

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Petra Pavlíková

## **Ošetrovatelská péče o seniora s inkontinencí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Pokorná

Olomouc 2013

## **ANOTACE**

**Název práce:** Ošetrovatelská péče o seniora s močovou inkontinencí

**Název práce v AJ:** Nursing care about old aged with urinary incontinence

**Datum zadání:** 2013-01-18

**Datum odevzdání:** 2013-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Petra Pavlíková

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Pokorná

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá dohledanými poznatky o močové inkontinenci u lidí vyššího věku. Shrnuje informace o prevalenci, rozdělení, stupních, diagnostice a léčbě. Předkládá dohledané poznatky o možnostech ošetrovatelské péče těchto pacientů a zaměřuje se na sumarizaci informací o ošetrovatelské péči seniorů s komplikacemi močové inkontinence. Poznatky byly dohledány především v českých periodických Urologie pro praxi, Česká urologie či Praktická gynekologie. Ze zahraničních je nutné zmínit především Urologic nursing a Clinical nursing.

**Abstrakt v AJ:**

The overview thesis deals finding knowledge about urinary incontinence in the elderly population. It summarizes information on the prevalence, types, stages, diagnosis and treatment in older people. Submitted by tracing the knowledge about the nursing care of patients and aims to summarize the information about the nursing care of older people with complications of urinary incontinence. Resources to set goals were traced mainly in Czech journals Urology Practice, Czech Urology and Practical Gynecology. From foreign journal must be mention Urologic nursing and Clinical Nursing.

**Klíčová slova v ČJ:**

intermitentní katetrizace, komplikace, močová inkontinence, ošetrovatelská péče, pomůcky

**Klíčová slova v AJ:**

intermittent catheterisation, complication, urinary incotinence, nursing care, incontinence materials

**Rozsah:** 42 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2013

-----

podpis

Děkuji Mgr. Haně Pokorné, za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad.

# Obsah

ÚVOD:.....	7
2 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY MOČOVÉ INKONTINENCE VE STÁŘÍ.....	11
3 SOUČASNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORA S INKONTINENCÍ .	18
3.1 Ošetřovatelské intervence.....	18
3.2 Absorpční pomůcky pro inkontinenci .....	25
3.3 ČIK neboli čistá intermitentní katetrizace .....	28
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOMPLIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE V POPULACI LIDÍ VYŠŠÍHO VĚKU.....	31
ZÁVĚR .....	34
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ:.....	37
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:.....	42

## **ÚVOD:**

Inkontinence moči je stále frekventovanější problém současné společnosti, na němž se podílí mnoho faktorů. Člověk je tvor od dětství vychovávaný k samostatnosti, odpovědnosti za své chování a vybudování si určitého společenského statutu. Nedobrovolný únik moči člověka devalvuje po stránce psychické, fyzické a finanční. Především lidé vyššího věku pocítují inkontinenci jako ponižující a odmítají o ní mluvit. Tato přehledová bakalářská práce se zaměřuje právě na tyto pacienty, kterým lze odborně prováděnou ošetrovatelskou péčí a profesionálním přístupem zlepšit kvalitu života. Jejím cílem je odpovědět na otázku: Jaké byly publikovány poznatky o ošetrovatelské péči u seniorů s močovou inkontinencí v elektronických informačních zdrojích?

### **Pro vypracování přehledové bakalářské práce byly zvoleny následujících dílčí cíle:**

Cíl 1:

Předložit dohledané publikované poznatky charakterizující problematiku močové inkontinence se zaměřením na starší populaci

Cíl 2:

Předložit dohledané publikované poznatky poskytující komplexní pohled na současnou ošetrovatelskou péči o seniora s inkontinencí

Cíl 3:

Předložit dohledané publikované poznatky o ošetrovatelské péči u komplikací močové inkontinence v populaci lidí vyššího věku

### **Jako vstupní literatura byly prostudovány následující publikace:**

DVOŘEČEK, J. Urologie: obecná a speciální urologie. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1999. ISBN 80-7184-745-3.

EICHENAUER, R. H. V. Urologie klinika a praxe. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1996. ISBN 80-85526-36-0.

GALAJDOVÁ, L. O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-71699-50-1.

HORČIČKA, L. Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci. *UROLOGIE PRO PRAXI on-line* [on-line]. 2010, **11**(2), 79–80. [cit. 9. 11. 2012] ISSN 1803-5299. Dostupné z: [http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201002-0005\\_Absorpcni\\_prostredky\\_a\\_produkty\\_pece\\_o\\_pokozku\\_pri\\_inkontinenci.php](http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201002-0005_Absorpcni_prostredky_a_produkty_pece_o_pokozku_pri_inkontinenci.php)

HRABOVSKÁ, M., VALACHOVÁ, L. Pomůcky pro inkontinenci. *UROLOGIE PRO PRAXI on-line* [on-line]. 2001, **2**(4), 173–174. [cit. 9. 11. 2012] ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200104-0010.php>.

CHIARELLI, P. Urinary stress incontinence and overactive bladder symptoms in older women. *Contemporary Nurse. A JOURNAL FOR THE AUSTRALIAN NURSING PROFESSION on-line* [on-line]. 2007, **26**(2), 198–207. [cit. 9. 11. 2012] ISSN 1037-6178. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/201373447/13A4A16C43760130919/19?accountid=16730>

PACÍK, D. Urologie pro sestry. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-235-3.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. Interní ošetřovatelství 2., 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.

ZIKMUND, J., HANUŠ, T. 1995. Inkontinence moči u žen. 2. nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-096-2.

### **Popis rešeršní strategie**



Pro potřeby této přehledové bakalářské práce byla zpracována rešerše na téma ošetrovatelská péče o seniory s močovou inkontinencí. Vyhledávání periodik bylo provedeno v období od prosince 2012 do března 2013. Byla použita následující klíčová slova vyjádřená v českém jazyce: močová inkontinence, ošetrovatelská péče, pomůcky, komplikace, intermitentní katetrizace a nursing care, urinary incontinence, incontinents materials, complication, intermittent cathetrization v anglickém jazyce. Na podkladě kombinace dvojic jednotlivých klíčových slov byla realizována rešeršní strategie v databázi BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca), českém portálu Medvik (Medicínská virtuální knihovna), v zahraničních databázích ProQuest Nursing & Allied Health Source, PubMed a EBSCO. Rešeršní strategie byla omezena pouze na zdroje v českém, slovenském a anglickém jazyce publikovaný v letech 2000 až 2013. Pro vysoký počet nalezených zdrojů bylo nastaveno kritérium věk vyšší 65 let. Počet takto dohledaných relevantních článků byl vysoký a v jednotlivých databázích odlišný. Databáze s největším množstvím elektronických zdrojů byl ProQuest Nursing & Allied Health Source. Databáze EBSCO naopak svými zdroji nejvíce odpovídala stanoveným cílům.

V druhé fázi rešeršní strategie byly dohledány plnotexty a následně vyřazeny články, které svým obsahem nenaplnovali cíle této práce. Zejména se jednalo o články věnující se problematice močové inkontinence z lékařského hlediska nebo byly zaměřeny na specifickou skupinu lidí, jako jsou ženy žijící v Turecku a Egyptě. Dále byly vyloučeny články obsahující duplicitní text z již dohledaných zdrojů. Takto dohledaných relevantních článků v zahraničních databázích bylo použito 12 v anglickém jazyce. Rešerši portálu Medvik bylo nalezeno také 12 relevantních článků v českém a slovenském jazyce.

V poslední fázi vyhledávání byla provedena rešerše v BMČ, kdy po porovnání se Seznamem neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice, byla dohledána čtyři recenzovaná periodika v online verzi: Česká urologie, Interní medicína pro praxi, Praktická gynekologie a Urologie pro praxi. Tato zmíněná periodika byla svými zdroji pro tuto přehledovou práci nejpřínosnější.

## 2 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY MOČOVÉ INKONTINENCE VE STÁŘÍ

Mezinárodní společnost pro inkontinenci charakterizuje močovou inkontinenci, jako jakýkoli nedobrovolný únik moči. (Romžová et al., 2011, s. 222) Pro pacienta či ošetřující osobu znamená hygienický nebo sociální problém a tím snižuje úroveň kvality života. (Horčíčka et al, 2010, s. 3) Inkontinence moči není choroba, nýbrž příznak, který má multifaktoriální příčiny. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 263) Řadí se mezi symptomy dolních močových cest, do skupiny tzv. jímacích symptomů. (Staněk, 2012, s. 347)

V České republice trpí močovou inkontinencí 16% dospělých lidí v obecné populaci. Tento údaj vydala Česká společnost podpory zdraví v rámci projektu IncoForum, který se zabývá pomocí lidem s močovou inkontinencí. IncoForum v roce 2003 uskutečnilo výzkum zaměřený na prevalenci lidí s močovou inkontinencí v ČR. Z šetření byla získána mnohá data, k nimž patří údaj o každodenním úniku moči u žen, který činí 3,8% a 1,4% u mužů. Méně než jednou za měsíc je to 23,8% u žen a 13,4 % u mužů. (Kučera et al., 2008, s. 1) Varovným údajem je fakt, že prevalence u starších lidí v nemocnici či v jiném sociálním zařízení dosahuje 50%. (Staněk, 2012, s. 347) Je evidentní, že se incidence inkontinence zvyšuje v závislosti na věku. (Romžová et al., 2011, s. 222) Polovinu všech nekontrolovatelných úniků moči představuje stresová inkontinence, u 20ti% případů se vyskytuje smíšená inkontinence a v 30% je to inkontinence urgentní. (Horčíčka et al, 2012, s. 3)

Mezinárodní společnost pro inkontinenci rozděluje močovou inkontinenci na šest skupin podle příčiny vzniku. Nejčastěji se vyskytuje inkontinence stresová, charakteristická malým únikem moči. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366) K nechtěnému úniku moči

dochází na základě poklesu intrauterinního tlaku za současného zvýšení intraabdominálního tlaku. K takovému stavu může dojít při kašlání, kýchání, smíchu či zvedání těžkých břemen. Rizikovou situací pro vznik stresové inkontinence je těhotenství, během kterého u 60ti% žen dojde k nechtěnému úniku moči. Po porodu klesne množství žen s přetrvávající inkontinencí na 32%. Muži se s nechtěným únikem moči setkávají většinou až při problémech s prostatou a to především po radikální prostatektomii. Urgentní inkontinence je stav zahrnovaný do syndromu hyperaktivního močového měchýře. Dochází při ní k urgentnímu a neovladatelnému nucení na močení s nechtěným únikem moči, zvýšené frekvenci močení a nykturii. V populaci urgentní inkontinence postihuje zhruba 16% lidí. (Romžová et al., 2011, s. 222) Tento fakt řadí urgentní inkontinenci na druhé místo ve výskytu inkontinencí celkově. Typický je únik většího množství moči a rozděluje se na motorickou a senzorickou. Motorická je způsobena stahy detrusorů, diabetickou neuropatií či degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy. Senzorická je naopak způsobena hypersenzitivitou detrusorů. Mezi obvyklé příčiny těchto problémů patří infekce dolních cest močových, divertikly, nádory měchýře, cystolitiáza nebo striktury uretry. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366) Smíšená inkontinence je kombinací dvou a více druhů inkontinence. Nejčastěji se jedná o kombinaci stresové a urgentní inkontinence. (Romžová et al., 2011, s. 222) Trvalá inkontinence je stav totálního úniku moči, který nelze ovlivnit léky. Příčinou je ztráta volního řízení nad centrem močení v míše a to na základě neurologického onemocnění či poranění mozku nebo míchy. Pacient přestane pociťovat nucení na močení a močový měchýř se začne vyprazdňovat reflexně. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366) Inkontinence z přetékání je stav kdy dochází k úniku moči v malém množství z důvodu překážky v dolních cestách močových či při poruše m. detrusor. (Horčíčka et al, 2012, s. 4) Nejprve se začne projevovat neúplným

vyprázdněním močového měchýře, kde se začne zvyšovat močové reziduum a následně dojde k retenci moči. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 263) Jiná inkontinence je typ tzv. extraanatomické inkontinence bývá způsobena vrozenými vývojovými vadami nebo onemocněními získanými během života. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366)

Všeobecná zdravotní pojišťovna, dále jen VZP, rozděluje inkontinenci do tří stupňů dle závažnosti. První stupeň je lehká inkontinence. Objektivně se stanoví při mimovolném úniku moči od 50 do 100 ml v průběhu 4 hodin. V tomto případě je používání absorpčních pomůcek nepravidelné. Obvyklou příčinou úniku moči je kašel, kýchnutí nebo zvedání těžkých břemen. Nejčastěji se jedná o stresovou inkontinenci. Druhý stupeň se stanovuje při úniku moči od 100 do 200 ml do 4 hodin. Únik moči nastává při změně polohy, při chůzi do schodů či běhu. Používání pomůcek je nutné denně. Postihuje především mobilní pacienty s různými typy inkontinence, mimo stresové inkontinence. Nejzávažnější, třetí stupeň je dán únikem moči nad 200 ml za 4 hodiny. Patří sem různé typy inkontinence, hlavně u imobilních pacientů. V tomto stupni poškození může být přítomna i inkontinence stolice. Moč odchází nekontrolovatelně, užívání pomůcek je v tomto případě nutností. (Číselník VZP-ZP, 2012, s. 6–8)

Stanovení diagnózy močové inkontinence na základě anamnézy a pomocných urologických vyšetření je úkol urologa. (Romžová et al., 2011, s. 222) Přesná diagnostika, která dokáže určit typ a možnou příčinu inkontinence, je pro stanovení efektivní léčby nepostradatelná. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 336) Základem pro správnou diagnostiku močové inkontinence je dobře odebraná anamnéza. Lékař od pacienta zjišťuje údaje o množství, frekvenci, okolnostech i době úniku moči. Nezabývá se jen údaji o úniku moči, ale zjišťuje informace o povolání, zálibách

a životním stylu. (Horčíčka, 2012, s. 4–5) K usnadnění sběru dat o inkontinenci pacienta sestra vyplní Gaudenzův dotazník nebo dotazníky s názvem Quality of life in person with urinary incontinence, Symptom impact index, Urogenital distress inventory. (Huvar, 2003, s. 18–19) U žen je velmi důležitá gynekologická anamnéza, zejména pak počet porodů a operací v oblasti malé pánve nebo zda již došlo k menopauze. Po důkladném sběru informací lékař přistoupí k fyzikálnímu vyšetření celkového stavu pacienta. Důkladně vyšetří břišní oblast, dále hledá známky přítomnosti fyzických a psychických komplikací inkontinence. Vyšetření močového sedimentu, chemické a kultivační vyšetření moči patří mezi základní laboratorní vyšetření. Dále se provádí stanovení postmikčního rezidua pomocí ultrazvuku. (Horčíčka et al, 2012, s. 4–5) Ke kvantifikaci úniku moči slouží Pad-weight test, neboli vložkový test, který snadno potvrdí inkontinenci a efektivnost léčby. (Krhout, Zachoval, Zvara, 2012, s. 141) Nedílnou součástí stanovení diagnózy inkontinence je důsledné vedení mikčního deníku. Další speciální vyšetření jsou stanovena jen při nejasnosti diagnózy či závažných příznacích jako je hematurie. (Horčíčka et al, 2012, s. 4–5) V americké literatuře se často diagnostika močové inkontinence spojuje se slovem diappers. Diappers je schéma faktorů ovlivňujících vznik inkontinence, patří sem delirium, infekce, atrofie uretry a vagíny, farmaka, především diuretika, anticholinergetika a sedativa, psychologické poruchy, endokrinní onemocnění, omezená pohyblivost a zácpa. (Krhout, Maixner, 2002, s. 58) Diagnostika močové inkontinence u starší populace je často nesnadná, neboť ji stěžují atypické příznaky a oligosymptomatologie. U lidí vyššího věku jsou upřednostňovány neinvazivní vyšetřovací metody. (Romžová et al., 2011, s. 222)

Léčba inkontinence je komplikovaný proces, který se stále vyvíjí v nové metody léčby usnadňující život mnohým pacientům. Z počátku by měl pacient přehodnotit svůj

dosavadní život a řídit se obecnými doporučeními, které radí redukci nadměrné hmotnosti, snížení nadměrné fyzické aktivity, jako je namáhavá fyzická práce, aktivní vykonávání gymnastiky, bojových sportů a kulturistiky, dále dostatečný příjem tekutin a vyhýbání se dlouhodobému sezení. Neméně důležitým faktorem pro správnou léčbu inkontinence je vyléčení akutních i skrytých infekcí dolních močových cest. Léčba stresové inkontinence se rozděluje na konzervativní, medikamentózní a chirurgickou. Farmakologická terapie je první volbou léčby stresové inkontinence. Pacientům se doporučuje obstarání si pesarů, absorpčních pomůcek, gymnastika močového měchýře, biofeedback a elektrostimulace. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366) Úspěšná konzervativní léčba je potvrzena v okamžiku, kdy pacient uvede v dotazníku kvality života zlepšení minimálně o 50% po třech měsících konzervativní terapie. (Horčíčka et al, 2012, s. 10) Vhodnou léčbou inkontinence jsou chirurgické zákroky, které mají za cíl zvýšit ureterální rezistenci. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366) Mezi chirurgické metody patří kolposuspenze, aplikace bovinního kolagenu či hyaluronové kyseliny přímo do periuretrální dutiny a tzv. „midurethral slings“, jedná se o pásy z inertních materiálů, umístované pod střední uretru. Mají velkou úspěšnost a to 73 až 95%. Mezi výhody midurethral slings patří miniinvazivita, vysoká bezpečnost a rychlá rekonvalescence. (Hiblbauer ml., Hiblbauer st., 2011, s. 23) U léčby urgentní inkontinence má velmi pozitivní perspektivu farmakologická léčba. Pacienti užívají především anticholinergika a muskulotropní relaxancia. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 371) Léčebný efekt se nachází mezi 60ti% až 80ti%. (Sochorová, 2011, s. 488) Je nutné zdůraznit, že farmakologická léčba vede pouze k zmírnění urgentních obtíží a proto je nutné řešit základní příčinu onemocnění. Metodou volby je augmentační cytoplastika, jedná se o chirurgické řešení inkontinence. Cílem je zvětšení kapacity močového měchýře, pokles detrusorového tlaku, vyřešení

inkontinence a ochrana horních močových cest. Dle výsledků má augmentace močového měchýře až 85ti% úspěšnost, jedná o velmi bezpečnou metodu. V léčbě smíšené inkontinence se uplatnily metody uvedené výše při léčbě jednotlivých typů inkontinencí. Základem však zůstává farmakologická stabilizace urgentní části inkontinence a následně chirurgická léčba stresové části inkontinence. U inkontinencí typu extraanatomii se farmakologická léčba neužívá, protože nemá žádný efekt. Téměř vždy je potřebná chirurgická úprava anatomických poměrů. Patří sem chirurgické odstranění divertiklů uretry, odstranění nadpočetné uretry anebo rekonstrukční chirurgické zákroky. Paradoxní inkontinence bývá zpravidla řešena chirurgicky. Jen tak může být léčba stoprocentní. Konzervativní řešení paradoxní inkontinence se provádí pomocí katetru či epicystomie. Primární léčbou neurologické inkontinence je v rukou neurologa, následná terapie ostatních symptomů náleží do rukou urologa. V zásadě se však jedná o farmakologickou léčbu myorelaxancii a polysynaptickými inhibitory, dále se uplatňuje intermitentní katetrizace, biologická zpětná vazba, neuromodulace a míšňní stimulace. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 371)

Výskyt lidí s močovou inkontinencí nad 65 let je poměrně vysoký. V dospělém období převládá prevalence močové inkontinence u žen a to 3:1. S postupujícím časem se pomyslná ručička vah přesouvá na stranu mužů a po osmdesátém roku života se vyrovnává. Vysoký výskyt inkontinence ve stáří je jev spojený se stárnutím organismu. Etiologií vzniku je vysoká polymorbidita starší populace, společně s imobilitou, častou dehydratací, demencí či depresí. Svůj podíl na vzniku inkontinence nesou nežádoucí a vedlejší účinky užívaný léků. Proces stárnutí ovlivňuje funkci nervové soustavy, důsledkem čehož může dojít k porušení pontinního mikčňního centra. Demence, charakteristická pro seniory zhoršuje následky močové inkontinence dezorientací a zvýšeným rizikem pádu. Stárnutí se na urogenitální soustavě podepisuje



především onemocnění prostaty u mužů a dysfunkcí pánevního dna u žen. Obvykle starší muži se potýkají s problémy spojenými se symptomy dolních močových cest, způsobených postizením močové trubice či prostatickými obtížemi. Fyziologicky po 65. roce života dochází ke snižování kapacity a napětí stěny močového měchýře vedoucí k poruše vyprazdňování moči. (Romžová et al., 2010, s. 119) Ženy vlivem menopauzy, která obvykle nastává mezi 49. až 51. rokem života, ztrácí schopnost reprodukce. Snižování hladiny estrogenů vede k estrogen-deficitnímu syndromu. Projevem je snížená funkce endotelu a svaloviny cévní stěny, spolu s atrofií kůže a sliznic, který ve výsledku vyúsťuje v morfologické změny pánevního dna. (Trněná, Hořčíčka, 2011, s. 29–30) Dalším problémem stáří je snížený pocit žízně a z toho plynoucí dehydratace. Kardiovaskulární onemocnění jsou třetím nejčastějším onemocněním ve vyšším věku a jejich léčba, především diuretika, vede k mikčným potížím. Nedostatečně kompenzované smyslové poruchy jsou příčinou špatné orientace v prostoru, díky které senior nemusí včas stihnout dojít na toaletu. V dnešní době celkově narůstají náklady na život, u seniorů je tento jev znatelnější, neboť léky i pomůcky, které denně potřebují k běžnému životu, stojí značné sumy peněz a ne vždy je pojišťovna hradí. Starší lidé proto šetří a nekupují si pro ně určené inkontinentní pomůcky, čímž klesá jejich životní úroveň. (Romžová et al., 2010, s. 120)

### **3 SOUČASNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORA S INKONTINENCÍ**

#### **Ošetřovatelské intervence**

V roce 2008 uskutečnila společnost IncoForum výzkum inkontinence v souvislosti s ošetřovatelskou péčí. Do výzkumu bylo zapojeno 34 zařízení pečujících o geriatrické pacienty a celkově pak 465 respondentů z řad pacientů, respektive klientů. Z výzkumného šetření vyplynula mnohá zajímavá zjištění. Na otázku, jaké jsou nejdůležitější ošetřovatelské postupy při péči o inkontinentní pacienty, respondenti odpověděli, že nejdůležitější je nácvik kontinence a hned poté výměna absorpčních pomůcek. Jen v jednom případě byla zmíněna nutnost fyzioterapie. Výzkum říká, že největší překážku v poskytování optimální ošetřovatelské péče o inkontinentního pacienta je nedostatek finančních prostředků. Varovným signálem je fakt, že tuto odpověď zvolilo 58% respondentů. Hned na druhém místě se objevil problém s nedostatkem personálu, který rovněž udávala více jak polovina respondentů. Pouze agentury domácí péče popisovaly velký problém neochotu lékařů předepisovat inkontinenční pomůcky. Důležitým údajem je skutečnost, že u 70ti% pacientů nebyla diagnostikována konkretizace inkontinence. (Kučera et al., 2008, s. 2–7) Navzdory úsilí mnoha zdravotnických pracovníků, organizací podporujících léčbu inkontinence i samotných pacientů se nedá přesvědčivě dokázat, že se podařilo maximálně optimalizovat péči o starší pacienty. MUDr. Resick a jeho kolegové provedli v roce 2006 kvalitativní studii zaměřenou na management ošetřovatelské péče v domovech s pečovatelskou službou. Výzkum ukázal, že v zařízeních tohoto typu dochází k špatné organizaci činností, k čemuž přispívá i nedostatečná týmová práce, velká časová omezení a neuspokojivá komunikace mezi zdravotnickým týmem. Malá angažovanost a neadekvátní dokumentace jsou další fakta plynoucí z výše zmíněného výzkumu.

Močová inkontinence je stav ovlivňující celého člověka. V praxi se nejvíce uplatní holistický model ošetřování. Sestry s dlouhodobou praxí zaměřenou na péči o inkontinentní pacienty prokázaly, že svými zkušenostmi, vzděláním a pozitivním vztahem k pacientům výrazně ovlivní proces jejich uzdravení a podílejí se na snížení nákladů za péči o pacienty. (Keilman, Dunn, 2010, s. 261–264) Rozsah činností a kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků je dán Vyhláškou č. 424/2004 Sb. Úkolem všeobecné sestry je edukovat pacienta, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Dále provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad deset let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Do sesterského plánu péče patří vytvoření prostředí pro co nejsnadnější dosažení toalety. Viditelně proto označí toaletu, postará se o zajištění čistého a intimního prostředí. Důležité je zabezpečení toalety před rizikem pádu madly, dostatečným osvětlením a dosažitelností signalizačního zařízení.

Úkolem sestry je pečlivě vést ošetřovatelskou dokumentaci, do které zaznamenává pitný režim pacienta. (Vyhláška č. 424/2004 Sb., s. 482–543) K tomuto účelu se používá mikční deník. Slouží k zapisování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin. Pacient si vede přesné denní záznamy o příjmu a výdeji tekutin v mililitrech, ke každému údaji zapisuje čas, zda při močení byla či nebyla urgence, jestli byl pocit na močení doprovázen inkontinenční epizodou a údaj o použití absorpčních pomůcek. K detailnímu zápisu patří záznam o době ulehnutí ke spánku a počet nočních močení. Po 24 hodinovém sledování, pacient sečte hodnoty přijaté i vymočené tekutiny, čímž dokončí denní záznam. Deník je nutné vést minimálně po dobu tří až pěti dnů, aby zdravotnický personál mohl výsledky považovat za objektivní. (Marenčák, 2006, s. 113–114) Vedení mikčního deníku pomáhá odhalit stravovací i vyprazdňovací návyky pacienta, které

poskytují velkou škálu dat, ze kterých odborník dokáže sestavit individuální vzorec chování v oblasti příjmu a výdeje tekutin. Mnohé studie staví své výzkumy na datech stanovených z mikčních deníků. Důležitým faktorem je důslednost a velké množství informací, které se sbírají „hodinu co hodinu“. Tato metoda dokáže předejít mylným závěrům vyplývajícím ze situace, kdy dva pacienti nahlásí stejný počet mikcí za 24 hodin, ale není jasné, kolik tekutin za udanou dobu pacient vypil. Různé studie ukazují rozdíly mezi příjmem tekutin a předpokládaným výdejem a to až o 25% nižším. Příčinou tohoto jevu je ztráta vody pocením, výdechem a část procent neznámými příčinami. Dalším patrným jevem je negativní vliv tzv. „zdravého životního stylu“, který radí vypít denně co nejvíce tekutin. Studie dokázaly, že nadměrný příjem tekutin není tělu prospěšný. (Miler, Guo, Rodseth, 2011, s. 3–8 ) Uplatnění nalezne především při konzervativní léčbě s názvem autogenní trénink močového měchýře, který se snaží o obnovu volní kontroly nad inhibicí mikce a směřovat ji do určitého času. Plánovaná návštěva toalety by měla proběhnout zhruba každé 3 hodiny. (Hejzlarová, 2009, s. 2–8) Cílem tréninku je opravit mikční vzory, zlepšit schopnost potlačit nutkání a zvýšit kapacitu močového měchýře. (Northon, Brubaker, 2006, s. 57) Mikční deník je snadnou a spolehlivou formou kontroly nastavené léčby. (Horčíčka et al, 2012, s. 5)

Úkolem sestry je řádná edukace neboli ovlivňování chování a jednání jedince s cílem zvýšit jeho vědomosti a dovednosti k danému tématu. Rozvoj těchto vlastností patří ke každodenním činnostem sestry. Zvyšující se úroveň a kvalita vzdělanosti jedince potvrzuje sestře efektivnost edukačního procesu. Edukační proces má 3 hlavní atributy. Prvním je základní edukace, kdy pacient dostává primární informace o inkontinenci a způsobu, jakým nemoc ovlivní dosavadní život pacienta. Edukátor se snaží přimět pacienta ke změně životního stylu v souvislosti s omezeními vzniklými nechtěným únikem moči. Druhým atributem je reedukace, která navazuje na předchozí vědomosti

pacienta. (Juřeníková, 2010, s. 10) V tento okamžik sestra zdůrazňuje nutnost dostatečné péče o pokožku, radí, které speciální přípravky používat, kdy nebo jakým způsobem je lze aplikovat, čímž je maximalizovaná úspěšnost konzervativní léčby. (Sochorová, 2009, s. 51) Komplexní edukace je prováděna nejčastěji v kurzech, kde je dostatek času na předání ucelených a obsahově náročnějších informací. (Juřeníková, 2010, s. 10) Vhodná edukace s přiměřeným množstvím informací vede pacienty k vyšší chuti podílet se na terapii. Pacienti se snaží, co nejrychleji získat kontrolu nad svou inkontinencí. (Keilman, Dunn, 2010, s. 264)

Edukace má velký vliv na prevenci onemocnění. Zaměřuje se na prevenci zdravých lidí, kteří ještě neměli zkušenost s inkontinencí pomocí reklam v médiích, veřejných rozhovorů odborníků a letáků. Jejím cílem je zvýšit povědomí lidí o nechtěném úniku moči. U pacientů s již nastalými problémy se soustřeďuje na poučení pacienta o nutnosti dodržovat režimová opatření a tím předcházet komplikacím. (Juřeníková, 2010, s. 10)

K edukaci pacienta je potřeba dostatek času, klidná a intimní atmosféra. Především při edukaci seniora musí sestra počítat s časovou náročností, neboť starší lidé potřebují k učení čtyřikrát delší dobu a udělají čtyřikrát více chyb. Sestra by proto měla mluvit srozumitelně, klidně, dostatečně hlasitě a pomalu, aby i starší člověk se smyslovým hendikepem porozuměl výkladu. Důležité je informace opakovat, názorně předvádět činnosti a dotazovat se, zda všemu porozuměli. (Křivohlavý, 2002, s. 142) Nepřesné informace a víra v ně tvoří potencionální překážku pro vhodnou léčbu inkontinence. Mnoho žen se mylně domnívá, že je inkontinence přirozenou součástí stárnutí, které není nutno se bránit, nýbrž se podvolit a zvyknout si na nepříjemnosti související s únikem moči. Nepřesné či dokonce nedostatečné informace vedou k pocitu, že se jejich problémy nedají zmírnit nebo odstranit. Pro většinu z nich je inkontinence hlavní překážka ukazování se ve společnosti či vykonávání fyzických nebo sexuálních

aktivit. Studie prokázaly, že nejčastější pocit žen s inkontinencí je bezmocnost. (Keilman, Dunn, 2010, s. 264)

Jednou z intervencí sestry u pacienta s močovou inkontinencí je edukace o ideální hmotnosti a pozitivním vlivu pravidelného pohybu. Údaj o hmotnosti pacienta sestra stanoví pomocí BMI z anglického body mass index. Ideální váha má BMI 18,5–25, cokoli nad BMI 25 je nadváha, kterou rozdělujeme na mírnou, střední a těžkou. (Eltatawy, Soliman, Taha, 2011, s. 2) Studie prokázaly spojitost mezi věkem, obezitou, močovou inkontinencí a to úměrně. Čím vyšší věk tím vyšší hodnota BMI a zhoršené projevy inkontinence. (Franzén et al., 2009, s. 229) Obezita je významný a stále se zvyšující zdravotní problém dnešní společnost, obzvláště rozšířený ve starší populaci. Z celkového pohledu se netýká jen samotných pacientů ale i zdravotnického personálu a nedostatkových finančních zdrojů. Varovnou skutečností je zjištění, že v roce 2005 bylo 30% obyvatel domů s pečovatelskou službou s indexem tělesné hmotnosti vyšším nebo rovno 35kg/m<sup>2</sup>. Tento údaj odpovídá druhému stupni obezity. (Bradway et al., 2010, s. 121) Nadměrná hmotnost je rizikový faktor, který vede ke zvýšenému intraabdominálnímu tlaku na močový měchýř. Tento jev vede k chronickému namáhání a napínání svalů, tkání, pojivové tkáně a nervového zásobení pánevního dna což postupně vede k jeho dysfunkci. (Eltatawy, Soliman, Taha, 2011, s. 3–4) Vztah mezi obezitou a močovou inkontinencí byl zkoumán poměrně značně. Lidé vážící 250 liber nebo více při přijetí do domácí ošetrovatelské péče měli dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou potřebovat permanentní močový katétr, než lidé vážící méně než 250 liber. Ze studií je známo, že obézní lidé častěji trpí polymorbiditou. (Bradway et al., 2010, s. 121) Oproti lidem s normální váhou, mají obézní lidé změněný vesicoureterální úhel při uretroskopii, který se významně zvyšuje a pozitivně koreluje se závažností močové inkontinence. Existují důkazy o tom, že skupina žen se zvýšeným

BMI a urgentní inkontinencí může mít zvýšený výskyt mutace SS3 na adrenergických receptorech, která ovlivňuje citlivost tkání k inzulinu a vysoký klidový tlak močového měchýře. (Eltatawy, Soliman, Taha, 2011, s. 3–4) Dlouholetá nadváha je důležitější prediktor než nadváha po dosažení věku 43 let. Obezita je potenciálně modifikovatelný rizikový faktor pro močovou inkontinenci, proto snaha sestry pomoci pacientovi v redukci váhy vede ke snížení frekvence inkontinentních epizod. Jedním z úkolů sestry je dohlížet nad dodržováním nízkokalorické diety a motivovat pacienta k snížení váhy o 5-10%. (Whitcomb, Subak, 2011, s. 124–126) Významný problém optimální péče o obézní, inkontinentní pacienty je nedostatek vhodného oblečení, které by odpovídalo velikostem, schopností zadržovat tekutiny a potřebě pacienta cítit se pohodlně a bezpečně. Pro ošetrovatelskou péči o obézního pacienta je nezbytný dostatek času a personálu. (Bradway et al., 2010, s. 121–128) Nadměrná hmotnost je spojena se všemi typy inkontinence. Pro 5530 respondentů je močová inkontinence společně s obezitou silnější negativní faktor pro kvalitu života než diabetes mellitus, rakovina a artritida. (Whitcomb, Subak, 2011, s. 124–126)

Rehabilitace svalů pánevního dna patří mezi primární léčebné metody v oblasti močové inkontinence. Jejím cílem je posílit svaly, zvýšit tonus a kontrakční schopnost pánevního dna. (Miklica, 2006, s. 227) Původně se gymnastika svalů v oblasti pánevního dna zaměřovala na ženskou populaci. V dnešní době již studie prokázaly pozitivní účinek cviků i pro muže. (Sochorová, 2009, s. 51) Meta analýza ukázala, že ženy podstupující trénink svalů pánevního dna mají sedmkrát větší pravděpodobnost vyléčit se. (Northon, Brubaker, 2006, s. 57–67) Holaňová a Krhout (2010, s. 308–309) dělí rehabilitaci na čtyři základní přístupy. Prvním a nejstarším přístupem je posilování svalů pánevního dna, pomocí tzv. Kegelových cviků, nazvaným podle vynálezce a gynekologa, Arnolda Kegela. Cvičení je založeno na sériích rychlých stahů a relaxací

svalů pánevního dna. Doporučovaná doba kontrakce i relaxace je 5 vteřin. Nevýhodou této metody je nekomplexnost, která může vést až k prohloubení svalové dysbalance. (Krhout, Maixner, 2002, s. 60) Druhý přístup, zvaný „synkinetický“, je poměrně známý, neboť se často vyskytuje v informačních letáčích a brožurách. Pacient se při cvičení snaží zatnout velké svalové skupiny upínající se v blízkosti svalových úponů pánevního dna. Tato metoda má poměrně malý efekt. Oproti tomu, při provádění třetího „posturálního“ přístupu, nahlížíme na pánevní dno celistvě a vnímáme ho, jako součást hlubokého stabilizačního systému. „Ostravský koncept“ je čtvrtou metodou popisovanou Holaňovou a Krhoutem. Poslední zmíněná metoda se snaží spojit posturální přístup s nácvikem izolované kontrakce jednotlivých svalových vrstev. Cílem rehabilitace je zvýšit funkčnost svalstva pánevního dna a naučit pacienty princip „find and use“, tedy najít cílovou skupinu svalů a v případě hrozící inkontinenční epizody je zatnout. (Holaňová, Krhout, 2010, s. 308) K rehabilitaci pánevního dna patří i metoda zvaná „biofeedback“. Pomocí EMG jsou snímány biopotenciály při cvičení Kegelových cviků. (Miklica, 2007, s. 227) Biopotenciály podávají pacientovi vizuální obraz o účinnosti cvičení pánevního dna, který motivuje ke zlepšení. Studie prokázaly, že jakékoli rehabilitační techniky mají vyšší účinek, dohlíží-li na jejich provádění odborník. (Busuttill-Leaver, 2011, s. 32–36) Další pomůckou pro správné posílení svalstva pánevního je použití vaginálních kónusů u žen. Speciální kónusy jsou vyrobené s různou hmotností i velikostí. Každý den si je žena zavádí na dvacet minut do pochvy. Začíná se od nejlehčích a postupně se váha zvyšuje. Úkolem ženy je kónus v pochvě udržet kontrakcí svalů. Úspěšnost metody je 50%. (Romžová et al., 2011, s. 223)



## **Absorpční pomůcky pro inkontinenci**

Používání jednorázových absorpčních pomůcek patří k základní léčbě močové inkontinence. Pokud léčba inkontinence není možná nebo dostatečně účinná, mají absorpční pomůcky za úkol, zajistit pacientovi důstojný život. (Hrabovská, Valachová, 2001, s. 173) Jak potvrzuje Sochorová (2009, s. 51) jednorázové absorpční pomůcky navrací pacienty k dřívějším aktivitám. Moderní absorpční pomůcky pro pacienty znamenají jistotu bezpečí a nenápadnosti, které navíc chrání před zápachem. Trh se zdravotními potřebami nabízí širokou paletu značek, výrobků i materiálů pro inkontinentní pacienty. Někteří lidé, především ženy, řeší problémy s nechtěným únikem moči pomocí dámských vložek, které jsou navrženy pro sání menstruační krve. Vyplývá to ze strachu a studu žen, svěřit se se svými problémy lékaři, který by mohl následně absorpční pomůcky předepsat. Absorpční pomůcky pro inkontinenci, jsou navrženy tak, aby speciální povrchová vrstva odváděla moč z celého povrchu do absorpčního jádra, které zabraňuje prosáknutí. Absorpční jádro je tvořeno vlákny z polyesteru, jejich počet, velikost a uspořádání určuje stupeň kapacity vložky pro vstřebávání uniklé moči. Pro absolutní spolehlivost a pohodlí pacientů, jsou vložky opatřeny vodotěsným obalem s mikroporézními otvory, které dovoluji pokožce dýchat a zároveň zabraňují prosáknutí moči či úniku zápachu. (Newman, 2004, s. 316) K tomuto tématu Sochorová doplňuje fakt, že jádro se po nasátí moči přemění v gel, který je v pomůcce pevně fixován a povrch vložky zůstane suchý. (Sochorová, 2009, s. 51) Vývoj tzv. superabsorbentů vedl k vytvoření savých materiálů schopných absorbovat pětikrát až sedmkrát více tekutiny než buničina. Blannin vytvořil tři hlavní faktory výběru pomůcky pacientem - preference pacienta, stupeň inkontinence, duševní a fyzická kondice pacienta. Pacientem preferované pomůcky musí být dostatečně účinné, přizpůsobivé a pohodlné. Stupeň inkontinence

určuje množství uniklé moči za časový interval, sílu proudu unikající moče a specifikuje typ inkontinence. (Horčíčka et al, 2010, s. 79) Při volbě absorpčních produktů pro staršího pacienta je nutné zvážit několik faktorů, ovlivňujících pohodlnost a spolehlivost výrobku. Jedním z těchto faktorů je pohlaví, způsob použití a cena výrobku. Mnoho starších pacientů žije pouze ze starobního důchodu, který na pořízení kvalitních absorpčních pomůcek v dostatečném množství nestačí i v případě příspěví pojišťovny. Celkově by mělo být cílem vybrat nejlepší absorpční produkt, který pacientovi zajišťuje dostatečné pohodlí, snadno se používá, zadržuje dostatečné množství moči, neutralizuje zápach a má nízké pořizovací náklady. (Newman, 2004, s. 317) Nelékařský zdravotnický personál musí znát nejen seznam dodavatelských firem a výrobců absorpčních pomůcek, ale především se dokáže orientovat v základní charakteristice a vlastnostech výrobku. (Jančová, 2007, s. 138) K tomuto účelu slouží indikační páska, která svým zbarvením ukazuje absorpční kapacitu pomůcky za čtyři hodiny. Žlutá barva označuje pomůcky určené pro pacienty s lehkou inkontinencí. Zelená barva je označena „plus“ a používá se pro střední inkontinence. Modrá barva se rozděluje na světlou a tmavou, obě jsou určené pro těžkou inkontinenci a označují se „extra“ nebo „super“. Pro dlouhodobě nemocné byly vyvinuty jednorázová pyžama, podložky i prostěradla, která zvyšují celkový komfort člověka trpícího inkontinencí. Doba použití jedné absorpční pomůcky by neměla přesáhnout osm hodin. (Kalvach, 2004, s. 254–255) Pacient je pravidelně kontrolován a to minimálně třikrát denně v 09:00, 14:00 a 20:00h. (Shigeta et al., 2009, s. 1609) Při výměně pomůcky je důležité několik okamžiků nechat pokožku odkrytou, aby byla správně odvětrána. Poté se důkladně omyje, osuší a ošetří se prostředky k tomu určenými. K dispozici jsou mycí emulze, čistící pěny, ošetrovací oleje i spreje. (Kalvach, 2004, s. 254–255) Úsporou času i energie je použití vlhčených ubrousků, které díky svému složení nevysušují a nedráždí pokožku. Používání čistících

mlék s regeneračním, hydratačním účinkem a rychlou dobou vstřebání pomáhá předcházet opruzeninám. (Sochorová, 2011, s. 489) V České republice existuje rozsáhlá nabídka absorpčních pomůcek. Nejužívanější jsou vložky, vložné pleny, plenkové kalhotky, fixační kalhotky a jednorázové podložky různých velikostí. (Kalvach, 2004, s. 254–255) Skandinávská studie z roku 2008, která zkoumala prevalenci močové inkontinence v domovech pro seniory, zjistila, že plenkové kalhotky nosí mezi pacienty mužského pohlaví 42,3% a mezi ženským pohlavím 28,3% žen. Naopak savé vložky používá 29,4% mužů a 71,9% žen. Údaje ukazují, že muži dávají při volbě absorpčních pomůcek přednost plenkovým kalhotkám a ženy savým vložkám. (Du Moulin et al., 2009, s. 227) Výše zmíněné absorpční pomůcky jsou jednorázové, tedy po použití se okamžitě vyhodí. Existují i pomůcky pro více použití, jsou z různého materiálu, velikostí i barev. Nejpoužívanější svrchní materiál je bavlna, která je hydrofilní. Vnitřní jádro je tvořeno bambusem, konopím či pleteninou z umělého hedvábí doplněné o polyesterová vlákna. Důležité je zvážit užívání jednorázových či více použitelných pomůcek. Bereme v úvahu individuální požadavky pacienta, jeho životní styl, touhu po pohodlí, finanční náklady, stav mikce ale i přítomnost prádelny či ohledy na životní prostředí. (Lekan-Rutledge et al., 2003, s. 416–417) Předepsání absorpčních pomůcek je vázáno na lékařský předpis z rukou lékaře smlouvaného s danou pojišťovnou. Praktický lékař, urolog, gynekolog, geriatr či neurolog vyplňují předpis na základě potvrzení o patologické inkontinenci. (Sochorová, 2009, s. 51) Absorpční pomůcky jsou hrazeny z veřejného pojištění dle zákona č. 369/2011 Sb. Oddíl C. V seznamu pomůcek hrazených veřejným zdravotnickým pojištěním je pro inkontinentní pacienty předepsáno množství pomůcek dle stupně inkontinence na měsíc či rok. Pacient s lehkou inkontinencí má nárok na maximálně 150 vložek měsíčně a 24 kusů fixačních kalhotek za rok. Pro pacienty se střední inkontinencí zůstává počet vložek na měsíc

i počet fixačních kalhotek na rok stejný. Pacient si pouze může vybrat mezi vložnou plenou nebo vložkou. Lidé s těžkou močovou inkontinencí mají právo na 150 kusů plenkových kalhotek měsíčně. Absorpční podložky se savou plochou 40x60 do 60x90 cm jsou hrazeny pojišťovnou maximálně do 60 kusů za měsíc pro pacienty s těžkou inkontinencí. (Hořčíčka et al., 2012, s. 8) V Číselníku VZP-„Prostředky zdravotnické techniky“ zahrnutý do podskupiny 02, jsou vypsány všechny pomůcky pro inkontinenci spolu s množstvím, které pojišťovna proplácí. (Hrabovská, Valachová, 2001, s. 173–174) Dle průzkumu prováděného v roce 2008 se téměř 40% pacientů finančně podílí na úhradách za inkontinenční prostředky. (Kučera, rok 2008, s. 7) Nárok na částečné proplácení finančních nákladů za absorpční pomůcky vzniká při prokázané močové inkontinenci od tří let věku. Lékař může pomůcky předepsat nejdéle na tři měsíce. Pojišťovna nehradí finanční náklady za pomůcky pojištěncům v ústavní péči či v odborných léčebnách. (Sochorová, 2009, s. 51)

## **ČIK neboli čistá intermitentní katetrizace**

Jednou z metod zvládnání močové inkontinence je ČIK. Význam zkratky znamená čistá intermitentní katetrizace, což je název metody vyprazdňování močového měchýře pomocí katetru, který si pacient sám či s pomocí členů rodiny zavede přes močovou trubici do močového měchýře. Opakovaným vyprazdňováním pomocí katetrizace pacient předchází nedobrovolným únikům moči. (Arnošová, Julínková, 2002, s. 213) Zpočátku se metoda ČIK může pacientům jevit, jako složitá a obtížná na provedení. Řada studií dokazuje, že se jedná o velmi efektivní a bezpečnou metodu, která je pacienty velmi dobře tolerována. (Šámal, 2011, s. 234) Jak již slovo „čistá“ předesílá, nejedná se o sterilní metodu katetrizace. Pacienti se cévkují v domácím prostředí bez

přístupu ke sterilizaci. Pokud pacient nechce nebo nemůže provádět katetrizaci sám, je nutno proškolit rodinného příslušníka, který následně tento výkon provádí. Důležitým aspektem čisté intermitentní katetrizace je pravidelnost. O časovém schématu rozhoduje lékař, který se rozhoduje na základě údajů z přesně vedené mikční karty, jednotlivých porcí moče a údajů z urodynamického vyšetření. (Arnošová, Julínková, 2002, s. 213) Při každodenním dodržování pitného režimu bývá potřeba katetrizace čtyřikrát až šestkrát za den. (Šámal, 2011, s. 234) Metoda ČIK je využívána především z neurogení indikace. (Arnošová, Julínková, 2002, s. 213) Uplatňuje se jako konzervativní léčba neurogení inkontinence, kdy dochází k vyprázdnění močového měchýře bez nutkání na močení. (Sochorová, 2011, s. 488) Cyklické provádění vyprázdnění močového měchýře pomocí cévky má příznivý vliv na napětí detrusorů. Neurogení měchýř má tendenci se přeplňovat čímž zvyšuje napětí detrusorů, což vede k postupné ztrátě schopnosti přirozeně se vymočit. Metoda ČIK zabraňuje eventuálním výskytům epizod pomočení se a včasným odstraněním postmikčního rezidua snižuje riziko výskytu bakterií v dolních močových cestách. Tato pozitivna vedou k aktivnějšímu a spokojenějšímu životu pacientů. Nácvik ČIK probíhá v nemocnici, kde si pacient zhruba během dvou až tří dnů osvojí dovednost autokatetrizace. Před začátkem nácviku výkonu je nutná dostatečná edukace a empatie. Pro mnoho lidí se jedná o velmi choulostivý problém, ze kterého mají obavy. Nácvik autokatetrizace probíhá pod dohledem zkušené sestry v místnosti co nejvíce vyhovujícím podmínkám, které bude mít pacient doma. Důležitým aspektem provedení správného výkonu je zajištění intimní atmosféry. První katetrizaci provádí sestra, u mužů pak lékař. Klidným popisováním a vysvětlováním každého kroku, pacienti postupně získávají odvahu k prvním pokusům. Před samotnou autokatetrizací pacient zaujme správnou polohu. Nejlépe osvědčená poloha u žen, je stoj či poklek rozkročmo nad podložku,

mezi chodidla respektive mezi kolena se umístí zrcátko, na kterém může setra ukazovat anatomii ženských partií. Poté si žena pod správným úhlem zavede katetr do močové trubice. Žena je upozorňována na šetrné provádění tohoto výkonu, aby nedošlo k poranění uretry. I z tohoto důvodu jsou doporučovány tenké a co nejměkčí katetry velikostí 14 Char pro ženy a 12 až 14 Char pro muže. (Arnošová, Julínková, 2002, s. 213) Provedení čisté intermitentní katetrizace za dodržení hygienických zásad a správné techniky, nezvyšuje riziko infekce. (Šámal, 2011, s. 234) Následné vycévkování probíhá do WC či jiné nádoby. V domácím prostředí pacient uchovává všechny potřebné pomůcky na čistém podnose překrytém čistou rouškou. Pokud je pacient nucen vycévkovat se mimo domov, doporučuje se uschovávat pomůcky ve vodotěsném, omyvatelném obale. S problematikou čisté intermitentní katetrizace by měla být seznámena rodina. Na cestu domů z nemocnice je nemocný vybaven katetry na dva dny a poukázkou na vydání pomůcek v prodejnách zdravotnických potřeb. Pacient má nárok na sto katetrů na měsíc, přičemž pojišťovna povoluje vydávání pomůcek na tři měsíce. Další poukazy jsou vystavovány při pravidelných kontrolách pacienta v urologických ambulancích. (Arnošová, Julínková, 2002, s. 213)

## **4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOMPLIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE V POPULACI LIDÍ VYŠŠÍHO VĚKU**

Močová inkontinence je nepříjemný stav doprovázený velkým množstvím komplikací, neboť postihuje člověka ve všech oblastech života. Lidé jsou nuceni vzdát se běžně prováděných aktivit, omezit své sociální kontakty což vede k porušení partnerských, sexuálních i pracovních vztahů. Mnozí lidé musí přeorganizovat dosavadní styl života a omezit se ve fyzicky náročných volnočasových aktivitách. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 265) Nejvíce ekonomických a psychických komplikací mají lidé se smíšenou inkontinencí. (Franzén et al., 2009, s. 229)

Neovladatelný únik moči devalvuje pacientovu osobnost a to v první řadě snížením sebeúcty a sebedůvěry. Především ženy jsou na vnímání inkontinence velmi citlivé. Často trpí pocity méněcennosti. Únik moče vnímají, jako projev osobního selhání. Stydí se samy před sebou i před okolím a proto o svém problému nerady hovoří. Pro starší ženy je inkontinence symptomem stárnutí, který se bojí přiznat a projevy bagatelizují. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 265). Inkontinence nutí lidi častěji přerušovat pracovní dobu, ovlivňuje člověka ve výběru zaměstnání i pracovního prostředí. Vlivem těchto omezení lidé častěji ukončují pracovní poměr a odchází do starobního nebo předčasného důchodu. (Brodák et al., 2008, s. 18)

Snížení finančního příjmu související s odchodem do důchodu a vysoké finanční nároky na diagnostiku, léčbu a rehabilitaci močové inkontinence znamenají pro pacienta závažný ekonomický problém. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 266) Jak uvádí Krhat s Maixnerem (2002, s. 56) inkontinence patří k nejdražším zdravotním problémům a se stoupajícím věkem obyvatelstva budou náklady přibývat.

Opakovaným působením moči na kůži dochází k přímému poškození ochranného filmu pokožky a zvýšení pH. Jedním z projevů oslabené ochranné funkce kůže jsou podrážděná místa v okolí třísel a genitálu, která mohou vyústit v nepříjemné opruzeniny. Imobilní pacienti jsou vystavováni mnohem vyššímu riziku, podrážděná a vlhká pokožka je náchylnější k poškození tlakem, jako jsou dekubity. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 265) Nejvíce jsou ohroženi staří a ležící pacienti, protože dochází k atrofii pokožky, pokožka je sušší a méně odolná vůči vnějším vlivům. (Sochorová, 2009, s. 51) Důležitým aspektem péče o inkontinentní pacienty je zachování zdravé kůže. Cílem péče je zabránit vzniku dermatitidy, v případě poškození obnovit integritu kůže a zabránit opakovanému poškození. Zdravá kůže je účinná bariera vůči patogenům. Na ochranné funkci kůže se podílí keratinocyty, kožní lipidy a kyselé pH pokožky. Vlivem zvýšeného tělesného tepla a vlhkosti při příliš těsném přikládání absorpčních pomůcek dochází k urychlení vzniku nežádoucích komplikací, jako je dráždivá dermatitida, kvasinkové infekce, povrchové kožní ztráty v důsledku tření či alergické reakce. Ke vzniku těchto komplikací přezpívá i nešetrná ošetrovatelská péče, kdy sestra rychle čistí pokožku čímž odstraní epidermální buňky a povrchové lipidy. Nemalý vliv má i alkalická moč, která svým zásaditým složením narušuje kyselé pH kůže. Sestra má za úkol preventivně pečovat o kůži s cílem udržet povrchovou ochranou funkci kůže a minimalizovat expozici různých dráždivých a patogenů. Mezi klíčové prvky patří rychlé a šetrné ošetření. V praxi se nejčastěji vyskytují změkčovadla kůže, jako jsou minerální oleje, lanolin, aloe vera a mandlový olej. Úkolem D-panthenonu a glycerinu je zvláčňovat pokožku, oproti tomu vazelína a oxid zinečnatý pokožku pomáhá chránit. (Lekan-Rutledge, 2003, s. 417–419) Močová inkontinence je zdrojem permanentní macerace kůže genitálu i okolí, vede k chronickému podráždění, zvyšuje náchylnost člověka k infekcím dolních cest močových a ohrožuje



pacienta zvýšeným rizikem vzniku infekce horních cest močových, které mohou vést k urosepsi. (Marenčák, 2006, s. 112) Řada studií ukazuje, že již po několika týdnech adekvátní péče o těžce inkontinentní seniory dojde k výraznému zlepšení kožních projevů u 90ti% pacientů. (Hořčíčka et al., 2012, s. 1–16)

## ZÁVĚR

Mnoho odborníků z celého světa z řad urologů, gynekologů, psychologů a dalších příbuzných oborů, soustředí svou pozornost na problematiku močové inkontinence. Snaží se nalézt co nejšetrnější metody vyšetřování i léčby. Zaměřují se na zlepšení kvality života a prevenci vzniku močové inkontinence, která pro každého člověka představuje psychickou i sociální zátěž.

Prvním cílem této přehledové bakalářské práce bylo shromáždit základní dohledané poznatky o problematice močové inkontinence. Mezi základní fakta patří prevalence inkontinence mezi obecnou populací, která činí 16%. (Kučera et al., 2008, s. 1, Romžová et al., 2011, s. 222) Mezinárodní společnost pro kontinenci rozděluje inkontinenci na stresovou, urgentní, paradoxní, totální, smíšenou a extraanatomickou. (Romžová et al., 2011, s. 222) Dle závažnosti je inkontinence řazena do tří stupňů. (Číselník VZP-ZP, 2012, s. 6–8) Diagnostika je nejčastěji stanovena urologem na základě podrobné anamnézy a specifických urologických vyšetření. (Romžová et al., 2011, s. 222) Léčba se liší dle typu a stupně inkontinence. Primárně se dělí na konzervativní, chirurgickou a medikamentózní. (Giblo, Louda, Pacovský, 2011, s. 366)

Ošetrovatelská péče se řídí Vyhláškou č. 424/2004 Sb. (2004, s. 482–543), která stanovuje základní ošetrovatelské intervence. Přehled činností, které sestra vykonává v rámci péče o pacienty vyššího věku s močovou inkontinencí je zahrnut v rámci druhého cíle. Základní intervencí je řádná edukace, která správným provedením zvyšuje pacientovu touhu na podílení se na terapii a získání opětovné kontroly nad mikcí. (Keilman, Dunn, 2010, s. 264) Jednou z forem dokumentování úniků moči je Mikční

deník, který sestra pomáhá pacientovi vést. Představuje snadnou a spolehlivou formu kontroly léčby. (Horčička et al., 2012, s. 3) Studie prokázaly spojitost mezi věkem, inkontinencí, nadměrnou hmotností. Čím je váha a věk pacienta vyšší, tím problematičtěji se inkontinence projevuje. (Franzén et al., 2009, s. 229) Nadváha a inkontinence vyskytující se souběžně, představuje pro mnohé pacienty závažnější problém než diabetes mellitus či artritida. (Whitcomb, Subak, 2011, s. 124–126) Mezi primární léčebné metody patří rehabilitace a posilování svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků. Mezi pacienty je poměrně rozšířená. (Miklica, 2006, s. 227, Kučera, 2008, s. 3–4) K zajištění důstojného života při neúspěšné léčbě či jako doplněk léčby, jsou používány moderní absorpční pomůcky. (Hrabovská, Valachová, 2001, s. 173) V dnešní době se využívá pozitivních vlastností tzv. superabsorbentů, které jsou schopné absorbovat pětikrát až sedmkrát více tekutiny než voda. (Hořička et al., 2010, s. 79) Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je seznámení pacienta s postupy čisté intermitentní katetrizace, která se zpočátku může jevit složitá na provedení. Řada studií dokazuje, že se jedná o velmi efektivní a bezpečnou metodu, která je pacienty velmi dobře tolerována. (Šámal, 2011, s. 234) Navzdory úsilí zdravotnického personálu, organizací podporujících léčbu močové inkontinence i snahy mnohých pacientů, nebyla zatím léčba plně optimalizovaná. (Keilman Dunn, 2010, s. 261–264)

Sumarizováním informací o komplikacích spojených s močovou inkontinencí byl splněn třetí cíl. Následky inkontinence jsou patrné nejen na tělesné stránce pacienta, ale i na jeho psychice, sociálním chování a na finanční situaci. (Sochorová, Vránová, 2008, s. 265) Nejvíce ekonomických a psychických komplikací mají lidé se smíšenou inkontinencí. (Franzén et al., 2009, s. 229)

Hlavní cíl i dílčí cíle přehledové bakalářské práce byly splněny. Tématem močové inkontinence se zabývá velké množství odborníků z celého světa. V budoucnu by se prováděné studie měly více zaměřit na ošetrovatelskou péči. Relevantních českých zdrojů týkajících se ošetrovatelské péče je nedostatek.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ:

### 1. Česká bibliografie:

BRODÁK, M. et al. Prevalence symptomů dolních močových cest a hyperaktivního močového měchýře u žen a mužů v běžné populaci. *Urologie pro praxi*. 2008, **9**(1), 16–20. ISSN 1213-1768.

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírká zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČÍSELNÍK VZP-ZP. Verze 860 za dne 1. Dubna 2012. Zdravotnické prostředky předepisované na poukaz. Dostupné z:

[http://www.vzp.cz/uploads/document/1333310920-Metodika\\_PZT-860.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1333310920-Metodika_PZT-860.pdf)

GIBLO, V., LOUDA, M., PACOVSKÝ, J. Porovnání chirurgické a farmakologické léčby inkontinence. *UROLOGIE PRO PRAXI on-line* [online]. 2011, **12**(6), 366–372. [cit. 6.3.2013]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: [http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201106-0008\\_Porovnan\\_i\\_chirurgicke\\_a\\_farmakologicke\\_lecby\\_inkontinence.php](http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201106-0008_Porovnan_i_chirurgicke_a_farmakologicke_lecby_inkontinence.php)

HEJZLAROVÁ, L. Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči: pracovní postup. Praha: Ambit Media, 2009. ISBN 978-80-254-7727-4.

HIBLBAUER, J., ml., HIBLBAUER, J., st. Inkontinence moči u žen, zásady a možnosti diagnostiky a léčby inkontinence. *UROLOGIE PRO PRAXI on-line* [online]. 2011, **12**(1), 18–28. [cit. 6. 3. 2013]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>

HOLÁŇOVÁ, R., KRHUT, J. Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi*. 2010, **11**(6), 308–309. ISSN 1213-1768.

- HORČIČKA, L. et al. Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2012. ISBN 978-80-86998-58-9.
- HOŘČIČKA, L. Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci. *Urologie pro Praxi*. 2010, **11**(2), 79–80. ISSN 1213-1768.
- HRABOVSKÁ, M., VALACHOVÁ, L. Pomůcky pro inkontinenci. *Urologie pro praxi*. 2001, **2**(4), 173–174. ISSN 1213-1768.
- HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. 2003, **6**(1), 18–22. ISSN: 1211-6645.
- JANČOVÁ, B. Inkontinence, problém nejen zdravotní, ale i společenský. *Urologie pro praxi*. 2007, **8**(3), 38. ISSN 1213-1768.
- JULINKOVÁ, V., ARNOŠOVÁ, S. Čistá intermitentní katetrizace. *Urologie pro praxi*. 2002, **3**(5), 213. ISSN 1213-1768.
- JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. ISBN 78-80-247-2171-2.
- KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.
- KRHUT, J., MAINER, K. Inkontinence ve stáří, zvláštnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*. 2002, **3**(2), 56–61. ISSN 1213-1768.
- KRHOUT, J., ZVARA, P., ZACHOVAL, R. Role vložkových testů v diagnostice inkontinence moči. *Česká urologie*. 2012, **16**(3), 141–145. ISSN 1211-8729.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 82-247-0179-0.
- KUČERA, Z. et al. Inkontinence v kontextu ošetrovatelské péče. IncoForum on-line [online]. s. 1-42 [cit. 22.02.2013]. Dostupné z: <http://www.incoforum.cz/>

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

MIKLICA, J. Nemoci ženského močového traktu z pohledu urogynekologa. *Medicína pro praxi*. 2006, **3**(3), 132–134. ISSN 1214-8687.

ROMŽOVÁ, M. et al. Močová inkontinence z pohledu urologa. *MEDICÍNA PRO PRAXI on-line* [online]. 2011, **8**(5), 222–225. [cit. 6.3.2013]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/05/05.pdf>

ROMŽOVÁ, M. et al. Inkontinence moči ve stáří. *Urologie pro praxi*. 2010, **11**(3), 119–123. ISSN 1213-1768.

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

SOCHOROVÁ, N. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Medicína pro praxi*. 2009, **6**(1), 50–52. ISSN 1214-8687.

SOCHOROVÁ, N., VRÁNOVÁ, V. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*. 2008, **9**(5), 263–266. ISSN 1213-1768.

STANĚK, R. Inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2012, **9**(8), 347–353. ISSN 1214-8687.

ŠÁMAL, V. et al. Čistá intermitentní katetrizace v léčbě neurogenních dysfunkcí dolních močových cest po spinálním poranění. *ČESKÁ UROLOGIE on-line* [online]. 2011, **15**(4), 229–336. [cit. 1.3.2013]. ISSN 1211-8729. Dostupné z: [http://www.czechurol.cz/dwnld/cu\\_11\\_04\\_229\\_236.pdf](http://www.czechurol.cz/dwnld/cu_11_04_229_236.pdf)

TRNĚNÁ, Z., HORČIČKA, L. Inkontinence a menopauza. *UROLOGIE PRO PRAXI on-line* [online]. 2011, **12**(1), 29–32. [cit. 6.3.2013]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: [http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201101-0005\\_Inkontinence\\_a\\_menopauza.php](http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201101-0005_Inkontinence_a_menopauza.php)

#### **Zahraniční bibliografie:**

- BRADWAY, Ch. et al. Continence Care for Obese Nursing Home Residents. *Urologic Nursing*. 2010, **30** (2), 121–129. ISSN 1053816X.
- BUSUTTIL-LEAVER, R. Urinary stress incontinence. *Practice Nurse*. 2011, **41**(12), 32–36. ISSN 09536612.
- DU MOULIN, M. F. M. T. et al. Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009, **23**(2), 222–230. ISSN 1471-6712.
- ELTATAWY, H. H., SOLIMAN, M. G., TAHA, M. R. The link between female obesity and urinary stress incontinence. *Urotoday international journal*. 2011, **4** (5), 1–8. ISSN 1944-5792.
- FRANZÉN, K. et al. Urinary incontinence in woman is not exclusively a medical problem: A population-based study on urinary incontinence and general living conditions. *Scandinavian Journal and Nephrology*. 2009, **43**(3), 226–232. ISSN 0036-5599.
- KEILMAN, J. L., DUNN, K. S. Knowledge, Attitudes, and Perceptions of Advanced Practice Nurses Regarding Urinary Incontinence in Older Adult Women. *RESEARCH AND THEORY FOR NURSING PRACTICE: AN INTERNATIONAL JOURNAL on-line* [on-line]. 2010, **24**(4), 260–279. 2010. ISSN 15416577. [cit. 11. 3. 2013] Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/817175450?accountid=16730>
- LEKAN-RUTLEDGE, D. et al. Promoting Social Continence: Products and Devices In the Management Of Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*. 2003, **23** (6), 416–429. ISSN 1053816X.
- MILLER, J. M., GUO, Y., RODSETH, S. B. Cluster analysis of intake, output, and voiding habits collected from diary data. *Nursing Research*. 2011, **60**(2), 115–123. ISSN 15389847.



NEWMAN, D. K. Incontinence Products And Devices for the Elderly. *Urologic Nursing*. 2004, **24**(4), 316–334. ISSN 1053816X.

NORTON, P., BRUBAKER, L. Urinary incontinence in women. *Lancet*. 2006, **367**(9504), 57–67. ISSN 00995355.

SHIGETA, Y. et al. Exploring the relationship between skin property and absorbent pad environment. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, **18**(11), 1607–1616. ISSN 09621067.

WHITCOMB, E. L., SUBAK, L. L. Effect of weight loss on urinary incontinence in woman. *Open access journal of urology*. 2011, **5**(3), 123–132. ISSN 22532447.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

ČR Česká republika

BMČ Bibliographia Medica Čechoslovaca

BMI body mass index (index tělesné hmotnosti)

CNS centrální nervová soustava

ČIK čistá intermitentní katetrizace

EMG elektromyografie

ICS International continence societly (mezinárodní společnost pro kontinenci)

IM inkontinence moči

m. musculus (sval)

pH potential of hydrogen (potenciál vodíku)

VZP všeobecná zdravotní pojišťovna