, došla by si, ale kdyby chtěla. Díky tomu, že má ty psychické problémy a léčí se na psychiatrii, se těžko přesvědčí, aby už šla, a pořád to oddaluje a oddaluje, myslí si, že to stihne, ale nestihne, takže samozřejmě někdy jde do plíny i stolice. **A o jaký stupeň inkontinence se jedná?** To mi nikdo nikdy neřekl. Ani v babiččiných papírech to není napsané.

#### **Jak jste se dozvěděla o možnosti využívat pomůcky hrazené pojišťovnou?**

Prvně jsme používaly klasické vložky, ale když se mi babička začala pomočovat přes noc, řekla jsem to obvodnímu a ten mi předepsal ty plenky pro inkontinentní.

#### **Jak dlouho používáte inkontinenční pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění?**

No, první tři měsíce jsem používala ty normální vložky a pak jsme hned přešly na plenky, takže bezmála 7 let.

#### **Je množství pomůcek hrazených pojišťovnou dostačující?**

Určitě mi pomůcky stačí.

#### **Musíte si některé pomůcky hradit sama nebo Vám zbývají do dalšího období?**

Spíš si kupuji ty na tu hygienu. Ty žínky na jedno použití si kupuji v lékárně sama, ani nevím, jestli by to pojištěna zaplatila. Potom ten sprej, aby ta hygiena byla taková

lepší. A když mi ty pomůcky dojdou, teprve si nechám předepsat další, takže mi vlastně nezbývají.

### **Jakým způsobem Vám lékař určil inkontinenční pomůcky?**

Na základě toho, jak jsem mu to řekla. Tam to spíš bylo tak, že v počátku to ani nebylo tak přímo na tu inkontinenci. Přes den jsem používala jenom obyčejnou menstruační vložku, než jsme došly na TENA vložku. Spíš to bylo kvůli tomu, že se mi babička začala pomočovat přes noc. Sama se nevzbudila, nebo nedokázala vstát z postele, kvůli těm zádům, tak jsem to říkala doktorovi a na základě toho mi to napsal, no a vlastně postupem času bych řekla, že ta inkontinence se svým způsobem vyvinula.

### **Jaké inkontinenční pomůcky používáte?**

Prvně jsme měly úplně ty obyčejné klasické ženské menstruační vložky. **A vložky pro inkontinentní?** Já si myslím, že tyhle ty jsme vůbec neměly. Z menstruačních vložek jsme rovnou přecházely na ty vázací kalhotky. A teď používáme ty nastrkovací kalhotky, co si sama i natáhne.

### **Na jak dlouho Vám lékař pomůcky předepisuje?**

Většinou to zaleží na té spotřebě. Ty tři balíky po 24 plenkách mi píše tak na ty dva nebo tři měsíce. Vždycky mi napíše tři balíky a podle toho jak to spotřebujeme, já nevím, někdy se pomoci babička dvakrát za den a musím jí dát čistou plenku a z toho ji má dva dny nebo tři dny a nemusí se to vůbec převlékat, protože používáme i ty vlhčené ubrousky, takže se nemusí tolik převlékat. Ale vychází to tak jednou za ty tři měsíce.

### **Byla jste poučena o používání a manipulaci s těmito pomůckami?**

Na všechno jsem v průběhu času musela přijít sama.

### **Máte nějaký systém ve výměně pomůcek? Jaká je Vaše denní spotřeba?**

To jsem si vyhledávala na internetu sama, anebo když jsem byla v těch zdravotnických pomůckách, tak jsem dostala k tomu letáček, takže přibližně člověk má trošku představu. Bylo to spíš o tom, že jsem si to chtěla sama zjistit. **Takže je měníte**

**dle potřeby?** Ano, kontroluju ji a někdy si řekne sama, ale na to se nemůžu spoléhat. Chodím se dívat tak každé tři hodiny, ale mnohdy i častěji a pokaždé si jí ptám. **A denní spotřeba plen?** To se na denní nedá brát. Říkám, někdy to jsou dvě za den a někdy má jednu na dva dny, takže já bych to řekla tak v průměru, podle toho kolik je těch plen v balení, plenku na dva dny.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Ty plenky jsou hrozně drahé a oni mi je platí, takže pro mě je výhodné, když ty pleny zaplatí a ty maličkosti si já k tomu dokoupím, to už mě tolik netrápí. To je pár korun. Takže já bych řekla, že je to takhle dobrý. Pro nás je to hrazené dostatečně.

### **Respondent 2**

Druhou respondentkou byla žena ve věku 63 let. Po pádu ze stromu před třiceti lety u ní došlo k porušení míchy a přetrvává paraplegie dolních končetin společně s inkontinencí.

### **Jaký typ a stupeň inkontinence se u Vás vyskytuje?**

Moč i stolice mi jde do plen a mám ten nejtěžší stupeň, říkala obvodní.

### **Jak jste se dozvěděla o možnosti využívat pomůcky hrazené pojišťovnou?**

To tak nějak vyplynulo. Ty pomůcky jsem od začátku potřebovala, tak mi je obvodní napsal.

### **Jak dlouho používáte inkontinenční pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění?**

No, už těch 30 let. Ale dřív to bylo úplně jinak. Měla jsem prvně jenom ty klasické vložky, jako při menstruaci a pak sem si musela taky balit buničinu s igelitem, ale to už je hodně dávno. A teď už mám dlouho ty plenkové kalhotky.

### **Je množství pomůcek hrazených pojišťovnou dostačující?**

No, něco si dokupuju. Teďka už se jí to začíná nelíbit. Teď už mi dala jenom dva balíky, jinak se dávají tři balíky na měsíc, anebo sedm balíků na dva měsíce, ale ona mi

dala jenom dva, protože se prý musí šetřit nebo co, tak si musím dokoupit. V jednom balení je 24 plen a to mi nestačí.

**Musíte si některé pomůcky hradit sama nebo Vám zbývají do dalšího období?**

Když mi dá tři balík tak si dokoupím tak ten balík na dva měsíce, ale teď si budu muset dokoupit víc jak balík. Alespoň dva. Takže to prostě nestačí.

**Jakým způsobem Vám lékař určil inkontinenční pomůcky?**

Určili mi to podle takového letáčku, nebo papíru. A teď když mi předepsala jenom rty dva balíky, tak jsem šla s tím letákem na pojišťovnu a ptala jsem se, jak je to možné, že mi je nechce předepsat, když je ten počet v tom letáku uvedený a oni mi řekli, že je to na domluvě s paní doktorkou, kolik ona mi těch pomůcek předepíše. Tak nevím na co ten leták je když, když ona si to určuje, jak chce. Jednou mi třeba nedá nic. A přitom na to mám nárok až do 1 700 Kč na měsíc.

**Jaké inkontinenční pomůcky používáte?**

Nejdřív mi dávali takové ty pleny, co se vkládaly do kalhot a ty jsem si brala jenom ven a doma jsem močila ještě do mísy a tak. A teďka už se v noci nikam nepřehrabu tak si musím dávat tu lepící plenu i na noc a tu mi tam musí někdo dát. Takže teď už musím mít pleny třikrát. Ráno, poledne a na noc.

**Na jak dlouho Vám lékař pomůcky předepisuje?**

Jak sem říkala, na ten měsíc teď dva balíky.

**Byla jste poučena o používání a manipulaci s těmito pomůckami?**

To mi nikdo neřekl. To si dávám podle sebe. Nepamatuju se, že by tohle někdo ukázal nebo vysvětlil.

**Máte nějaký systém ve výměně pomůcek? Jaká je Vaše denní spotřeba?**

Měním si to ráno v poledne a večer a to mi akorát stačí.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

No, moc spokojená nejsem, když musím doplácet. Musím tam zajet a ještě se s ní nějak domluvit. I když jsem měla tři balíky těch silných, tak jsem si musela dokupovat a teď už vůbec, když budu mít jenom dva. Potřebovala bych čtyři. Ona mi nechce totiž dávat více druhů. Dává mi jenom jeden. Kdyby mi dávala na noc silnější a na den slabší, bylo by to lepší, ale ona to nechce míchat. Ale někteří obvodní nepíší prý vůbec nic, tak můžeme být rádi, že to je alespoň takhle.

### **Respondent 3**

Třetí respondentkou byla žena ve věku 73 let, u které se rozvinula inkontinence ve vyšším věku.

### **Jaký typ a stupeň inkontinence se u Vás vyskytuje?**

Nikdy mi nikdo neřekl, o jaký stupeň jde, ale používám ty kalhotky pro únik moči spíše preventivně a snažím se pravidelně chodit na záchod. **A stolice?** Na velkou chodím normálně na záchod.

### **Jak jste se dozvěděla o možnosti využívat pomůcky hrazené pojišťovnou?**

Nechtěla jsem to nikde říkat, ale syn se potom koukal na internet a zjistil, že by snad na to mohla pojišťovna přispívat, Tak se potom zeptal u obvodního, když mi jel pro léky a on mu rovnou předepsal.

### **Jak dlouho používáte inkontinenční pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění?**

Je to tak jeden rok co si je nechávám předepisovat.

### **Je množství pomůcek hrazených pojišťovnou dostačující?**

Musím si je dokupovat. Na měsíc mi vychází jedno balení po 12 kusech a musím si k tomu s mojí spotřebou ještě dvě dokoupit.

### **Musíte si některé pomůcky hradit sama nebo Vám zbývají do dalšího období?**

Jak sem řekla, ani mi nestačí to, co mi poskytnou, takže nic nezbývá.

**Jakým způsobem Vám lékař určil inkontinenční pomůcky?**

Syn zajel k obvodnímu lékaři a řekl mu, jaké mám problémy, že ne vždycky moč udržím a on to takhle nastavil a od té doby nám dává to stejné množství vždycky po dvou měsících.

**Jaké inkontinenční pomůcky používáte?**

Požívám ty nastrkovací plenkové kalhotky a ještě vložky, ale ty si kupuji sama a moc už je nepoužívám. Lepší jsou pro mě ty nastrkovací kalhotky.

**Na jak dlouho Vám lékař pomůcky předepisuje?**

Doktor mi je předepíše vždycky asi po dvou měsících a vychází to deset balíků za rok.

**Byla jste poučena o používání a manipulaci s těmito pomůckami?**

Nikdo mě nepoučil, ale je to jako kalhotky, takže ta manipulace je jednoduchá a kdy je potřeba plenku vyměnit, to cítím sama.

**Máte nějaký systém ve výměně pomůcek? Jaká je Vaše denní spotřeba?**

Mám vždycky jednu na den a jednu na noc. Pořád ty stejné kalhotky. To se nemění.

**Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

No, kdyby mi hradili všechny ty pomůcky, byla bych rozhodně ráda, ale jsem ráda za to, co je. Snad je to takhle spravedlivé.

**Respondent 4**

Čtvrtou respondentkou byla žena ve věku 69 let, kterou inkontinence obtěžuje od doby, kdy jí byla v rámci hospitalizace v nemocnici zavedena na delší dobu permanentní močová cévka.



### **Jaký typ a stupeň inkontinence se u Vás vyskytuje?**

O tom mě nikdo neinformoval. To vůbec nevím a ve zprávě se to taky nepíše. Vím jenom, že je to močová inkontinence. **A stolice?** To si chodím na normální záchod, naštěstí.

### **Jak jste se dozvěděla o možnosti využívat pomůcky hrazené pojišťovnou?**

Jítka, moje dcera to někde našla na internetu. Tak jsem se zeptala u obvodního. Prvně jsem totiž měla vložky a to nestačilo, protože byl cítit ten pach. Pak dcera na internetu zjistila, že existují nějaké kalhoty a ty mi obvodní předepsal, když jsem si řekla.

### **Jak dlouho používáte inkontinenční pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění?**

Prvně jsem si je kupovala sama a někdy od loňského roku to jde přes pojišťovnu.

### **Je množství pomůcek hrazených pojišťovnou dostačující?**

Ještě dokupuju, no. V jednom balení je dvanáct plen a používám ty od značky TENA s největší absorpcí.

### **Musíte si některé pomůcky hradit sama nebo Vám zbývají do dalšího období?**

Někdy dokupuju dvě a někdy jenom jedno balení těchhle nastrkovacích kalhotek za měsíc. Ale nic mi nezbyvá.

### **Jakým způsobem Vám lékař určil inkontinenční pomůcky?**

Řekla jsem, jaké mám problémy a na základě toho mi je předepsal. A měla jsem také vyzkoušené, když jsem byla v nemocnici ty natahovací kalhotky největší velikosti a ty mi vyhovují. Zkoušela jsem si koupit i ty lepicí, ale padaly mi, prostě se neosvědčily.

### **Jaké inkontinenční pomůcky používáte?**

Požívám jenom ty nastrkovací kalhotky.

**Na jak dlouho Vám lékař pomůcky předepisuje?**

Píše mi je vždycky 2 balíky na měsíc. Ve čtvrtek tam zatelefonuji a distributor to tam doveze a já si to v pátek v poledne vyzvednu.

**Byla jste poučena o používání a manipulaci s těmito pomůckami?**

Všechno mi ukázali, když jsem byla v nemocnici.

**Máte nějaký systém ve výměně pomůcek? Jaká je Vaše denní spotřeba?**

Vyměňuji si je podle potřeby. Když málo piju, nebo se mi podaří si dojít na záchod tak je spotřeba menší. Ale vychází to tak jedna na den a jedna na noc.

**Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Peněz mám zatím dostatek, tak to neřeším. Jedno balení na měsíc mě stojí kolem 400 Kč a někdy potřebuji dvě, ale to pořád není tolik peněz. Myslím si, že obvodní doktorka je vstřícná a předepíše mi, co může.

**Respondent 5**

Pátým respondentem byl muž ve věku 37 let, který prodělal dětskou mozkovou obrnu.

**Jaký typ a stupeň inkontinence se u Vás vyskytuje?**

Asi třetím a ještě nějakým tím speciálním, tím nejhorším. Používám pleny na noc i den, nosím je non stop, protože mi uniká moč i stolice.

**Jak jste se dozvěděl o možnosti využívat pomůcky hrazené pojišťovnou?**

Vzhledem k mému onemocnění mi je moje lékařka odjakživa předepisuje.

**Jak dlouho používáte inkontinenční pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění?**

Trpím inkontinencí již od narození. To znamená, že je využívám už tak 35 let.

**Je množství pomůcek hrazených pojišťovnou dostačující?**

Jak kdy. Mám celoživotní zdravotní problém, který se mění, a proto někdy pomůcky na zdravotní pojišťovnu vystačí a někdy ne, ale spíš si musím dokupovat než by vystačily.

**Musíte si některé pomůcky hradit sama nebo Vám zbývají do dalšího období?**

Ano musím. Když mi nevystačí, tak pleny. Někdy jsou to až 4 balení po 14 kusech měsíčně, ale jelikož se musím někdy i cévkovat a potřeby na cévkování si plně hradím, jelikož mi bylo řečeno, že buď potřeby na cévkování na pojišťovnu, nebo pleny, že obojí nejde.

**Jakým způsobem Vám lékař určil inkontinenční pomůcky?**

Už si přesně nepamatuji. Je to už dlouho co jsem si je nechával poprvé napsat, ale bylo to nějak, že mi obvodní lékařka nabídla, že je můžu odebírat na poukaz.

**Jaké inkontinenční pomůcky používáte?**

No, jsou to ty pleny Abri Form Plus – M4 a potom pomůcky pro cévkování.

**Na jak dlouho Vám lékař pomůcky předepíše?**

Vždy na dva měsíce. V balení je 14 kusů a dostávám 10 balení.

**Byl jste poučen o používání a manipulaci s těmito pomůckami?**

Ne.

**Máte nějaký systém ve výměně pomůcek? Jaká je Vaše denní spotřeba?**

Spotřebu mám asi 4 pleny na den i noc. Neřídím se podle systému, měním je, jak je potřeba.

**Jak byste hodnotil systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Nedostačující, protože pleny sice dostanu na poukaz hrazený pojišťovnou, ale množství je nedostačující. Zbytek si musím hradit sám, stejně tak i speciální pomůcky k ošetřování pokožky a ty zrovna nejsou nejlevnější.

## Přepis rozhovorů s vrchními sestrami oddělení následné péče

### **Respondent 6**

Šestou respondentkou byla vrchní sestra Oddělení geriatric a následné péče nemocnice p.o.

### **Jakým způsobem jsou financovány inkontinenční pomůcky na Vašem oddělení?**

Myslíte ty inkontinenční? **Ano, pro inkontinentní pacienty.** Natahovací pleny, ty pro těžký stupeň inkontinence, si pacienti kupují sami. My zajišťujeme vlastně jednorázové podložky, dále zajišťujeme hygienické pomůcky, co se týče mycích pěn, těch ochranných krému, ale pleny si prostě kupují pacienti sami. Já jsem tady dvanáct let a od té doby je to tak. Je to zřejmě dané tím, že je nízký limit na materiál a to jde do toho limitu ty pleny, takže je to spíš taková dlouhodobá domluva paní primářky, její přání. Změna bude, až budete dělat rozhovor se staniční sestřičkou z paliativy, tam je to jinak.

### **Na základě čeho se pomůcky objednávají?**

Vzhledem k tomu, že ty pleny, což je základ té inkontinenci si kupují sami, tak to jde mimo nás. A jinak ty pomůcky na hygienu jsou vysoutěžené jakoby celokrajsky, takže je to řada Menalind od Hartmannu, takže používáme tu.

### **Jak často se pomůcky objednávají?**

Ty ostatní pomůcky objednávám jednou týdně, anebo když dojdou, tak prostě vždycky dle potřeby. Ale jednou týdně vždycky.

### **Existují nějaké limity? → Jsou pomůcky omezeny počtem či financemi anebo se objednávají dle aktuální skladby pacientů?**

Máme limity vlastně na zdravotnický materiál a snažíme se je dodržovat a myslím si, že se nám to i docela daří, no. Máme zvlášť limit pro lůžka následné péče a geriatric a paliativa má svůj limit. A určitě se to řídí také podle skladby pacientů. Limit se dá určitě i překročit, nefunguje to tak, že pokud objednáme nad limit, tak zboží

nedostaneme, takhle to nefunguje. Když máme víc inkontinentních pacientů, tak se objednává podle toho.

**Jsou typy pomůcek předem dané nebo si jejich skladbu můžete upravovat dle potřeby?**

Ano, jak jsem říkala v té předchozí otázce, ty pomůcky si můžeme upravovat podle skladby pacientů.

**Jaké pomůcky se na oddělení používají?**

Tak jsou to vložky a ty natahovací nebo zalepovací pleny, ale ty si kupují pacienti sami. My zajistíme jednorázové podložky a pomůcky pro hygienu. Samozřejmě zde máme taky močové katétry, ale upřednostňujeme plenkové kalhotky.

**Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

No, to můžu jednoznačně říct, že vyhovující to není. Je problém, že si ti pacienti musí kupovat ty pomůcky sami. Je to problém, protože vznikají zbytečně konfliktní situace. Oni vědí, že na to mají nárok, ale prostě najednou si to musí koupit. Přijdou z jiného oddělení, kde ty pleny dostávají a u nás si je musí kupovat sami.

**Respondent 7**

Sedmou respondentkou byla vrchní sestra Oddělení následné péče 2 nemocnice a.s.

**Jakým způsobem jsou financovány inkontinenční pomůcky na Vašem oddělení?**

Pomůcky jsou financovány nemocnicí.

**Na základě čeho se pomůcky objednávají?**

Objednávají se podle potřeb oddělení. V pozitivním listu jsou obsaženy všechny inkontinenční pomůcky a já podle požadavků z jednotlivých stanic objednávám na měsíc pro každého pacienta pomůcku, kterou potřebuje. To znamená, že staniční sestry mi napíší, že chtějí vložky, nebo chtějí kalhotky, pro chodící pacienty jsou to kalhotky natahovací a pro ležící pacienty zalepovací. Liší se to i nasákavostí,

že některý ten pacient má větší potřebu té nasákavosti, takže se objednají s větší nasákavostí. Pokud pacient spolupracuje a má částečnou inkontinenci s tím, že si chodí na křeslo toaletní, tak aby byl zajištěný a nebylo znečištěné lůžko, tak má kalhotky natahovací. Jinak do lůžek používáme jednorázové podložky. Což taky hodně využíváme. **A jaké využíváte rozměry těchto podložek?** Používáme ty větší velikosti, protože pacienty tady máme z 90 % ležící a tudíž v tom lůžku by malá podložka prostě vadila.

### **Jak často se pomůcky objednávají?**

Objednáváme je jednou měsíčně.

### **Existují nějaké limity? → Jsou pomůcky omezeny počtem či financemi anebo se objednávají dle aktuální skladby pacientů?**

Finanční limity máme, ale rozhodně se to netýká inkontinenčních pomůcek teda. Limity má každé oddělení na veškerý sortiment, na zdravotní lůžka i na opravy, ale co se týče našeho oddělení, tak jsem nikdy neobjednala málo těchto pomůcek, abychom se dostali do stresu.

### **Jsou typy pomůcek předem dané nebo si jejich skladbu můžete upravovat dle potřeby?**

Ne, je to podle potřeby. V nabídce máme široký sortiment a podle potřeb pacienta můžeme dávat i síťové kalhotky s vložkou.

### **Jaké pomůcky se na oddělení používají?**

Požívají se teda vložky, kalhotky natahovací a lepící a ty jednorázové podložky. U pacientů, kteří mají permanentní cévku, tak se mu dá jenom podložka pro případ, že by odcházela stolice, ale nedáváme ho do těch kalhotek. **A jednorázové podložky dáváte vždycky?** Ano, tu dostává každý pacient.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Systém je naprosto vyhovující a určitě bychom nic neměnili.

## Přepis rozhovorů se staničními sestrami oddělení následné péče

### **Respondent 8**

Osmou respondentkou byla staniční sestra Oddělení geriatric a následné péče nemocnice p.o.

#### **Řídí se systém určování typu inkontinenční pomůcky dle stupně inkontinence?**

Ano řídí. **A můžu se zeptat jak?** Na ten úplně první stupeň jsou vložky inkontinenční, pak natahovací kalhotky a nakonec klasické plenkové kalhotky. **Jakým způsobem využíváte jednorázové podložky?** Požíváme jenom ty o velikosti 60 x 60. Dáváme je každému, kdo má katétr a nepotřebuje pleny, když tedy nemá inkontinenci stolice. A také je dáváme u pacientů, co mají lehký únik moči a přesouvají se na toaletní křeslo. Ale když stačí plena, tak už se podložka nedává.

#### **Využívá se veškerý sortiment inkontinenčních pomůcek nebo se některé upřednostňují?**

Dá se říct, že využíváme. Jak už říkala paní vrchní, je to na základě toho, že si ty rodiny pomůcky kupují. Myslím teda vyloženě pleny. Potom jsou ty pomůcky na hygienu a to se objednává přes to SZM a víceméně jakoby si to regulujeme podle toho, co nám vyhovuje a bereme to, co nám vyhovuje. **A předpokládám, že pacienti si musí hradit nejenom pleny, ale i vložky.** Ano, všechny absorpční pomůcky si musí hradit sami.

#### **Je množství pomůcek dostačující?**

Podle té potřeby je to dostačující. Pokud je tedy nedodá rodina, tak my to nějak kompenzujeme a potom si to od pacientů zase z části vezmeme. Je to pro nás složitý systém a jak říkala paní vrchní, vznikají zbytečně konfliktní situace ze strany rodin. Určitě by bylo lepší mít nějaký jakoby bakšiš pro konkrétního pacienta, ale takhle to určitě není.

### **Jsou sestry školeny v péči o inkontinentního P/K?**

Jakoby systémově pravidelně ne. Z vlastní iniciativy v rámci celoživotního vzdělávání navštěvují semináře a tam jsou. Samozřejmě když ta nabídka je. Jinak jsou proškoleny, když přijdou v rámci adaptačního procesu, tak tam jsou proškoleny. Nebo kdyby byl nějaký problém, ale vyloženě systémově ne. Občas když je nějaká novinka, třeba od Hartmana, tak nám to prezentují na nějaké poradě, ale jinak ne.

### **Existují nějaká pravidla při výměně inkontinenčních pomůcek u P/K a dle čeho se řídí?**

Máme daný konkrétní systém dle harmonogramu a plus dle potřeby navíc. Když prostě vidíme, že je potřeba ta plenka vyměnit, že je znečištěná, tak se to vyměňuje. **Mohla byste mi popsat Váš harmonogram?** Hygieny se dělají třikrát denně pravidelně všem a potom plus dle potřeby.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Mám pocit, že to není dobrý systém. Spousta lidí tady sice migruje, takže už jsou na to zvyklí. Jde spíš o to, když je tady potom někdo nově a musíme mu to vysvětlovat. Hlavně je to taky zatěžující i pro ten personál, že to musí hlídat. Stále se musí dělat nějaké čárky, počítat dluhy a potom to víceméně ještě vyznívá tak, že my se ostýcháme říct o to skutečné množství těch dlužících plen, tak spíš si jich vezmeme méně, aby z toho balíku pacienta moc neubylo. Je to velmi složité a pro pacienty finančně zatěžující. Když si mají ještě doma hradit léky a mají nízký důchod a musí si platit ještě tady tak je to zátěž. Jeden balík stojí minimálně přes tři sta korun, záleží o jaký druh, velikost a množství jde a to je náročné. Když pak odchází moč i stolice nepřetržitě a je několikrát za den znečištěný, tak je to pro ně velmi finančně náročné. Rodiny se často diví, že teprve donesli balík a už tu zase skoro nic není a kolikrát z toho člověk cítí, že si rodina myslí, že si z toho bereme i pro ostatní pacienty. Tohle to bych viděla jako hodně negativní. Ještě máme pět sociálních lůžek, kde je to vyřešené tím způsobem, že jim pleny můžeme předepisovat na poukaz stejně, jako kdyby byli doma. Tak to je dobré. **Stalo se Vám, že by se pacienti domáhali oprávněně nároku na**



**inkontinenční pomůcky?** Ano, zjišťovali si to na pojišťovně a už tu párkrát bylo, že jim řekli, že my jsme povinni řešit inkontinenci a pomůcky ale naše paní primářka je názoru toho, že to můžeme řešit dvěma způsoby. Buď tedy budou mít pleny, nebo budou mít katétr, takže zatím to řešíme takhle.

### **Respondent 9**

Devátou respondentkou byla staniční sestra Stanice paliativní péče, která je součástí Oddělení geriatrické a následné péče nemocnice p.o.

#### **Řídí se systém určování typu inkontinenční pomůcky dle stupně inkontinence?**

Ano řídí. Na lehkou inkontinenci používáme vložky, na střední navlékací kalhotky a těžký stupeň inkontinence plenkové kalhotky. Pokud má pacient permanentní močový katétr, tak používáme jednorázové absorpční podložky. **Také používáte pouze ty o rozměru 60 x 60?** Ano, pouze tuhle velikost. Nám to vyhovuje více tyhle menší.

#### **Využívá se veškerý sortiment inkontinenčních pomůcek nebo se některé upřednostňují?**

U nás se upřednostňují spíše ty lepící kalhotky nebo ty navlékací kalhotky. Pro pacienty je to pohodlnější.

#### **Je množství pomůcek dostačující?**

U nás ano. Limity ani nepřekračujeme. Ale pacienti zase platí za to, že jsou na té paliativní péči 250 Kč za lůžko na den. V podstatě v tom mají ale všechno. Inkontinenční pomůcky, nutriční podpora a k tomu nadstandardní lůžko s televizí, barevné povlečení a tak.

#### **Jsou sestry školeny v péči o inkontinentního P/K?**

Tak jak jsou běžně školící akce, ale není to pravidelně. Musí se o to zajímat sestry z vlastní iniciativy. A když přijde dealer tak ty pomůcky propaguje spíše ve skladu a ne na oddělení.

### **Existují nějaká pravidla při výměně inkontinenčních pomůcek u P/K a dle čeho se řídí?**

U nás se dodržuje pravidelnost výměny dle stupně samostatnosti a imobility, protože u nás jsou především pacienti imobilní. U nich je ta pravidelnost častá. A také se to vyměňuje podle citlivosti pokožky. Jak jsou u nás pacienti delší dobu tak vidíme kdo má sklon ke vzniku dekubitu, takže tam se ty pomůcky vyměňují častěji. Pravidelně u každého je ta výměna minimálně třikrát za den, ale je to velmi individuální a spíše i pětkrát šestkrát.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

U nás si myslím, že je dostatečný. A myslím si, že míň vznikají i nějaké defekty a dekubity na kůži.

### **Respondent 10**

Desátou respondentkou byla staniční sestra Oddělení následné péče 2, stanice A nemocnice a.s.

### **Řídí se systém určování typu inkontinenční pomůcky dle stupně inkontinence?**

Ano. **A můžete mi říct jak?** No, my tu máme jednotně pomůcky na inkontinenci. **A nerozlišujete je dle stupňů inkontinence?** Ne, žádné stupně nerozlišujeme, dáváme pomůcky podle toho jak je třeba, to vidíme sami, která bude pro pacienta nejvhodnější.

### **Využívá se veškerý sortiment inkontinenčních pomůcek nebo se některé upřednostňují?**

My je používáme individuálně jak je třeba. Někomu dáváme pouze ty krajkové kalhotky, když víme, že si může dojít na záchod, aby si to mohl jenom stáhnout a vyloženě ležícím, kteří teda tu inkontinenci mají, dostanou plenky individuálně. Ty plenky máme s vyšší a nižší savostí a dvě velikosti plen. Savost ale příliš neřešíme. Katétry dáváme jen při té nejtěžší inkontinenci a ne každému. Jenom když významně

hrozí dekubity, anebo je tam retence moči. V každém případě se upřednostňují pleny. Pod každého dáváme také jednorázovou podložku, kterou měníme i dvakrát denně.

### **Je množství pomůcek dostačující?**

To určitě. S pomůckami není vůbec žádný problém. Jak absorpčních, tak hygienických pomůcek máme dostatek. Co si řeknu, to přijde.

### **Jsou sestry školeny v péči o inkontinentního P/K?**

To je individuální iniciativa sester bych řekla. Když je nová pomůcka, tak ji dealer představí. Sem tady deset let a za tu dobu jsem zažila jedno školení, kde nám řekli, jak máme pleny správně používat, kdy je nasáklá. Jednou to tady teda bylo a já se to teď snažím děvčatům dál předávat. Ale nikdy nečekáme, až se zabarví indikační proužek na plence jako znamení, že je nasáklá. Vždycky ji měníme dřív. Když je něco nového tak to děvčatům sdělíme, ale jinak nic.

### **Existují nějaká pravidla při výměně inkontinenčních pomůcek u P/K a dle čeho se řídí?**

Měníme individuálně jak je potřeba. I kdyby dostali pět plenek za den, tak je dostanou. Určitě se to u nás nevede, že měníme ráno, v poledne a večer. Když se pacient pokálí, tak se to samozřejmě mění hned, když má průjem, tak se to mění třeba desetkrát denně. Ale jinak se přebaluje vždycky každý klasicky ráno, v poledne a večer. A protože se tady snažíme dodržovat pitný režim, často měníme pomůcky i v noci, aby nebyli pacienti v tom promočeném. Vůbec s tím neděláme žádnou vědu.

### **Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Tady bych to hodnotila velmi pozitivně. Není problém absolutně s ničím a doufám, že to vydrží i do budoucna.

## **Respondent 11**

Jedenáctou respondentkou byla staniční sestra Oddělení následné péče, stanice B nemocnice a.s.

### **Řídí se systém určování typu inkontinenční pomůcky dle stupně inkontinence?**

Ano, sami posuzujeme, která pomůcka bude pro každého jednoho pacienta vhodná, podle toho jak těžkou inkontinenci má. **A řadíte ji do jednotlivých stupňů?** Na stupně to přímo nerozdělujeme. Někdo ji má menší, tak dostane třeba jenom vložku a ten, kdo je více inkontinentní má pleny.

### **Využívá se veškerý sortiment inkontinenčních pomůcek nebo se některé upřednostňují?**

Ano, každý pacient dostane pomůcku, která je pro něj vhodná, takže to není tak, že by se některé upřednostňovaly. Převážná většina pacientů je imobilní a proto se používají nejvíce pleny, ale ne, že by se upřednostňovaly třeba u chodících pacientů. Máme také na výběr mezi dvěma velikostmi plen a také odlišnou savost plen. Taky používáme podložky na jedno použití a ty dostává každý pacient jak s absorpčními pomůckami, tak s katétrem. Ale katétrů jsou u nás jenom v krajním případě, musí být vždy odůvodněné. Přednost mají rozhodně pleny.

### **Je množství pomůcek dostačující?**

To v každém případě. Máme vždy vše, co je potřeba. Myslím tím pomůcky pro hygienu těchto pacientů i ty absorpční pomůcky.

### **Jsou sestry školeny v péči o inkontinentního P/K?**

To je na iniciativě jednotlivých sester, jestli se nějakého školení účastní. Nepamatuji se, že by nemocnice přímo pořádala školení v tomto ohledu. Spíš bych řekla, že zkušenější sestry předávají informace a zkušenosti těm mladším. **A nestalo se, že by sestry proškolil distributor pomůcek?** V případě, že je nějaká nová pomůcka, tak nám ji dealer samozřejmě představí, ale novinky nejsou tak často.

**Existují nějaká pravidla při výměně inkontinenčních pomůcek u P/K a dle čeho se řídí?**

Jako je to všude, tak i tady měníme pomůcky vždy ráno, v poledne a večer, to je takový standard u všech pacientů. Ale samozřejmě to nestačí a dále se ta výměna řídí individuálně u každého pacienta, podle toho jak silnou inkontinenci má. U plenek se řídíme podle indikátorů a vždy se snažíme, aby pacient byl v suchu a čistotě. Rozhodně nemáme určený počet plenek na pacienta na den. Kolik jich potřebuje, tolik jich dostane.

**Jak byste hodnotila systém využívání inkontinenčních pomůcek?**

Za mě určitě kladně. Nezažila jsem, že by byl v tomhle ohledu nějaký problém. Všeho máme dostatek a rozhodně se nemusíme v ničem omezovat. Co si objednáme, to přijde, myslím tím jak sortiment těch pomůcek i množství.