



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry u pacientů s močovou inkontinencí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Magdaléna Ponertová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Nováková

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sestry u pacientů s močovou inkontinencí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2023

.....

Magdaléna Ponertová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Novákové za její odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, trpělivost, ochotu a věnovaný čas. Také bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se účastnily výzkumného šetření. Velké poděkování patří i mé rodině a partnerovi za podporu a trpělivost.

Role sestry u pacientů s močovou inkontinencí

Abstrakt

Močová inkontinence je časté onemocnění, které bývá podceňováno. Pro včasné odhalení možných komplikací u pacientů s močovou inkontinencí je velmi důležitá edukace pacientů. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na anatomii a fyziologii dolních cest močových, všeobecné informace o močové inkontinenci, vyšetřovací metody, léčbu, roli sestry, prevenci, edukaci a na závěr jsou zmíněny nejčastější ošetřovatelské diagnózy. Cílem empirické části bylo zjistit, jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí, jaké ošetřovatelské diagnózy sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí a jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetřovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí. Výzkum byl zaměřen na sestry pracující na urologickém oddělení, a to v ambulantní části, lůžkové části a na Jednotce intenzivní péče. Celkem byly stanoveny pro tento výzkum tři výzkumné otázky. Realizace výzkumného šetření probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 10 sester.

Ze získaných dat byla zjištěna rozdílnost role sestry v ambulantní části urologického oddělení, standardního lůžkového oddělení a Jednotky intenzivní péče. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry na Jednotce intenzivní péče pacienty needukují a nepředávají pacientům informace o možnostech využití kompenzačních pomůcek. Také jsme zjistili, že sestry v ambulantní části urologického oddělení nemohou bez indikace lékaře samy vydat informační brožury pacientům. Naopak sestry lůžkových oddělení mohou předávat informační brožury dle jejich uvážení. Zároveň sestry pracující na Jednotce intenzivní péče mají menší množství informačních brožur k dispozici a předávají je pacientům pouze pokud pacient projeví zájem. Dále jsme zjistili, že velmi malé množství sester stanovuje ošetřovatelské diagnózy.

Výstupem bakalářské práce je informativní brožura. Ta může být přínosná jak pro sestry, studenty zdravotnických oborů, tak i pro pacienty, kterým pomůže zvýšit povědomí o problematice močové inkontinence.

Klíčová slova

Močová inkontinence; role sestry; edukace; prevence; kompenzační pomůcky; ošetřovatelské diagnózy

The role of the nurse in patients with urinary incontinence

Abstract

Urinary incontinence is a common disease that is often underestimated. Patient education is very important for early detection of possible complications in patients with urinary incontinence. The bachelor's thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part focuses on the anatomy and physiology of the lower urinary tract, general information about urinary incontinence, examination methods, treatment, the nurse's role, prevention, education, and finally the most common nursing diagnoses are mentioned. The aim of the empirical part was to find out what the nurse's role is in patients with urinary incontinence, what nursing diagnoses nurses make in patients with urinary incontinence, and what incontinence aids nurses use in nursing care for patients with urinary incontinence. The research was focused on nurses working in the urology department, namely in the ambulatory department, the inpatient department and the Intensive Care Unit. In total, three research questions were established for this research. The research investigation was carried out in the form of semi-structured interviews. The research group consisted of 10 nurses.

From the obtained data, it was found that the role of the nurse in the ambulatory part of the urology department, the standard inpatient department and the Intensive Care Unit is different. Furthermore, the research showed that nurses in the Intensive Care Unit do not instruct patients and do not give patients information about the possibilities of using compensatory aids. We also found out that nurses in the ambulatory part of the urology department cannot hand out information brochures to patients without a doctor's indication. On the other hand, the nurses of the inpatient wards can hand out information brochures at their discretion. At the same time, nurses working in the Intensive Care Unit have a smaller number of information brochures at their disposal and only hand them to patients if the patient shows interest. Furthermore, we found that very few nurses make nursing diagnoses.

The output of the bachelor thesis is an informative brochure. It can be beneficial not only for nurses and students of medical fields, but also for patients, who can raise awareness about the problem of urinary incontinence.

Key word

Urinary incontinence; the role of the nurse; education; prevention; compensatory aids;
nursing diagnoses

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Anatomie a fyziologie dolních cest močových	10
1.1.1 Anatomie dolních cest močových	10
1.1.2 Fyziologie mikce	12
1.2 Inkontinence moči	12
1.2.1 Definice močové inkontinence	12
1.2.2 Dělení močové inkontinence	13
1.2.3 Rizikové faktory a příčiny vzniku inkontinence moči	14
1.2.4 Výskyt močové inkontinence v populaci	15
1.2.5 Příznaky močové inkontinence	16
1.2.6 Diagnostika močové inkontinence	16
1.2.7 Role sestry v diagnostice močové inkontinence	22
1.2.8 Léčba močové inkontinence	22
1.3 Role sestry v péči o pacienty s močovou inkontinencí	28
1.3.1 Prevence vzniku močové inkontinence	29
1.3.2 Edukace pacientů s močovou inkontinencí	30
1.3.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy spojené s močovou inkontinencí	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 Metodika výzkumu	34
3.1 Metoda a technika sběru dat	34

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4	Výsledky výzkumného šetření.....	36
4.1	Výsledky	36
4.2	Kategorizace získaných dat.....	36
5	Diskuze.....	49
6	Závěr.....	56
7	Seznam použité literatury	58
8	Seznam příloh a obrázků	64
9	Seznam zkratek.....	76

Úvod

Inkontinence moči je onemocnění, které není v lidské populaci nijak vzácné, co se týká jeho výskytu. Bohužel je to velmi časté onemocnění, které spíše více postihuje ženy než muže. Inkontinence moči má pro pacienty velký psychosociální dopad a je to pro ně velmi intimní problém, který je sociálně omezuje.

Toto téma problematiky močové inkontinence jsem si vybrala z důvodu, že mě zaujalo a chtěla jsem se o této problematice dozvědět více. V nemocnici jsem se s močovou inkontinencí setkala velmi často. Chtěla bych získat více informací a znalostí, abych poté mohla pacienty lépe edukovat.

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá kompletní problematikou močové inkontinence. Zahrnuje anatomii a fyziologii dolních cest močových, kdy se zaměřuji na anatomii močového měchýře, ženské a mužské močové trubice a na závěr i anatomii dna pánevního. Zmíním se také o fyziologii mikce. V druhé teoretické části bakalářské práce se budu zabývat samotnou inkontinencí moči. Vysvětlím, co je to močová inkontinence, jak se rozděluje, jaké jsou příčiny vzniku inkontinence moči a jaké jsou rizikové faktory pro vznik inkontinence moči. Dále se zmíním o výskytu v populaci, jaké jsou příznaky močové inkontinence, jak se močová inkontinence diagnostikuje a jaká je role sestry v diagnostice močové inkontinence. Z velké části se budu věnovat léčbě močové inkontinence. Léčbu rozdělím na konzervativní a chirurgickou. K léčbě také zahrnu, jaké jsou možnosti využití kompenzačních pomůcek, které jsou u močové inkontinence velice důležité. V poslední části se budu zabývat, jaká je role sestry v péči o pacienty s močovou inkontinencí. Jaké jsou nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které jsou spojené s močovou inkontinencí. A také jak edukovat pacienty a jaká je prevence močové inkontinence. V empirické části budu popisovat metodiku výzkumu, techniku sběru dat, charakteristiku výzkumného souboru a na závěr výsledky výzkumného šetření.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí. Dále také jaké ošetřovatelské diagnózy nejčastěji sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí a jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetřovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie dolních cest močových

1.1.1 Anatomie dolních cest močových

Močové ústrojí se skládá z horních a dolních cest močových. Do horních cest močových patří ledviny – lat. *renes*, ledvinové kalichy – lat. *calices renales*, ledvinová pánvička – lat. *pelvis renalis* a pravý a levý močovod – lat. *ureter dexter et sinister* (Čihák, 2016).

Dolní cesty močové se skládají z močového měchýře – lat. *vesica urinaria* a močové trubice – lat. *urethra* (viz obr. 1) (Čihák, 2016).

Močový měchýř – lat. *vesica urinaria*, je dutý orgán, který je uložen v malé pánvi za sponou stydkou. V močovém měchýři se shromažďuje moč, kterou přivádí z ledvin močovody. Pokud je močový měchýř prázdný, má miskovitý tvar. Při naplnění se stává kulovitým. Při naplněném močovém měchýři můžeme vidět dno – lat. *fundus*, tělo – lat. *corpus*, hrot – lat. *apex* a krček – lat. *cervix*. V oblasti krčku začíná močová trubice. Sliznici močového měchýře pokrývá vícevrstevný přechodný epitel. Dále je sliznice podložena řídkým podslizničním vazivem a je složena v řasy. Na spodní části močového měchýře se nachází pole ve tvaru trojúhelníku – *trigonum vesicae*, které je pokryto hladkou sliznicí. Stěna močového měchýře se skládá ze tří vrstev hladkého svalstva. Zevní – podélná vrstva, střední – cirkulární vrstva a vnitřní – síťovitá vrstva. Dohromady tyto tři svaloviny tvoří jeden celek, který je uzpůsobený k vypuzování moči do močové trubice. Nazývá se *m. detrusor*. Okolo odstupu močové trubice je cirkulární svalovina – *m. sphincter vesicae*. V oblasti *trigonum vesicae* se také nachází *m. trigonalis*, který se podílí na otevírání a uzavírání ústí močovodů (Naňka, Elišková, 2015). V ústí močového měchýře se nachází dva svěrače, které mají za účel řídit odtok moči. Vnitřní svěrač je tvořen hladkou svalovinou, obklopuje počáteční úsek močové trubice a není ovladatelný vůlí. Zevní svěrač je z příčně pruhované svaloviny a je ovladatelný vůlí. Zevní svěrač také tvoří svaly pánevního dna (Mourek, 2012). U močového měchýře můžeme hodnotit fyziologickou kapacitu. Pokud se močový měchýř naplní o objemu 250-300 ml, přichází pocit nucení na močení. Močový měchýř ale dokáže pojmout 500-700 ml. U žen je močový měchýř větší a širší než u mužů (Čihák, 2016).

Ženská močová trubice – lat. *urethra feminina*, je přibližně 4 cm dlouhá a 6-8 mm široká trubice. Vychází z močového měchýře a vyústí mezi malými stydkými pysky. První

část ženské močové trubice vychází ze stěny močového měchýře, druhá část prochází přes *diaphragma urogenitale* a třetí část se nachází na hrázi pod *diaphragma urogenitale*. Stěna močové trubice se skládá ze sliznice, hladké svaloviny a vaziva. Na začátku do močové trubice zasahuje epitel močového měchýře – *urothel*, který se dále stává mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Sliznice močové trubice je tvořena podélnými řasami. Hladká svalovina močové trubice navazuje rovnou na svalovinu močového měchýře a nevytváří svěrač. Naopak příčně pruhovaná svalovina vytváří kolem močové trubice svěrač, který se nazývá *m. sphincter urethrae externus* (Naňka, Elišková, 2015). Zevním ústím močové trubice je *ostium urethrae externum*, které se nachází mezi klitorisem a poševním vchodem. Močovou trubicí zásobuje *a. vesicalis inferior* a *a. vaginalis*. Žíly močové trubice poté vedou do přilehlých žilních pletení (Čihák, 2016).

Mužská močová trubice – lat. *urethra masculina*, je vývodnou cestou močovou, ale také vývodnou cestou pohlavní. Měří 20-22 cm (Čihák, 2016). Mužskou močovou trubicí můžeme rozdělit na čtyři úseky. První usek močové trubice začíná ve stěně močového měchýře, kde je obklopen hladkou svalovinou a nazývá se *pars intramuralis*. Tato část močové trubice zabraňuje zpětné ejakulaci do močového měchýře. Druhá část mužské močové trubice je *pars prostatica*, která prochází prostatou. V tomto místě ústí ductus ejaculatorii a prostatické žlázy. Třetí část se nazývá *pars membranacea*, která prochází pánevním dnem. Tato část močové trubice je nejužší. Po průchodu *diaphragma urogenitale* je močová trubice zahnutá vzhůru ke sponě stydké. Čtvrtou částí mužské močové trubice je *pars spongiosa*, která vede středem topořivého těla až ke svému zevnímu ústí (Naňka, Elišková, 2015).

Dno pánevní – lat. *diaphragma pelvis*, je komplex svalů a fascií, které uzavírají pánevní dutinu (Čihák, 2016). Vpředu a po stranách se nachází *m. levator ani*, po stranách *m. coccygeus* a dále je tento komplex doplněn příslušnými fasciemi. *M. levator ani* se skládá ze dvou částí. V přední části se nachází *pars pubica* a od kosti kyčelní začíná *pars iliaca*. Mezi pravou a levou stranou *pars pubica* je malý otvor, kde prostupují vývodné cesty močové a pohlavní, který se nazývá *hiatus urogenitalis*. Svalové snopce podírají u žen vaginu s dělohou a u mužů prostatu. Dále také u obou pohlaví fixují rektum a mají důležitou uzávěrovou funkci.

Pánevní dno se také skládá ze svalů hráze – *mm. perinei*, které jsou tvořeny z komplexu *diaphragma urogenitale* a svalů uložených na povrchu *od diaphragma urogenitale*. Její složení se liší u ženy a u muže. U žen je tvořena pouze vazivovou ploténkou s příměsí hladké svaloviny. Ale zato u mužů ji tvoří slabý *m. transversus perinei profundus* a *m. transversus perinei superficialis*. Skrze ni prochází právě močová trubice, u žen také vagina. V této části se nachází již zmiňovaný svěrač – *m. sphincter urethrae externus*, který močovou tubici v tomto místě obklopuje a značně se podílí na uzávěru močové trubice. Dále je také důležitý pro udržování kontinence *m. sphincter urethrovaginalis*, který se vyskytuje pouze u žen. Vede skrz vestibulum vaginae, kolem močové trubice dopředu, kde se obě strany snopců spojí (Naňka, Elišková, 2015).

1.1.2 Fyziologie mikce

Definitivní moč se vylučuje ze sběrného kanálku do ledvinné pánvičky. Poté je moč transportována močovody do močového měchýře, odkud odchází močovou tubicí z těla ven. Samostatný pohyb moče připomíná pohyb peristaltický a je závislý na aktivitě hladké svaloviny. Močový měchýř je rezervoárem moči a má kapacitu 200-300 ml. Když dojde k překročení této kapacity, nastávají kontrakce svaloviny močového měchýře a přichází pocit nucení na močení. Tato kapacita močového měchýře je u každého člověka do určité míry individuální (Mourek, 2012). Na vyprazdňování moči se účastní *m. detrusor vesicae*. Samotné močení je složitý děj, při kterém dochází k souhře několika dějů, které na sebe navazují. Mikci řídí autonomní nervy a dolní úsek bederní míchy. Na začátku vyprazdňování dojde k podráždění stěny močového měchýře. Následně nastane uvolnění zevního svěrače močové trubice - *m. sphincter urethrae externus*. Samotné ovládání činnosti toho svěrače se učíme už v dětství, a tím získáváme kontrolu nad vyprazdňováním močového měchýře (Slezáková et al., 2017).

1.2 Inkontinence moči

1.2.1 Definice močové inkontinence

„*Inkontinence je jakýkoliv nechtěný (vůlí neovladatelný) únik moči*“ (Zámečník, 2015, s. 219). Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS, International Continence Society) definuje močovou inkontinenci jako „*Močová inkontinence je neúmyslný, náhodný únik moči*“ (Sountoulidis, 2018). Česká urologická společnost definuje močovou inkontinenci jako „*Inkontinence moči znamená jakýkoli mimovolný únik moči*“ (Holý et al., 2020).

Jedná se o poruchu, při které není člověk schopný kontrolovat vyprázdnění moči. A proto nastává spontánnímu vyprázdnění močového měchýře (Wirthová, 2013). Inkontinence moči může postihovat děti, ženy i muže v jakémkoliv věkovém období. Tento problém pacienty velmi negativně ovlivňuje v jejich kvalitě života. U dětí do 6 let je pomočování považováno za přirozený jev, jehož důsledek je nevyzrálost centrálního nervového systému. U dospívajících a dospělých považujeme jakýkoli typ močové inkontinence za patologický stav (Holý et al., 2020).

1.2.2 Dělení močové inkontinence

Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS, International Continence Society) rozděluje močovou inkontinenci na uretrální a extrauretrální inkontinenci. Uretrální inkontinence moči se dělí na urgentní, reflexní, stresovou a paradoxní ischurii (Wirthová, 2013).

Při urgentní inkontinenci dochází k samovolnému úniku moči, který je spojen se silným nutkáním k mikci. Tento druh močové inkontinence se spojuje se syndromem hyperaktivního močového měchýře. Podle Wirthové (2013) se tento syndrom vyznačuje příznaky jako jsou zvýšená frekvence močení, urgence s/bez urgentní inkontinence a nykturie. Syndrom hyperaktivního močového měchýře dělíme na primární a sekundární. U primárního syndromu hyperaktivního močového měchýře neznáme příčinu vzniku syndromu. V případě syndromu sekundárního hyperaktivního močového měchýře se vyskytují potíže na základě onemocnění. Mezi ně řadíme záněty, nádory a výskyt močových kamenů. Syndrom hyperaktivního močového měchýře se také vyskytuje na podkladě přítomnosti cizího tělesa v močovém měchýři, taktéž při neurologických chorobách nebo po ozařování (Wirthová, 2013).

U reflexní nebo také neurogení inkontinence nastává nechtěný únik moči z důvodu zvýšené činnosti mikčního reflexu (Zámečník, 2015). Dochází k tomu bez předchozího pocitu naplněného močového měchýře (Wirthová, 2013).

Stresovou neboli urodynamickou inkontinenci způsobuje převýšení intravezikálního tlaku nad tlakem intrauretrálním. Nedochozí zde ke kontrakci *m. detrusor vesicae* (Zámečník, 2015). Nejčastěji se stresová inkontinence projevuje při zvýšené fyzické námaze, jako je například běh, chůze, ale i při kýchání nebo kašli.

Paradoxní ischurie, jenž se také nazývá inkontinence z přetékání, patří mezi poslední druhy uretrální inkontinence moči. Jedná se o stav při retenci močového měchýře.

Důvodem retence může být buď mechanická nebo funkční překážka, například při obstrukci uretry z důvodu tumoru. Jelikož je močový měchýř přeplněn, moč samovolně odtéká, aniž by to mohl pacient ovlivnit (Wirthová, 2013).

Naopak extrauretrální inkontinence moči vzniká z důvodu vrozené či získané vady (Wirthová, 2013). Při extrauretrální inkontinenci moč vyúsťuje jinou cestou, než je zevní ústí močové trubice. Do vrozených vad řadíme rozštěp močového měchýře a ektopické vyústění ureteru. Mezi získané vady patří pooperační a pórúrazové píštěle (Slezáková et al., 2017).

Může nastat i smíšená forma inkontinence, ke které dochází při kombinaci stresové a urgentní inkontinence (Zámečník, 2015).

1.2.3 Rizikové faktory a příčiny vzniku inkontinence moči

Zámečník (2015) rozděluje příčiny vzniku inkontinence moči na funkční poruchy a vrozené vady. Wirthová, (2013) klasifikuje morfologické a funkční příčiny a také příčiny jiného charakteru. Morfologické příčiny se týkají tvaru orgánů. Řadíme zde například vrozené vývojové vady močového ústrojí, obstrukce uretry, záněty a nádory močového měchýře i pokles pánevního dna. Funkční příčiny mohou být vrozené, získané, traumatické nebo netraumatické. Patří sem například poškození CNS, míšní trauma, Diabetes mellitus, Parkinsonova nemoc a Sclerosis multiplex. Inkontinence moči z důvodu příčiny jiného charakteru může být například vliv některých léků, zácpa, kóma nebo imobilizace nemocného (Wirthová, 2013).

U žen vzniká nejčastěji močová inkontinence během a po porodu nebo také při menopauze (Razzak, Marshall, 2017). Samotné těhotenství a porod mohou poškodit svaly pánevního dna a inervaci svěračů. Pokud se u porodu použijí nástroje nebo je provedena epiziotomie, zvyšuje se riziko vzniku močové inkontinence. Během těhotenství se vyskytuje stresová inkontinence častěji, avšak po porodu dojde k samovolné úpravě (Koutná, 2012). Značným rizikovým faktorem u žen jsou větší počty porodů, protražované porody a porody plodů nad 4000 g (Zámečník, 2015).

Další možnou příčinou vzniku močové inkontinence je věk. Z důvodu přibývajících věku nastávají změny v močovém měchýři a ve struktuře pánevního dna (Koutná, 2012).

Mezi příčiny vzniku močové inkontinence řadíme také obezitu. Obezita způsobuje zvýšení intraabdominálního a intravezikálního tlaku. Tím se zvyšuje tlak v pánvi a dojde k napínání a oslabování svalů, nervů a pojivových tkání pánevního dna (Koutná, 2012). Často samotná redukce hmotnosti dokáže v mnoha případech odstranit příznaky stresové inkontinence. S tím se pojí i životní styl pacienta a nedostatek pravidelného pohybu (Slezáková et al., 2017).

U žen může být rizikem nadměrná fyzická námaha, pokud ji vykonávají po delší dobu. Stejně tak řadíme do životního stylu i typ zaměstnání (Zámečnick, 2015). Slezáková et al. (2017) uvádí, že pro ženy je vyšší riziko vzniku močové inkontinence tehdy, pokud jsou při práci neustále v předklonu nebo trvale vsedě.

Mezi další rizikové faktory patří poruchy funkce pánevního dna, převážně jeho ochablost. Důvodem ochablosti pánevního dna může být u žen stav po abdominální hysterektomii nebo hormonální nedostatečnosti během či po menopauze (Zámečnick, 2015). Období menopauzy a po ní je pro ženy nejrizikovější. Z důvodu postupné ztráty funkce vaječnicků dojde k poklesu hladiny estrogenů. Tento nedostatek hormonů zapříčiňuje atrofii tkání uropoetického traktu. To může zapříčinit nebo zhoršit močovou inkontinenci (Trněná, Horčíčka, 2011). Pro muže může být rizikem operace prostaty (Wirthová, 2013).

Slezáková et al. (2017) dále také uvádí jako rizikové faktory inkontinence moči užívání léků, například antihypertenika. Rizikovým faktorem stresové inkontinence je rovněž chronický kašel u kuřáků a astmatiků (Slezáková et al., 2017).

Jako poslední skupinou, které rozvíjí nucení na močení, je působení některých typů léků. Mohou to být například diuretika, kardiotonika, antihypertenziva nebo některé typy hormonálních přípravků (Zámečnick, 2015).

1.2.4 Výskyt močové inkontinence v populaci

Výskyt neboli prevalence močové inkontinence přibývá s věkem. Po 65. roce je inkontinentních až 20 % žen a 2-5 % mužů. U pacientů starších 80 let se močová inkontinence vyskytuje již u 1/2 žen a 1/3 mužů. Bohužel až polovina pacientů s těmito problémy nevyhledá pomoc lékaře. Proto je důležité aktivně pátrat po pacientech s inkontinencí moči (Ivanová, Ondřiová, 2013). Nejčastěji se v populaci vyskytuje stresová inkontinence (49 %). Jako druhá v pořadí je kombinovaná inkontinence (29 %) a na posledním místě se vyskytuje urgentní inkontinence (22 %). Mezi vzácné typy

inkontinence řadíme paradoxní ischurii, extrauretrální inkontinenci a reflexní inkontinenci (Wirthová, 2013). U žen se jedná nejčastěji o stresovou inkontinenci. Naopak u mužů se nejčastěji vyskytuje urgentní inkontinence na podkladě hyperaktivního močového měchýře. K inkontinenci moči dochází u mužů později než u žen, kdy nejvyšší nárůst zaznamenáváme ve věku nad 65 let. Naopak u žen inkontinence moči narůstá plynule s věkem (Hanuš, 2015; Zámečnick, 2015).

1.2.5 Příznaky močové inkontinence

Stresová inkontinence se projevuje únikem malého množství moči, bez pocitu nucení na močení. Nejčastěji z důvodu fyzické aktivity, kdy dojde k náhlému zvýšení nitrobřišního tlaku. Urgentní inkontinence se vyznačuje náhlým a neovladatelným pocitem nucení na močení. Může dojít i k lehkému úniku moči (Zámečnick, 2015; Holý et al., 2020). Pacienti s urgentní inkontinencí trpí polakisurií a nykturií. U reflexní inkontinence dochází k nevědomému odchodu moči, bez pocitu nucení na močení (Slezáková et al., 2017). Paradoxní ischurie se projevuje samovolným odchodem moči po kapkách poté, co je moč nahromaděna v močovém měchýři. Stejně jako u stresové a reflexní inkontinence, tak i u paradoxní ischurie, chybí pocit nucení na močení (Slezáková et al., 2017; Holý et al., 2020).

1.2.6 Diagnostika močové inkontinence

1.2.6.1 Anamnéza

Velmi důležitým krokem pro zjištění močové inkontinence je anamnéza. Zahrnujeme zde rodinnou, osobní, gynekologickou, urologickou a pracovní anamnézu. V rodinné anamnéze zjišťujeme, zda má pacient v rodině již nějaký předchozí výskyt močové inkontinence či různých anomálií močových cest nebo anomálií v oblasti sakrální míchy. Osobní anamnézu zaměřujeme na přítomnost aterosklerózy, mozkového ikteru, výhřezu meziobratlových plotének nebo Sclerosis multiplex. Ptáme se také pacientů na užívání určitých typů léků jako jsou například antihypertenziva, diuretika, centrální myorelaxancia a psychofarmaka. V gynekologické anamnéze zjišťujeme u pacientek, zda měly někdy v minulosti operační výkon nebo zánětlivý proces v malé pánvi. Ptáme se také, jak probíhá menstruační cyklus ženy nebo pokud je žena po menopauze, tak jaký byl její průběh. Dále zjišťujeme počet a způsob ukončení těhotenství a hmotnost porozených dětí (Slezáková et al., 2017). U mužů se ptáme na předešlé operační výkony

v oblasti pánve a na prostatě. Zjišťujeme také, jestli pacient neprošel radiační léčbou v oblasti pánve (Hanuš, 2015). Urologická anamnéza se zaměřuje na konkrétní obtíže a souvislosti s močovou inkontinencí. Dotazujeme se na vznik prvních obtíží a kdy byly pacientem zaznamenány. Dále také zda je inkontinence podmíněna denní dobou, pitnému a defekačnímu režimu. Tážeme se na frekvenci mikcí přes den i noc. Dokáže-li pacient přerušit močový proud, sílu a urgenci močového proudu. Důležitou informací pro rozlišení typu močové inkontinence je, zdali se vyskytuje u pacienta nějaký z provokačních momentů. Provokačním momentem, který vyvolává močovou inkontinenci, může být kašel, kýchnutí, běh, chůze do schodů nebo smích. V urologické anamnéze rovněž zjišťujeme, jestli nedochází k močové inkontinenci při koitu. Taktéž získáváme informace o obtížích pacientky, jako je tlak nebo bolest za symfýzou a rodidlech, výskyt dysurie, polakisurie či hematurie. Zajímáme se také, jaké má pacient hygienické návyky, jaké inkontinenční pomůcky používá a jak často je musí vyměňovat. Poslední část anamnézy zahrnuje pracovní anamnéza, ve které se tážeme, jaké zaměstnání pacient vykonává. Zjišťujeme hlavně fyzickou náročnost zaměstnání na břišní stěnu (Slezáková et al., 2017).

V diagnostice močové inkontinence jsou velmi přínosné různé diagnostické testy a mikční deník. Mikční deník má za úlohu objektivizovat subjektivní obtíže pacientů. Mapuje průběh inkontinence a slouží ke správné diagnostice konkrétního druhu močové inkontinence a její léčbě (viz obr. 2). Získáváme informace o denním příjmu tekutin a jak je pacientův pitný režim rozložen během dne. Zjišťujeme údaje o frekvenci močení, jaké jsou úniky moči, jaké množství moči pacient vymočí u jednotlivých mikcí a jaký je celkový objem moči za 24 hodin. Například díky porovnání výdeje moči přes den a v noci nás to může přivést na diagnózu noční polyurie (Ryšánková, 2021).

Mezi základní diagnostický test patří PAD test, který určuje množství uniklé moči. Spočívá ve vážení vložek, které pacient používá. Test trvá 45 minut až 1 hodinu a provádí se po spontánním naplněním močového měchýře. Test imituje běžné aktivity pacienta jako je chůze, chůze přes jedno poschodí, postavení se ze sedu, silné zakašláni a běh na místě. Pokud je množství uniklé moči nad 2 gramy, test považujeme za pozitivní.

Přímé pozorování úniku moči při zakašláni hodnotíme pomocí Marshall-Bonney testu. Pacient má naplněný močový měchýř 200 ml tekutiny, leží v gynekologické poloze a poté v poloze ve stoji. Při stresové inkontinenci při zakašláni moč odtéká.

Jako další diagnostický test lze využít Q-tip test (viz obr. 3). Během tohoto testu určujeme rotaci a pokles v oblasti krčku a spodiny močového měchýře. Rozlišujeme tím druh močové inkontinence. Test spočívá v zavedení sterilního vatového tamponu na tyčince do uretry. Po zatlačení nebo při kašli můžeme pozorovat únik moči na vatovém tamponu.

V diagnostice využíváme také Dřepový test. Znárodnuje rychlý způsob, jak dokázat a ověřit závažnost inkontinence moči. Dřepový test obsahuje 5 minut běhu na místě, 5 minut běhu po schodech a 5 minut dřepů. Na konci testu se použitá inkontinenční vložka zváží (Hudáková, Novysedláková, 2013).

S diagnostikou močové inkontinence nám jsou nápomocné i standardizované dotazníky, které slouží k objektivizaci obtíží pacientů, také ke kontrole po zahájení léčby a vyhodnocení účinnosti léčby. Mezi nejpoužívanější patří Gaudenzův dotazník, pomocí kterého můžeme rozlišit stresovou a urgentní inkontinenci (Ryšánková, 2018). Jako další dotazník je Overactive Bladder Questionnaire, který slouží ke zjištění poruch u pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem. Poslední skupinou jsou dotazníky kvality života, například Quality of life scale a Contilife (Wirthová, 2013).

Pro stupeň postižení stresovou inkontinencí se nejčastěji využívá klasifikace podle Ingelmann-Sundberga. Stresovou inkontinenci rozděluje do tří stupňů. Při prvním stupni dochází k úniku moči jen po kapkách při situacích, které jsou spojené s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Řadíme zde kašel, kýchnutí, smích a zvedání těžkých předmětů. K úniku moči dochází pouze občasně. U druhého stupně moč uniká při situacích s mírnějším vzestupem intraabdominálního tlaku, než je u prvního stupně. Moč uniká při lehčí fyzické aktivitě, běhu, chůzi nebo při chůzi po schodech. Třetí stupeň stresové inkontinence charakterizujeme únikem moči při aktivitách s minimálním vzestupem intraabdominálního tlaku. Moč odtéká nepřetržitě, i pouze při pomalé chůzi nebo v klidu ve vzpřímené poloze (Zámečník, 2015).

1.2.6.2 Fyzikální vyšetření

Po odebrání anamnézy by mělo následovat fyzikální vyšetření, které je také důležité pro diagnostiku močové inkontinence. Při fyzikálním vyšetření se zaměřujeme na všechny součásti pánevní podpory. Během prvotního vyšetření bychom měli vyloučit infekci močových cest. Eliminujeme taktéž možné vlivy jako jsou divertikly, píštěle nebo vaginální výtok. U ženy posuzujeme, zda není přítomen prolaps pánevních orgánů,

jelikož může skrýt příznaky močové inkontinence. Pacienti s močovou inkontinencí podstupují také neurologické vyšetření, při němž se zaměřujeme na motorickou a senzorickou inervaci perinea. I test na postmikční reziduální objem moči posuzuje, zda nejde o neurologickou příčinu. Dále zjišťujeme, jestli pacient netrpí zácpou, z důvodu, že zácpa může způsobovat příznaky močové inkontinence. V tomto případě by měla být zácpa léčena, aby se zjistilo, zda se tím pacientovi obtíže vyřeší. Pokud je pacient obézní, měl by být informován o zvýšeném riziku rozvoje stresové močové inkontinence. Takového pacienta bychom měli edukovat o zdravém životním stylu a doporučit mu snížení hmotnosti (Goforth, Langaker, 2016).

Při fyzikálním vyšetření provádíme vyšetření pohledem (aspekce) a pohmatem (palpace). U žen provádíme navíc ještě gynekologické vyšetření v zrcadlech. Během vyšetření pohledem hodnotíme stav kůže zevního genitálu a perinea. Například z důvodu změn po epizotomiích. U žen je součástí vyšetření perinea hodnocení stavu estrogenů. Dále hodnotíme stav zevního ústí uretry. Při vyšetření pohmatem posuzujeme kondici dělohy, vaječníků a vejcovodů. Zjišťujeme, zda žena netrpí poklesem pochvy nebo dělohy. Také hodnotíme kompresi uretry proti stěně stydké kosti. U mužů provádíme vyšetření prostaty pomocí per rectum (Zámečník, 2015). Ženy vyšetřujeme taktéž pomocí per rectum, abychom zjistili, jaký je tonus anální svěrače. Lékař také může zjistit kontrakci pánevního dna a mobilitu uretry, pomocí vložení prstu do pochvy pacientky. Pacientku poté lékař vyzve k jejímu stažení. Lékař tím získá navíc informaci o tom, jestli je pacientka schopna zatínat správné svaly pro udržení moče (Ryšánková, 2021). Během gynekologického vyšetření v zrcadlech vyhodnocujeme stav poševní sliznice, cystokélu, sestup zadní poševní stěny a enterokélu. Mezi další fyzikální vyšetření řadíme také neuro-urologické vyšetření při kterém hodnotíme anální a bulbokavernózní reflex. U mužů provádíme komplexní urologické vyšetření (Zámečník, 2015).

1.2.6.3 Vyšetření moči

Fyzikálním vyšetřením moči můžeme hodnotit barvu, zápach, pěnu a zákal. Pohledem hodnotíme barvu, kdy u zdravého jedince je jantarově žlutá. Samotná intenzita zabarvení moči závisí na koncentraci a množství moči. První ranní moč je nejvíce koncentrovaná. Změna barvy moči může nastat z důvodu některých exogenních látek nebo různých typů onemocnění. Jako příklad exogenních látek můžeme uvést červenou řepu a rebarboru. Mezi onemocnění, které mají vliv na zabarvení moči řadíme hemolýzu, porfyrii,

popáleniny, nekrózu svalů, onemocnění ledvin a vývodných cest močových a krvácivé stavy. Zápach hodnotíme z čerstvé moči. Pro některá onemocnění je charakteristická změna zápachu. Příkladem může být amoniakální, acetonový a hnilobný zápach. Fyziologická moč málo pění. Pěna rychle mizí a bývá bílá. Zákal moči nastává fyziologicky při delší době stání. Jinak je čerstvá moč zpravidla čirá. Pokud dojde k zákalu při odběru čerstvé moči, jsou v moči přítomny bakterie, leukocyty, lipidy atd. (Haluzíková, Břegová, 2019).

Laboratorně vyšetřujeme moč na biochemii, bakteriologii a cytologii. Tyto tři vyšetření jsou základními vyšetřeními moči. Vzorek na bakteriologii odebíráme při riziku infekce močových cest a cytologii při výskytu nádoru (Wirthová, 2013). Slezáková et al. (2017) uvádí jako další typ vyšetření při močové inkontinenci vyšetření poševního prostředí. Nesmíme také zapomenout na sexuálně přenosné nemoci typu intracelulárních parazitů jako jsou například chlamydie a mykoplasmy. Příznakem vážnějšího onemocnění může být nádor močového měchýře nebo také mikrohematurie. Proto je důležité se zaměřit na jakýkoliv nález hematurie (Ryšánková, 2018).

Pro správné provedení laboratorního vyšetření moči musíme dodržet správný postup odběru moči. Sestra edukuje pacienta o tom, jak má správně odběr vzorku moči provést. Nejčastěji odebíráme první ranní moč, která je koncentrovanější a kyselejší. Pokud bychom moč odebírali později, bude výsledek odběru ovlivněn příjmem tekutin, pohybem a stravou. Pacient by měl před odběrem 8 hodin ležet. U žen není vhodné odebírat vzorek moči v období těsně před menstruací až do skončení menstruace. Před odebráním vzorku pacient provede důkladnou hygienu a osušení zevního genitálu. Nejlépe ve sprše, ale bez mýdla. Poté přichází již samotný odběr vzorku. Vysvětlíme pacientovi, aby první proud moči vymočil do toalety a až střední proud moči odebral do zkumavky. Po odebrání vzorku se může pacient plně vymočit do toalety. Pokud odebíráme vzorek moči na bakteriologické vyšetření, musíme dodržet aseptický postup. Moč na bakteriologické vyšetření můžeme získat čtyřmi způsoby. První možností je odběrem středního proudu moči do sterilní zkumavky. Při tomto způsobu musíme dodržet důkladnou hygienu a dezinfekci zevního genitálu. Dalším způsobem získání vzorku moči je katetrizací nebo suprapubickou punkcí močového měchýře. V poslední řadě lze provést odběr do uricultu. Pokud pacient užívá antibiotika v době odběru moči, nesmíme zapomenout zapsat na žádanku o jaká antibiotika se jedná, a jak dlouho je pacient užívá (Pavlíková, Vytejková, 2013).

1.2.6.4 Další vyšetřovací metody

Ze zobrazovacích metod se nejčastěji využívá při diagnostice močové inkontinence sonografické vyšetření ledvin a močového měchýře, které můžeme provést přes břišní stěnu nebo u žen vaginálně. Další možností je rentgenové vyšetření. Rentgenové vyšetření využíváme při přítomnosti hematurie, výrazném prolapsu, pokud jde o neurogenní postižení nebo jestliže je močová inkontinence spojena s výrazným postmikčním reziduem (Zámečník, 2015). Mezi další zobrazovací vyšetření řadíme uretrocystografii a vylučovací urografii. Výpočetní tomografie a magnetická rezonance se využívá jen zřídka (Hanuš, 2015).

Nejpřesnější diagnostickou metodou je urodynamické vyšetření. Pomocí urodynamického vyšetření zjišťujeme příčinu inkontinence moči (Hanuš, 2015). Urodynamické vyšetření se provádí ambulantně. Buď v urologické nebo gynekologické ambulanci či v urogynekologické ambulanci. Vyšetření trvá přibližně 30-45 minut. Pokud má pacient infekci močových cest, musí být nejdříve přeléčen antibiotiky a poté lze urodynamické vyšetření provést. Před vyšetřením je nutné dodržet zvýšenou hygienu v oblasti genitálu. Dále by měl pacient dorazit na vyšetření s vyprázdněným konečníkem. A pokud lékař neurčí jinak, tak i s naplněným močovým měchýřem. Urodynamické vyšetření zahrnuje uroflowmetrii, plnicí cystometrii, tlakově průtokovou studii a profilometrii uretry. Uroflowmetrie probíhá tak, že pacient močí do speciální toalety a výsledkem jsou křivky, které zobrazují průběh mikce (viz obr. 4). Hodnotí se tvar křivky, délka mikce, objem moči, maximální a průměrná rychlost proudu moči (Dušková, Zvoníčková, 2020). Během plnicí cystometrie lékař měří vztah mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře. Pacientovi se zavede do močového měchýře cévka, která slouží k měření tlaku a k naplnění močového měchýře. Do výsledné křivky se zaznamenává údaj o objemu moči, kdy pacient poprvé udává pocit na mikci. Druhý údaj zaznamenáváme do křivky, když je dosažena maximální kapacita močového měchýře a pacient udává silný pocit na mikci nebo moč sama uniká podél cévky (Hanuš, 2015). Tlakově průtoková studie nám poskytuje souhrnné údaje o funkci močového měchýře. Během vyšetření se pacientovi zavede do konečníku cévka a ta měří nitrobřišní tlak. Hodnotíme přitom poměr tlaků v močovém měchýři a v břišní dutině. Zjišťujeme, do jaké míry se zvýšený nitrobřišní tlak vyskytuje při mikci nebo při úniku moči (Dušková, Zvoníčková, 2020). Poslední část urodynamického vyšetření tvoří profilometrie uretry. Během vyšetření hodnotíme měřením tlaku v močové trubici

a funkci svěračů. Pacientovi je zaveden měřicí katétr do močového měchýře a během vyšetření se katétr vytahuje z močového měchýře konstantní rychlostí.

Součástí urodynamického vyšetření může být dále také elektromyografie a manometricko-průtoková studie. Nejkomplexnějším vyšetřením je videourodynamické vyšetření. Kdy tento druh vyšetření kombinuje plnicí cystometrii a tlakově-průtokovou studii společně s rentgenovým vyšetřením močové trubice a močového měchýře (Hanuš, 2015).

Posledním typem vyšetření močové inkontinence je endoskopické vyšetření a to uretroskopie. Pomocí endoskopického vyšetření močové trubice a močového měchýře můžeme vyloučit patologický nález v dolních cestách močových jako je například zúžení, kámen, nádor nebo píštěl. Lékař nejčastěji provádí vyšetření flexibilním cystoskopem (Wirthová, 2013).

1.2.7 Role sestry v diagnostice močové inkontinence

Spolupráce pacienta při diagnostice močové inkontinence je velmi důležitá, obzvlášť při sběru anamnézy. Pacienti se stydí a často se svými problémy nikomu nesvěří. Obzvlášť starší pacienti mají sklon k tomu, aby své problémy bagatelizovali. Sestra je tou první osobou, se kterou se pacienti setkají při řešení jejich problém. Pacienti k sestře vzhlíží hlavně z důvodu poskytnutí potřebných informací. Pro pacienty je problematika močové inkontinence velmi intimní, a tak by měla být sestra empatická, cíleně se vyptávat a vyhledávat pacienty s touto problematikou. Někdy samotné nevhodné chování sestry může pacienta odradit ve svěřením se se svými problémy. Jelikož má většina pacientů strach a neví, jak budou veškerá vyšetření probíhat, tak sestra pacienty pečlivě edukuje a vše jim vysvětlí. Vhodné je také využití různých edukačních materiálů jako jsou například letáky a brožury (Houfková, 2015).

1.2.8 Léčba močové inkontinence

Léčbu močové inkontinence dělíme na konzervativní a chirurgickou. Dělíme ji podle typu a stupně močové inkontinence. Lékař pomocí podrobné diagnostiky stanoví, jaká je příčina močové inkontinence a o jaký typ močové inkontinence se jedná. Následně lékař rozhodne o léčbě, při které zhodnotí i přidružené onemocnění pacienta. V první řadě lékař doporučí léčbu konzervativní a poté až léčbu chirurgickou. Při léčbě močové inkontinence je velmi důležitá multioborová spolupráce a spolupráce všech členů týmů.

Klíčovou úlohu v léčbě močové inkontinence má praktický lékař. Většinou je první, komu se pacient svěří se svým problémem (Becher, Sieber, 2016). Praktický lékař pacienta vyšetří pomocí základních vyšetření a poté ho odkáže ke specialistům. Praktický lékař může pacientovi předepisovat inkontinenční pomůcky (viz obr. 5) a měl by také dbát na prevenci opruzenin a proleženin. Jeho úkolem je edukovat pacienta a doporučit pacientovi vhodné inkontinenční pomůcky, čistící a ochranné kosmetické přípravky (Péče o inkontinentní pacienty v ordinaci praktického lékaře aneb Co by měl vědět každý praktik, 2019). Pokud je pacient léčen konzervativně, spadá jeho léčba do péče gynekologické nebo urologické ambulance. Pokud musí být pacient léčen chirurgicky, je nutná hospitalizace v nemocnici a jeho péče bude spadat pod gynekologické nebo urologické oddělení (Slezáková et al., 2017). Pro pacienty, kteří trpí lehkou formou inkontinence nebo mají více závažných onemocnění, kde by již chirurgická léčba nebyla možná, se doporučuje konzervativní léčba. Pokud se lékař rozhodne řešit léčbu chirurgicky, musí být určena přesná příčina inkontinence moči a musí být léčba důkladně zhodnocena. U léčby močové inkontinence je důležitá nejenom spolupráce specialistů, ale také trpělivost pacienta. Ačkoliv je léčba močové inkontinence dlouhodobá, tak výsledek léčby výrazně zvýší kvalitu pacientova života (Dlugošová, Tkáčová, 2012). Hlavním cílem léčby močové inkontinence je dosažení plné kontinence. Snažíme se také zlepšit kvalitu života a zmírnit příznaky, které pacienta obtěžují. Zaměřujeme se i na omezení vzniku komplikací (Slezáková et al., 2017).

1.2.8.1 Konzervativní léčba

Vždy se snažíme začít s léčbou konzervativně a ke každému pacientovi musíme přistupovat individuálně. Do konzervativní léčby řadíme režimová opatření a farmakoterapii. V některých případech mohou pacientovi pomoci jednoduchá opatření, která mu urychlí přesun na toaletu a tím zmírní jeho potíže s inkontinencí. Může to být například zkrácení cesty na toaletu a vhodné pomůcky k pohybu. Dále také vhodné oblečení, které pacienta nezdržuje složitým svlékáním při potřebě na mikci. Pokud má pacient výrazně omezenou hybnost, je vhodné použít náhradní prostředky jako je močová láhev, podložní mísa nebo toaletní křeslo. Důležitým krokem je také úprava pitného režimu. Pacienti by měli pít během dne průběžně a po menších dávkách. Není vhodné nárazové pití velkého množství (Romžová, 2013). K mapování pitného režimu můžeme pacientovi doporučit zaznamenávání do mikčního deníku. Ten slouží k mapování průběhu inkontinence, ke správné diagnostice konkrétního druhu močové inkontinence

a také k její léčbě. Pomocí mikčního deníku získáváme informace o denním příjmu tekutin a také o tom, jak je pacientův pitný režim rozložen během dne. Zjišťujeme údaje o frekvenci močení, jaké jsou úniky moči, jaké množství moči pacient vymočí u jednotlivých mikcí a jaký je celkový objem moči za 24 hodin (Ryšánková, 2021).

Pacienty dále informujeme o tom, že by se měli zaměřit na změnu životního stylu, který má také vliv na močovou inkontinenci. Mezi faktory, které mohou mít podíl na inkontinenci patří obezita, kouření, fyzická aktivita a strava. Úprava těchto faktorů může zlepšit močovou inkontinenci. Pacienti by měli redukovat příjem kofeinu, jelikož je prokázáno, že kofein může zhoršovat močové příznaky. Také pravidelná fyzická aktivita snižuje riziko vzniku močové inkontinence, zejména stresovou inkontinenci. Naopak těžká fyzická práce může močovou inkontinenci zhoršovat. Podle mnoha epidemiologických studií je obezita rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. Podle důkazů se výskyt urgentní a stresové inkontinence zvyšuje společně se zvyšujícím se BMI (Body Mass Index). Dalším rizikovým faktorem je kouření. Pokud pacient kouří více jak 20 cigaret denně, předpokládá se, že kouření zhoršuje intenzitu močové inkontinence (Lucas et al., 2015).

Velkou součástí konzervativní léčby je posílení svalů pánevního dna. Velmi nápomocná nám může být gymnastika pánevního dna. Jedná se o opakující se, uvědomované stahy a uvolnění konkrétních svalů pánevního dna. Je nutné zapojovat správné svaly, aby nedocházelo k nechtěným stahům připojených svalových skupin. Nejčastěji ženy cvičí podle tréninkového programu Arnolda Kegela (viz obr. 6) (Hudáková, Novyzedláková, 2013). Pokud pacient trpí stresovou inkontinencí, kterou způsobuje oslabené svalstvo pánevního dna, je pacientovi doporučena fyzioterapie. Nejznámější a velmi osvědčenou metodou je terapie podle Ludmily Mojžíšové. Její terapie obsahuje cviky na oblast bederní páteře a pánve. Při terapii podle Ludmily Mojžíšové dochází k uvědomění si svalů pánevního dna. Tato terapie slouží také k odstranění vertebrogenních bolestí, při bolestivé menstruaci a při problémech s neplodností (Stresová inkontinence moči, 2018). V některých zemích mají i programy jógové terapie, které mají napomáhat ženám ve zlepšení močové inkontinence. Program poskytuje výuku v různých jógových pozicích a technikách. Cviky ženy provádí pomalu, aby si uvědomovaly ty správné svaly pánevního dna. Zlepší si tím celkovou kondici, zlepši kontrolu nad svaly pánevního dna a naučí se správně dýchat a relaxovat (Huang et al., 2014). Pacienti, kteří trpí urgentní inkontinencí, urgencí nebo častým močením, mohou také provádět trénink močového

měchýře. Principem tohoto tréninku je močení v předem určený časový interval. Tento interval se zároveň postupně prodlužuje a pacienti se snaží potlačit nucení na močení. Pacienti také mohou cvičit přerušování mikce (Hudáková, Novysedláková, 2012).

Další možností konzervativní léčby je využití vaginálních kónusů, které tvoří sadu závaží kuželovitého tvaru. Uvnitř kónusu je závaží o různé hmotnosti. Žena si zavede nejlehčí závaží do pochvy a poté s ním chvíli chodí. Jelikož má závaží tendenci vyklouznout, žena musí stahovat svaly pánevního dna. Tím je posiluje. Pokud žena závaží opakovaně udrží, zavede si těžší závaží. Podobnou metodou je Kolpexin. Dutá plastová kulička, která má uvnitř volně pohybující se menší kovovou kuličku. Lékař speciálním kalibrátorem změří velikost pochvy a vybere nejvhodnější velikost kuličky. Je potřeba, aby plastová kulička naléhala co nejtěsněji na poševní stěnu. Pacientka si zavede kuličku hluboko do pochvy a volně se s ní pohybuje. Během pohybu se uvnitř rozhýbe kovová kulička. Tím, že kovová kulička naráží do pochvy zevnitř, udává tak impulzy svalům pánevního dna a ty reagují stahy. Díky tomu žena posiluje schopnost kontrakce těchto svalů. Močová inkontinence se také může léčit elektrostimulací svalů pánevního dna. Pacientka má elektrody připevněné povrchově nebo zavedené do pochvy či konečníku. Tím jsou stimulovány vybrané svaly a nervy. Ženy mohou také využívat poševní pesary. Poševní pesary fungují na principu, že zvedají krček močového měchýře, znehybňují ho a stlačují močovou trubici. Muži mohou využít svorky na penis nebo urinál. Další pomůckou může být uretrální okluzor. V poslední řadě je také možnost zavedení permanentního katétru nebo suprapubického katétru (Slezáková et al., 2017).

Do konzervativní léčby spadá také farmakologická léčba, která je velmi důležitá. Většina pacientů s urgentní inkontinencí užívá farmakoterapii. Pacientům se podávají léky uvolňující hladkou svalovinu močového měchýře. Jsou to například anticholinergika 1. a 2. generace. Jako příklad anticholinergik můžeme uvést Oxybutynin, Propiverin, Solifenacin a Fesoterodin. Léky této skupiny mají antimuskarinový účinek nebo přímo uvolňují hladké svalstvo. V některých případech se oba účinky kombinují (Hora et al., 2020). U stresové inkontinence se nejčastěji využívá hormonální terapie, převážně lokální přípravky do pochvy. Například krémy, masti či čípky s obsahem estrogenů. Dále se také využívá hormon desmopresin, anticholinergika a antidepressiva (Romžová, 2013). Pacientům trpícím hyperaktivním močovým měchýřem jsou nejčastěji předepisovány anticholinergika. Novou lékovou skupinou, která je schválena pro léčbu hyperaktivního

močového měchýře, jsou agonisté β_3 -adrenoreceptorů. V České republice je prvním zástupcem β_3 -adrenoreceptorů Mirabegron. (Horčíčka, Topinková, 2018).

1.2.8.2 Kompenzační pomůcky

Velmi důležitou součástí léčby močové inkontinence je správný výběr kompenzačních pomůcek pro inkontinenci. Hlavně z důvodu zlepšení a udržení kvality života pacientů. S výběrem kompenzačních pomůcek může pomoci sestra, v jejíž kompetencích je zajistit vzorky kompenzačních pomůcek od různých firem. Dále sestra může předat pacientovi kontakty na firmy, které prodávají kompenzační pomůcky. Díky většímu množství vzorků se může pacient rozhodnout, které kompenzační pomůcky mu budou vyhovovat nejvíce. Jelikož je každý pacient rozdílný, je potřeba zjistit, jaké kompenzační pomůcky jsou pro něj nejvhodnější. Pacient by měl mít také možnost výběru pomůcek, které eliminují negativní jevy. Takovými negativními vlivy může být zápach, pocit studu, strach z promočení a pobytu na veřejnosti. Pomůcky pro inkontinenci mají určité požadavky, které jsou pro pacienty důležité. Musí mít správnou velikost, nesmí být z dráždivého materiálu, musí dobře absorbovat moč a musí být prodyšné. Dále by měla být snadná manipulace při použití pomůcek, měly by mít dezodorační složku a měly by být cenově dostupné (Wirthová, 2013).

Pomůcky rozdělujeme podle pohlaví, typu a stupně močové inkontinence a mobility pacienta. Ženy, které jsou mobilní, mohou využívat absorpční vložky, které se lepí na spodní prádlo. Jinou alternativou jsou fixační kalhotky s vloženými plenami, navlékací absorpční kalhotky (viz obr. 7) nebo pratelné inkontinenční kalhotky s absorpční vložkou (Wirthová, 2013). Pro některé ženy mohou být pleny nepříjemné z důvodu, že připomínají dětské pleny. Mají ale výhodu, že jsou více savé než absorpční vložky a jsou zajištěny okolo pasu suchým zipem nebo lepícími páskami. Pleny jsou ale více vhodné pro pacienty, kteří jsou imobilní a jsou upoutáni na lůžko. Pro osoby, které ošetřují pacienta s inkontinencí jsou pleny snadnější (Payne, 2018). Mobilní muži mohou využívat penilní svorky (viz obr. 8) nebo urinální kondomy se sáčkem (viz obr. 9). Urinální kondomy fungují na principu neinvazivní drenáže. Ta odvádí unikající moč pomocí spojovací hadičky do sběrného sáčku, který je umístěn na dolní končetině pacienta (Vraníková et al., 2021). Urinální kondom může být buď samolepící nebo připevněný páskem. Sběrný sáček si pacient připevňuje ke stehnu či k lýtku. Mohou být různých objemů. Denní sběrné sáčky mají objem 500-800 ml a noční až 1500 ml. Dále

mohou mobilní muži použít absorpční kolektory po muže, fixační kalhotky nebo absorpční vložky. Pro imobilní ženy i muže je možné využívat zapínací absorpční kalhotky, absorpční podložky do lůžka nebo permanentní močový katétr s močovým sáčkem. Imobilní pacienti mužského pohlaví mohou navíc využívat drenážní urinály. Ty se skládají z urinálního kondomu, sběrného sáčku a sady k připevnění k lůžku. Fungují na principu samospádového odtoku moči do sběrného sáčku, který je připevněný k lůžku. Výhodou drenážního urinálu je to, že oproti permanentnímu močovému katétru je tato kompenzační pomůcka neinvazivní (Wirthová, 2013).

1.2.8.3 Chirurgická léčba

Pokud dojde k vyčerpání všech možností konzervativní léčby a nedojde ke zlepšení močové inkontinence, lékař doporučí chirurgickou léčbu. Lékař se rozhodne, jaký druh chirurgické léčby zvolí podle typu a stupně inkontinence, podle příčiny vzniku inkontinence, podle zdravotního stavu pacienta a v poslední řadě podle stavu pohlavních orgánů a poševní stěny (Fakultní nemocnice Brno, © 2022).

Chirurgická léčba urgentní inkontinence je rozšířená méně než chirurgická léčba stresové inkontinence. Prvním možným řešením může být aplikace botulotoxinu do svaloviny močového měchýře. Výkon se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Výsledný efekt aplikace je pouze dočasný a to na 4-9 měsíců. Postupně efekt slábne. Komplikací aplikace botulotoxinu může být zástava močení, kdy je poté nutné dočasně zavést permanentní močový katétr. Do chirurgické léčby urgentní inkontinence patří dále sakrální neurostimulace. Tato léčebná metoda pomocí stimulací nervů snižuje hyperaktivitu močového měchýře (Fakultní nemocnice Brno, © 2022). Poslední a nejvíce používaná metoda je augmentační cytoplastika, kdy se použije část střeva na našití na močový měchýř. Dojde díky tomu k zvětšení kapacity močového měchýře a sníží se intravezikální tlak (Hora et al., 2020).

Chirurgická léčba stresové inkontinence je širší než u chirurgické léčby urgentní inkontinence. Nejméně invazivní metodou je aplikace kyseliny hyaluronové nebo polyakrylamidu. Látka se aplikuje do periuretrální tkáně nebo do oblasti hrdla močového měchýře. Účinnost je ale nižší a krátkodobá. Dalším typem výkonu jsou transobturátové vaginální tahuprosté operace (TOT, TVT-O) (viz obr. 10). Dále se provádí závěsné operace hrdla močového měchýře pomocí pásky a závěs uretry dle Pereyry. Mezi časté výkony patří také vaginální tahuprosté páskové operace (TVT) (Zámečník, 2015). Kdy

se během operace přes retropubický prostor zavede syntetický implantát a následně je vyveden v podbřišku nad stydkou sponou. Výsledkem je opora střední části močové trubice při stresových manévrech. Tato metoda má vysokou úspěšnost a minimální množství intraoperačních a pooperačních komplikací (Juráková et al., 2017). Nejčastější chirurgickou metodou je kolpopexie podle Burche. Při tomto výkonu dochází k fixaci hrdla močového měchýře a proximální uretry (Zámečník, 2015). U mužů se zvyšuje riziko stresové inkontinence po operaci prostaty. Jednou z možností chirurgické léčby je implantace umělého svěrače. Výkon se provádí v celkové anestezii. Do šourku pacienta se implantuje pumpička a tou dokáže pacient ovládat manžetu svěrače, která je implantovaná kolem uretry. Díky tomu dokáže pacient močový měchýř vyprázdnit. Tento typ operace je dlouhodobé řešení stresové inkontinence (Fakultní nemocnice Brno, © 2022).

1.3 Role sestry v péči o pacienty s močovou inkontinencí

Na prvním místě by měla sestra umět porozumět pacientovým obtížím a respektovat jeho intimitu. Je důležité, aby sestra přistupovala k potřebám každého pacienta individuálně. Pokud je pacient odkázán na používání kompenzačních pomůcek, měla by mít sestra přehled v aktuálních produktových nabídkách kompenzačních pomůcek, které jsou právě na trhu. Rolí sestry je také umět pacientovi poradit s výběrem kompenzačních pomůcek a opakovaně se ptát, zda pacientovi kompenzační pomůcka vyhovuje. Pokud pacientovi nevyhovuje, zjistíme, z jakého důvodu. Důvodem může být například špatně zvolená velikost, nedostatečná savost nebo špatná manipulace s pomůckou. V některých případech může být pacientovi kompenzační pomůcka nekomfortní z důvodu malé diskrétnosti, šustícího materiálu nebo nedostatečné absorpce zápachu. V tomto případě by měla sestra nabídnout pacientovi vzorky jiného produktu nebo výrobce, aby pacient zjistil, jaké kompenzační pomůcky mu nejvíce vyhovují. Sestra by také měla pacientovi doporučit vhodnou kosmetiku na kůži, aby se co nejvíce předešlo riziku kožních komplikací (Úloha sestry v péči o inkontinentního pacienta, 2022)

Mezi role sestry, které pracují hlavně na lůžkových odděleních patří pravidelná kontrola a hodnocení pokožky v rizikových oblastech. Sestra by měla dbát na řádnou hygienu genitálu a perineální oblasti. Je důležité, aby byla pokožka čistá, suchá a hydratovaná. Pokud dojde k zanedbání péče o kůži, může dojít k dermatitidě. Dermatitida, která je spojená s močovou inkontinencí, vzniká z důsledku trvalého vystavení vlhkosti. Tím

vznikne zánět, který následně zhoršuje poranění kůže (Blanchard, Wissen, 2019). Abychom předešli dermatitidě, je vhodné zvolit bavlněné spodní prádlo a oblečení. Během hygieny jsou vhodné krátké vlažné koupele nebo krátké sprchování mírně teplou vodou. Nejsou vhodné dlouhé koupele v horké vodě. Prevence dermatitidy spočívá také v péči o pokožku. Sestra musí mít přehled o vhodných krémech, pastách a sprejích, pomocí kterých můžeme dermatitidě předcházet (Zimová, Zimová, 2015). Do péče o kůži také spadá prevence dekubitů. Těm můžeme předejít hlavně včasnou monitorací pokožky, častější výměnou kompenzačních pomůcek, používáním ochranných krémů a past, včasnou mobilizací a pravidelným polohováním pacienta (Pokorná, Krajčíková, 2017).

1.3.1 Prevence vzniku močové inkontinence

Včasné zahájení preventivních opatření je velmi důležité v tom, abychom předešli vzniku močové inkontinence (Drábková, 2015). Mezi nejvíce rizikové skupiny patří ženy ve vyšším věku, těhotné ženy, ženy po porodu a v období menopauzy. V poslední řadě patří mezi rizikové skupiny i ženy s poruchami pánevního dna, jako je například prolaps pánevních orgánů, kdy často dochází k prevalenci močové inkontinence (Aoki et al., 2017). Základním preventivním opatřením, aby nedošlo ke vzniku močové inkontinence, je primární prevence. Do preventivních opatření řadíme i pravidelné kontroly u praktického lékaře, na urologii a gynekologii.

Často lze močové inkontinenci předejít díky následujícím zásadám (Drábková, 2015). Důležitý je dostatečný příjem tekutin a to alespoň 2 litry tekutin denně. Neměli bychom přijímat tekutiny cca 2-3 hodiny před spánkem, měli bychom omezit nápoje s obsahem kofeinu a alkoholické nápoje. Není také vhodný nárazový velký příjem tekutin. Měli bychom tekutiny spíše rozdělit do menších porcí. Dále bychom se měli zaměřit na správné dietní návyky, a to zvýšením množství vlákniny ve stravě (Drábková, 2015; Slezáková et al., 2017). Pro některé pacienty mohou být dráždivé i potraviny s vysokým obsahem kyselin, jako jsou například rajčata a grapefruity. Stejně také může být dráždivá pro močový měchýř i kořeněná strava (Urinary Incontinence, 2018). Důležitá je i pravidelná fyzická aktivita. Naopak nevhodná je fyzicky náročná a stereotypní práce. Řadíme zde i dodržování zdravého životního stylu a udržování si adekvátní tělesné hmotnosti. Důležitým aspektem v prevenci močové inkontinence je dodržování správných hygienických a mikčních návyků jako je pravidelné vyprazdňování (Drábková, 2015; Slezáková et al., 2017). Dodržování správných návyků bychom měli zahájit již v raném

dětství. Důležité je dodržování pravidelných intervalů mikce. K mikci by mělo docházet alespoň každých 4-5 hodin. Vhodné je i vymočení před spánkem. Pacienti by neměli zdržovat moč nadbytečně dlouho a nechodit na toaletu jen na zkoušku. Při mikci bychom neměli moč vyprazdňovat násilím a na mikci by měl mít pacient klid a vhodné intimní prostředí. V prevenci močové inkontinence nesmíme také zapomenout na důležitost předcházení infekcím močopohlavního ústrojí. Léčba močopohlavních infekcí by měla být důkladná a neměla by se zanedbávat. K tomu řadíme i dodržování hygieny genitálu. Hlavně u žen, pokud jsou sexuálně aktivní, doporučuje se vymočení nebo i osprchování po pohlavním styku. Dále pokud je žena těhotná či po porodu, měla by dbát na správnou funkci ledvin a močových cest. Vhodná je i snaha o posílení svalů pánevního dna, kdy hlavně v šestinedělí může toto posilování pomoci bez pozdějších následků narušené kontinence. V poslední řadě nesmíme zapomenout na včasné zahájení hormonální terapie v období menopauzy (Slezáková et al., 2017).

1.3.2 Edukace pacientů s močovou inkontinencí

Pokud již pacient močovou inkontinencí trpí, je vhodné zařadit sekundární prevenci. Cílem edukace pacientů s močovou inkontinencí je zabránění rozvoje onemocnění (Drábková, 2015). Sestra by měla pacientovi doporučit, aby měl vždy volnou cestu na toaletu bez překážek. Dále je vhodná úprava oděvu. Pacient by měl mít oděv bez složitého rozepínání a rozvazování s možností rychlého svléknutí oděvu. Doporučíme pacientovi pravidelné a pečlivé zaznamenávání jeho příjmu tekutin a mikcí do mikčního deníku, včetně barvy, zápachu a příměsí v moči. Edukujeme pacienta k vymočení každé dvě hodiny a také k pečlivé hygieně genitálu po každém vymočení. Vysvětlíme pacientovi, aby se snažil interval močení postupně prodlužovat. Dále by se měl pacient vymočit do úplného vyprázdnění močového měchýře. Také mu popíšeme, jak správně provádět trénink močového měchýře. Je důležité, aby pacient dodržoval pravidelný a postupný příjem tekutin, který by měl obsahovat 2,5 – 3 litry tekutin denně mezi 7 – 19 hodinou. Edukujeme pacienta o vhodnosti zařazení cviků na posílení pánevního dna. Pokud pacient používá kompenzační pomůcky, sestra pacienta informuje o správném použití a pomůže mu s výběrem nejvhodnější kompenzační pomůcky. V poslední řadě pacienta edukujeme o zdravém životním stylu a pokud pacient trpí nadváhou, tak o její redukci (Kapounová, 2020)

1.3.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy spojené s močovou inkontinencí

Ošetrovatelské diagnózy spadají do ošetrovatelského procesu. Slouží k rozpoznání nenaplněných potřeb pacienta. Vyhledáváme aktuální nebo potencionální ošetrovatelské diagnózy. Radíme zde i edukační ošetrovatelské diagnózy. Nejčastěji se v ošetrovatelství využívá NANDA taxonomie. Snažíme se najít ošetrovatelské problémy (Marečková, 2012). Ošetrovatelský problém je jakýkoliv stav, ve kterém pacient potřebuje pomoc. Může to být oblast například udržování zdraví nebo také zabezpečení klidné smrti. Ošetrovatelskými diagnózami mohou být pouze ty problémy, které jsou schopny sestry realizovat v rámci svých kompetencí (Tóthová et al., 2014). Ošetrovatelské diagnózy jsou seskupeny do třinácti domén, které jsou poté ještě rozřazeny do tříd podle lidských potřeb. Sestra by je měla probrat s pacientem a na základě toho vytvořit ošetrovatelský plán (Marečková, 2012).

V rámci onemocnění močové inkontinence se můžeme nejčastěji setkat s následujícími ošetrovatelskými diagnózami. Pokud již pacient močovou inkontinencí trpí, tak rozdělujeme ošetrovatelské diagnózy podle druhu močové inkontinence. Můžeme se tedy setkat s ošetrovatelskými diagnózami jako je *stresová inkontinence moči – 00017*, *reflexní inkontinence moči – 00018* a *urgentní inkontinence moči – 00019*. V případě, že pacient močovou inkontinencí netrpí, ale je u něj riziko vzniku močové inkontinence, můžeme uvést jako příklad ošetrovatelskou diagnózu *riziko urgentní inkontinence moči – 00022*. Dále v oblasti vylučování můžeme využít ošetrovatelskou diagnózu *retence moči - 00023*, *narušené vylučování moči – 00016*, *funkční inkontinence moči – 00020* a *úplná inkontinence moči – 00021*. Pacient, trpící močovou inkontinencí je ohrožen mnoha riziky. Například *riziko infekce – 00004*, *riziko narušené integrity kůže – 00047* nebo *riziko osamělosti – 00054*. Pokud pacient není schopný se sám o sebe postarat, můžeme se setkat s ošetrovatelskou diagnózou *deficit sebeděče při hygieně – 00108* nebo *deficit sebeděče při vyprazdňování – 00110*. Při častém a náhlém pocitu na močení, jako je například u urgentní inkontinence, může mít pacient narušený spánek a být během dne unavený. V této oblasti můžeme použít ošetrovatelskou diagnózu jako je *nespavost – 00095* a *únava – 00093*. Když se pacient poprvé setkává s diagnózou močové inkontinence, je to pro něj psychicky velmi náročné. Dostává se tím do nové životní situace, ze které má strach a má pocit nejistoty. Pro pacienta je to nová zkušenost, která ho může velmi zasáhnout. V tomto ohledu se můžeme setkat například s ošetrovatelskými

diagnózami jako je *strach* – 00148, *beznaděj* – 00124, *chronicky nízká sebeúcta* – 00119 a *sexuální dysfunkce* – 00059 (Slezková et al. 2017; Herdman et al., 2020).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí.

Cíl 2: Zjistit, jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí.

Cíl 3: Zjistit, jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí?

VO 2: Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí?

VO 3: Jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí?

3 Metodika výzkumu

3.1 *Metoda a technika sběru dat*

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Základní metodou k získání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory probíhaly se sestrami pracujícími na urologickém oddělení ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Pro rozhovor byly vybrány sestry na dvou stanicích standardního lůžkového oddělení, na Jednotce intenzivní péče a v ambulancích. Rozhovory byly realizovány na základě schválení žádosti hlavní sestrou příslušné jihočeské nemocnice, spolu se souhlasem vrchní sestry urologického oddělení a následným souhlasem sester. Všechny sestry byly ujištěny o anonymitě během celého našeho rozhovoru. Se svolením sester byl průběh rozhovoru zaznamenáván na diktafon.

Rozhovory proběhly pomocí předem domluvených setkání na daných oddělení v době od 27.2. do 3.3.2023. Rozhovory probíhaly v 15 až 20minutových intervalech. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 20 otázek, které jsou k nahlédnutí v příloze č. 1. Úvodní otázky obsahovaly identifikační údaje a následně byl rozhovor zaměřen na zvolené cíle a výzkumné otázky bakalářské práce. Otázky byly zaměřeny na to, jak často se sestry setkávají s močovou inkontinencí a jaké nejčastější druhy močové inkontinence to jsou. Dále se otázky týkaly předávání informací pacientovi ohledně močové inkontinence, a zda sestry stanovují ošetřovatelské diagnózy. Poslední část otázek v rozhovoru byla zaměřena na kompenzační pomůcky. A to, jaké kompenzační pomůcky sestry využívají nejčastěji u pacientů s močovou inkontinencí, podle čeho zvolí výběr kompenzační pomůcky a zda nejdříve výběr kompenzační pomůcky zkonzultují s pacientem. Otázky byly také zaměřeny na výběr kompenzačních pomůcek od více výrobců, a zda jich mají sestry na oddělení dostatek.

Audionahrávky z diktafonu byly nejdříve zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Word. Následně byla data analyzována otevřeným kódováním. Text byl zpracován metodou „tužka-papír“ a poté kategorizován. Celkem byly zvoleny 3 kategorie a 10 podkategorií, ke kterým byly přiřazeny kódy dle souvislosti. Pro jednodušší přehlednost jsou v textu kategorie a podkategorie zvýrazněny tučně. Následně pod každou kategorií a podkategorií můžeme najít odpovědi sester bez jazykové korektury.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 sester z urologického oddělení ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Z důvodu zachování anonymity záměrně nezmiňujeme přesný název zdravotnického zařízení. Věk výzkumného souboru se pohyboval v rozmezí 27 až 61 let. Sestry byly očíslovány od 1 do 10, například S3 (sestra 3). Podrobné informace o sestrách jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Pro jednodušší přehlednost je oddělení Jedinoty intenzivní péče označeno oficiální zkratkou – JIP, specializační vzdělání Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče – ARIP, vyšší odborné studium – DiS, vysokoškolské bakalářské studium – Bc. a vysokoškolské magisterské studium – Mgr.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky

Tabulka č. 1 udává přehled informací o sestrách vybraných k výzkumnému šetření. V tabulce lze najít informace o věku a nejvyšším dosaženém vzdělání sester. Dále zde můžeme najít ve které části urologického oddělení sestry pracují a jak dlouho. Poslední informací, kterou tabulka udává je množství odpracovaných let sester ve zdravotnictví.

Tabulka č. 1: Výsledky výzkumného šetření

Sestra	Věk	Úroveň vzdělání	Počet let ve zdravotnictví	Nemocniční oddělení	Počet let na daném oddělení
1.	61 let	vysokoškolské Mgr.	43 let	Urologie Ambulance	20 let
2.	34 let	středoškolské s maturitou	15 let	Urologie Ambulance	5 let
3.	41 let	středoškolské s maturitou	17 let	Urologie Ambulance	11 let
4.	28 let	vysokoškolské Mgr.	5 let	Urologie JIP	3 roky
5.	43 let	vysokoškolské Mgr.	26 let	Urologie JIP	26 let
6.	48 let	specializace ARIP	30 let	Urologie JIP	30 let
7.	43 let	vyšší odborné DiS.	20 let	Urologie lůžková stanice	20 let
8.	43 let	středoškolské s maturitou	15 let	Urologie lůžková stanice	8 let
9.	27 let	vyšší odborné DiS.	5 let	Urologie lůžková stanice	5 let
10.	35 let	vysokoškolské Bc.	13 let	Urologie lůžková stanice	9 let

Zdroj: Vlastní

4.2 Kategorizace získaných dat

Pomocí získaných dat polostrukturovaným rozhovorem a následným kódováním byly dohromady vytvořeny 3 kategorie a 10 podkategorií, které jsou pro lepší přehlednost shrnuty v tabulce č. 2.

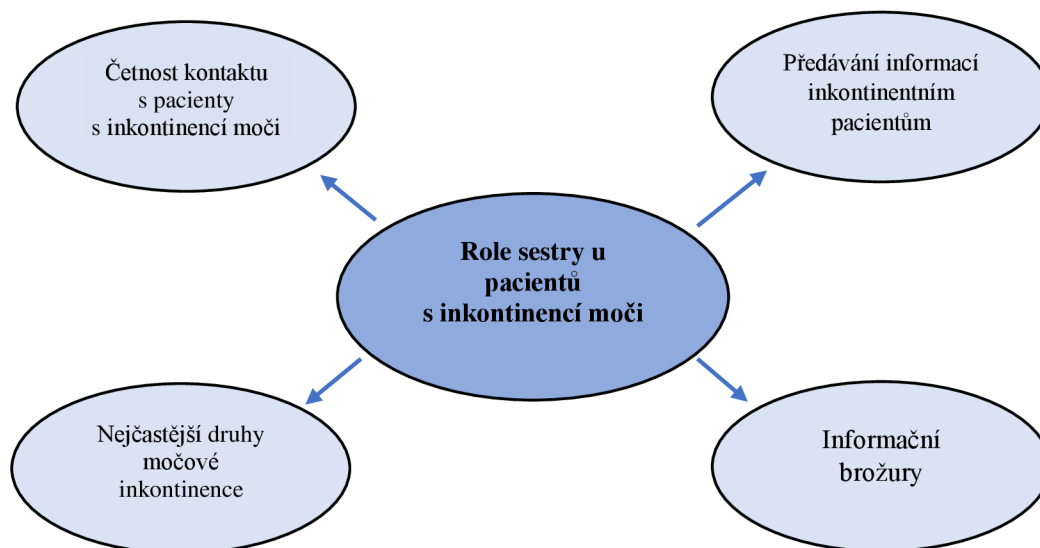
Tabulka č. 2: Souhrn kategorií a podkategorií

1. kategorie	Role sestry u pacientů s inkontinencí moči
1.1 podkategorie	Četnost kontaktu s pacienty s inkontinencí moči
1.2 podkategorie	Nejčastější druhy močové inkontinence
1.3 podkategorie	Předávání informací inkontinentním pacientům
1.4 podkategorie	Informační brožury
2. kategorie	Ošetrovatelské diagnózy
2.1 podkategorie	Nejčastější ošetrovatelské diagnózy
2.2 podkategorie	Intervence k ošetrovatelským diagnózám
3. kategorie	Nejčastější kompenzační pomůcky
3.1 podkategorie	Výběr kompenzačních pomůcek
3.2 podkategorie	Možnost výběru kompenzační pomůcky podle výrobce
3.3 podkategorie	Dostupnost kompenzačních pomůcek
3.4 podkategorie	Urínální kondom

Zdroj: Vlastní

1. Kategorie **Role sestry u pacientů s inkontinencí moči**

Schéma č. 1: Toto schéma shrnuje přehled první kategorie a následných čtyř podkategorií.



Zdroj: Vlastní

První kategorie slouží ke zjištění, jaká je role sester při péči o pacienty s inkontinencí moči. Jelikož byly rozhovory vedeny se sestrami, jak v lůžkové části, tak i v ambulantní části urologie, jejich role se lišily.

Skupina S1, S2 a S3 jsou sestry pracující v ambulantní části urologie. Všechny tři sestry (S1, S2, S3) se shodly, že jejich rolí je odběr vzorku moči a předání základních informací pacientovi. Přesněji S1: *„No tak zaprvé objednat pacienta, pak ho zařadit a potom nabrat moče. Základní to primární vyšetření, který můžu dělat v mojí kompetenci. Potom je pacient předán lékaři. No a s tím, že potom podle typu inkontinence se stanovuje léčba. Ta léčba se odvíjí od toho, jestli mu poskytujeme inkontinentní pomůcky nebo jakým způsobem se mu budeme věnovat. To už potom závisí podle vyšetření lékaře.“* S2 se k roli sestry vyjádřila: *„Když přijdou do té ambulance, odebereme moč, poučíme je o tom, jak jde chod ambulance a že pořadí určuje lékař. Informujeme ho také o tom, jak bude další postup jeho vyšetření.“* S3 uvedla, že se řídí podle toho, co od ní jako od sestry požaduje lékař a zmínila nutnost vyloučení zánětu močových cest. S3: *„Většinou děláme to, co požaduje pan doktor. Odebíráme vzorky moči. Vždycky se musí u těch pacientů vyloučit zánět. Pak jsou většinou do specializované urodynamické ambulance. Takže u nás je to spíš takový prvotní pohovor a odběr té moči, co se týče sesterské práce.“*

Sestry S4, S5, S6 uvedly hlavně pooperační péči jako jejich roli sestry. S4 kromě obecné pooperační péče u pacientů sleduje krvácení a fyziologické funkce. Dále také dohlíží na pitný režim a řeší posazování pacientů po operaci. S4: *„My se o ty pacientky staráme po tom výkonu. Nefunguje to u nás konkrétně na té JIPce tak, že bysme s nimi nějakým způsobem cvičili. Po té operaci sledujeme třeba, jestli nekrvácí a sledujeme fyziologické funkce. Řešíme posazování, pitný režim a potom sem dochází 2x denně rehabilitační, která s nimi cvičí. Při propuštění dostávají doporučení, co se týče pohybového režimu.“* S5 a S6 zmínily pouze pooperační péči. S5: *„Většinou je to pooperační péče. Péče po výkonech, protože vzhledem k tomu, že jsme JIPka, tak se nám sem ti pacienti předtím většinou nedostanou.“* I6: *„No tak staráme se o ty pacienty po výkonu, hlavně z toho ošetrovatelského hlediska.“*

Skupina sester S7, S8, S10 uvedly převážně roli edukační v rámci poskytování informací pacientům. S7: *„No edukujeme pacienta a předáváme mu informace.“* S8: *„Převážně edukační.“* S9 sdělila, že v rámci role sestry poskytuje kompenzační pomůcky a edukační materiál. Ten se týká zejména posílení svalů pánevního dna. S9: *„Poskytuju pomůcky*

jako třeba inkontinenční pleny a vložky. Potom jim poskytnu nějaký edukační materiál, nějaký cviky na posílení pánevního dna.“ S10 zmiňuje na prvním místě edukaci pacienta v možnostech výběru inkontinenčních pomůcek. S10: *„Hlavně edukace. V rámci té edukace je to o výběru inkontinenčních pomůcek převážně.“*

1.1 podkategorie **Četnost kontaktu s pacienty s inkontinencí moči**

Většina sester se s pacienty s močovou inkontinencí setkává denně. V každodenním styku s pacienty s inkontinencí moči je S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10. Například S1: *„Určitě každý den.“* S5: *„Často, myslím si že téměř každý den.“* S7: *„Denně.“*

S4 se s pacienty s močovou inkontinencí neseťkává tak často jako ostatní sestry. Oproti skupině zbylých sester se s pacienty s inkontinencí moči setkává jen 5x za měsíc. S4: *„Tady na JIPce třeba 5x za měsíc, ale jsou to pacientky po výkonech s již řešenou inkontinencí.“*

1.2 podkategorie **Nejčastější druhy močové inkontinence**

Tato podkategorie je zaměřena na to, s jakými druhy močové inkontinence se sestry setkávají nejčastěji. Nejvíce se sestry setkávají se stresovou inkontinencí. S5, S3 uvedly pouze inkontinenci stresovou. S5: *„Asi stresová, ta je nejčastější.“* S3: *„Stresová a nevím jaká ještě.“*

S2 zmínila ještě kromě stresové inkontinence i inkontinenci při infekci močových cest. *„Většinou stresová nebo když je infekce.“* Kromě stresové inkontinence uvedla S8 také stařeckou inkontinenci. S8: *„Stresová a potom taková ta stařecká inkontinence.“* S7 se setkává i s inkontinencí, která patří k vyššímu věku. S7: *„Se stresovou inkontinencí a pak jakoby co patří k věku ta inkontinence.“* S6 uvedla, že se nejčastěji setkává s pacientkami, které jsou již po operaci právě z důvodu stresové inkontinence. S6: *„Tak tady většinou leží ty ženský po výkonech, když mají stresovou inkontinenci.“* Podle S1 je skladba pacientů, se kterými se setkává, různorodá. Nejčastěji se setkává s pacienty po operacích a také s pacienty se stresovou inkontinencí. S1: *„To je různý. Nejčastěji to jsou pooperační stavy z důvodu inkontinence a potom hodně ta stresová.“*

S4 se jako jediná sestra zmínila o inkontinenci moči z důvodu sestupu pochvy po odstranění ženských orgánů. S4: *„Většinou to bývají pacientky po odstranění gynekologických orgánů s tím, že mají potom sestup pochvy a s tím související*

inkontinenci. “ Navíc ke stresové inkontinenci dále S6 uvedla i močovou retenci u mužů. S6: „...a chlapi tu jsou většinou po retenci.“ S7, S9 se zmínily i o pacientech, kteří jsou buď před nebo po operaci prostaty. S7: „...a lidi co jsou před operací prostaty.“ S9: „Většinou je to po výkonech, když jsou po desobstrukci té prostaty, takže vlastně mají povolený svěrače a ještě se jim to nesrovnalo.“ S10 se setkává s pacienty s postoperační inkontinencí, ale také se všemi druhy močové inkontinence. S10: „Tak víceméně u nás to jsou nejčastěji postoperační. Je to i stresová inkontinence a víceméně všechny druhy.“

1.3 podkategorie **Předávání informací inkontinentním pacientům**

Nedílnou součástí role sestry je edukace pacienta a předávání potřebných informací pacientovi. Skupina sester (S2, S3, S7, S8, S9) uvedla pouze lékaře jako osobu, která by měla předávat informace pacientům s močovou inkontinencí. Například S3: „Lékař.“ S9: „Určitě lékař.“ Sestry S1, S5, S6 a S10 zmínily kromě lékaře i sestru jako osobu, která by měla pacientům předávat informace. S1: „No lékař, samozřejmě. Lékař musí stanovit typ inkontinence a potom už je to v kompetencích i sestřičky. Základní edukaci předává lékař a potom sestra. Sestra předává informace, co se týče inkontinentních pomůcek nebo nějakých návyků a cviků na posilování pánevního dna.“ S5: „Jak lékař, tak i sestra.“ S6 hovořila i o ostychu patientek, které se stydí řešit své problémy s inkontinencí moči. S6: „Myslím si, že lékař, ale i sestra. Ono už to většinou začíná ještě před operací. Většinou ty ženský mají dlouhodobé potíže, ale nejspíš se za to ze začátku dost stydí. Až po nějaké době to začnou řešit. Nejdříve s lékařem či lékařkou a poté i se sestrou. Ale myslím si, že plno lidí se stydí to vůbec řešit, že by bylo procentuálně podstatně víc těch výkonů a pacientů, kdyby se méně styděli.“ I10: „Jak lékař, tak sestra.“ I4 zmínila multidisciplinární spolupráci, kdy by podle ní měli předávat pacientům informace sestry, lékaři a rehabilitační pracovníci. Také uvedla za vhodné předání informací pacientovi v papírové podobě, aby si pacient mohl informace zopakovat. S4: „Tak já si myslím, že by tam měla být nějaká multidisciplinární spolupráce. Sestra, rehabilitační pracovník a lékař. Plus nějaké doporučení například v papírové podobě, aby si to mohli pročit, a ještě jednou si to zopakovat.“

V druhé části třetí podkategorie jsme zjišťovali, zda konkrétně sestry předávají pacientům nějaké informace, hlavně se zaměřením na možnosti využití kompenzačních pomůcek. S4 a S5 odpověděly, že nepředávají informace ohledně využití kompenzačních pomůcek.

S4: „*U nás na JIPce ne.*“ S5 uvedla, že na jejich oddělení, konkrétně na JIP, pacientům nepředávají informace ohledně kompenzačních pomůcek. S5 také zmínila, že si myslí, že by měly předávat informace ohledně pomůcek spíše sestry na ambulanci nebo na standardním oddělení. S5: „*My tady na JIPce úplně ne, protože tady většinou řešíme jenom tu pooperační péči. Ti pacienti tady si toho od nás moc neodnesou jako těch informací. Protože to ani neudrží po tom výkonu, dle mého názoru. Myslím si, že to potom patří na jiný pracoviště například na standard nebo do ambulance. Tam je to gró.*“

Ostatní sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S10) pacientům předávají informace ohledně kompenzačních pomůcek. Například S6: „*Ano.*“ S10: „*Jo.*“ S1 uvedla, že se snaží hledat vhodnou pomůcku pro pacienta. S1: „*Ano. Vždycky hledáme vhodnou pomůcku a kombinujeme. Někdy je to medikamentózní léčba, někdy to je operační léčba a někdy ta léčba spočívá jen v předepisování inkontinenčních pomůcek.*“ S2 předává informace pouze ohledně kompenzačních pomůcek. S2: „*Pouze ty kompenzační pomůcky.*“ S3 edukuje pacienty ohledně využití kompenzačních pomůcek a jaké jsou cviky na posílení pánevního dna S3: „*Určitě ohledně těch pomůcek, cviků na pánevní dno a podobně.*“ Pouze na dotaz pacienta předává informace S7, navíc se zmiňuje o předepisování poukazů na kompenzační pomůcky. S7: „*Pokud se pacient zeptá, tak jako samozřejmě doplňující nějaké informace jako řekneme. Také píšeme pacientům i poukazy na ty inkontinenční pomůcky.*“ S8 a S9 uvedly i edukační materiál, který pacientům předávají. S8: „*Předávám edukační materiál. Co se potom týče informací, tak když jsou hospitalizovaný, tak jim předávám informace v rámci té inkontinence, a co se bude s pacientem provádět. Také co je pro něj vhodné a tak. Pokud můžu, tak předávám pacientům informace i jaké mají možnosti využití inkontinenčních pomůcek.*“ S9: „*Dáváme jim vlastně edukační materiály a dáváme jim na výběr. Řekneme jim, jaký jsou možnosti těch vložek a plen, aby si vybrali, který jim budu vyhovovat.*“

1.4 podkategorie **Informační brožury**

Důležitou součástí je, aby sestry pacienty edukovaly. V této podkategorii jsme se zaměřili na to, zda sestry předávají pacientům informační brožury. Zda je pacientům nabízí samy od sebe nebo až na dotaz pacienta a zda je vůbec na oddělení mají k dispozici. S2 a S3 samy od sebe nenabízí, ale až podle indikace lékaře. S2 sdělila, že mají informační brožury od více firem a mají i vzorky inkontinentních pomůcek. Dále S2 vysvětlila, jak u nich funguje předepisování kompenzačních pomůcek pro pacienta. S2: „*Určitě máme,*

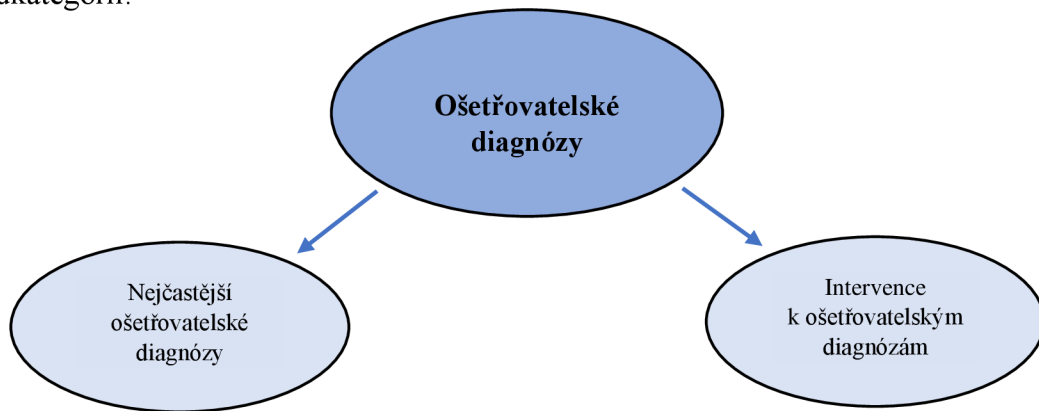
od několika firem. Sami je nenabízíme, musíme podle indikace lékaře. Nemůžeme sami. My píšeme prvotně ten poukaz. Pacient nebo pacientka si zvolí, jak velké ten únik je, podle těch stupňů té inkontinence, jestli má například jedničku, dvojku nebo trojku. Takže oni si zvolí typ té vložky a celkově té kompenzační pomůcky. Potom je odkazujeme s tím kódem přes praktického lékaře a ten to potom píše dál. “ Pouze na vyzvání lékaře předává pacientům informační brožury S3: „*Ano. Většinou je to na doporučení lékaře, který řekne, že je máme vydat.*“

S4 uvedla, že na oddělení mají malé množství informačních brožur. S4: „*Tady nic moc nemáme, to spíš na standardu.*“ S5 se zmínila, že mají na oddělení informační brožury k nahlédnutí. Podle jejího názoru na to není prostor a směřují to spíše na standardní oddělení. S5: „*Máme. Mají je k nahlédnutí, ale většinou to směřujeme na ty oddělení. Tady si myslím, že ten prostor na to není.*“ S6 předává informace hlavně ústní formou, ale mají k dispozici informační brožury. Pokud by pacient projevil zájem, tak mu informační brožuru předá. S6: „*Myslím si, že tady máme tu polici. Většinou v té ošetrovatelské péči jim vysvětlujeme vlastně ústně, a když by projevili zájem, tak jim samozřejmě dáme.*“ S7 je sestra pracující na JIP stejně jako S5 a S6. S7 uvedla, že mají na oddělení informační brožury a v případě zájmu ji pacientovi předá. S7: „*Máme. S těmahle inkontinencema oni už jsou většinou seznámený z ambulance. Takže to dostanou už třeba na ambulanci, ale my když mají o to zájem, tak jim to dáme taky samozřejmě.*“ S8 předává informace i formou informační brožury, pokud ještě pacient nebyl seznámen. S8: „*Máme. Většinou někteří pacienti samozřejmě už s tou inkontinencí nějakou dobu žijou, takže ty většinou tyhle věci ví a znají a ty pomůcky si kupují. Pokud samozřejmě nemají informace nebo jsou to lidi po výkonu, který předtím třeba neměli tu možnost, tak jim to můžeme nabídnout nebo je rovnou poučit.*“

S9 a S10 se automaticky ptají a informační brožury pacientům nabízí. S9: „*Máme. Automaticky se jich ptáme. Když jsou po těch operacích, tak se jich vlastně ptáme jaké mají únik a jaký chtějí ty pomůcky.*“ S10: „*Máme možnost dát jim i nějaký létačky. My se víceméně aktivně ptáme těch lidí, jak jsou na tom s inkontinencí.*“ S1 nabízí informační brožury pravidelně včetně cviků na posílení pánevního dna a vzorků kompenzačních pomůcek. S1: „*Máme. Nabízíme je pravidelně. Na cviky pánevního dna. Máme i ty materiály na ty inkontinentní pomůcky a máme k dispozici vzorky. Plus si pacienti můžou vybrat inkontinentní pomůcku.*“

2. kategorie **Ošetrovatelské diagnózy**

Schéma č. 2: Toto schéma shrnuje přehled druhé kategorie a následných dvou podkategorií.



Zdroj: Vlastní

Druhá kategorie je zaměřena na zjištění, zda sestry stanovují ošetrovatelské diagnózy a popřípadě o jaké ošetrovatelské diagnózy se jedná. Pokud je stanovují, tak nás také zajímalo, zda mají sestry ošetrovatelské diagnózy v dokumentaci předtištěné nebo je vypisují ručně. Sestry, které ošetrovatelské diagnózy stanovují, jsou pouze S6 a S7. Ostatní sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S10) odpověděly, že ošetrovatelské diagnózy nestanovují. Například S1: „*Ne na ambulanci nestanovujeme ošetrovatelské diagnózy, to se nedá.*“ S5: „*Ne nestanovujeme.*“ S4 se zmínila o tom, že již ošetrovatelské diagnózy nestanovují. Předtím stanovovali ošetrovatelské diagnózy spíše v souvislosti s operačním výkonem. S4: „*Ne. Celkově nestanovujeme ošetrovatelské diagnózy. Zrušilo se to 2 roky zpátky. Celkově jsme ani tu inkontinenci nestanovovali. Řešili jsme hlavně riziko infekce nebo porucha tkáňové integrity. Vyložene v souvislosti s tím operačním výkonem.*“ S8 nestanovuje ošetrovatelské diagnózy, pouze edukuje pacienta. S8: „*My je nestanovujeme. Jen v rámci edukace, tam nic takového nemáme.*“

2.1 podkategorie **Nejčastější ošetrovatelské diagnózy**

Obě sestry (S6 a S7) se shodly, že v rámci močové inkontinence nejčastěji stanovují ošetrovatelskou diagnózu riziko infekce. S6 také nejčastěji stanovuje ošetrovatelskou diagnózu riziko krvácení. S6: „*Ano. Riziko infekce močových cest a riziko krvácení.*“ S7: „*Jo. Je to riziko infekce a dál už nevím co tam je.*“

S6 a S7 se také shodly, že mají ošetrovatelské diagnózy v dokumentaci předtištěné a jen je zaškrťávají. S6: „*Máme je předtištěné.*“ S7: „*Ručně ne. Jen zaškrťáváme.*“

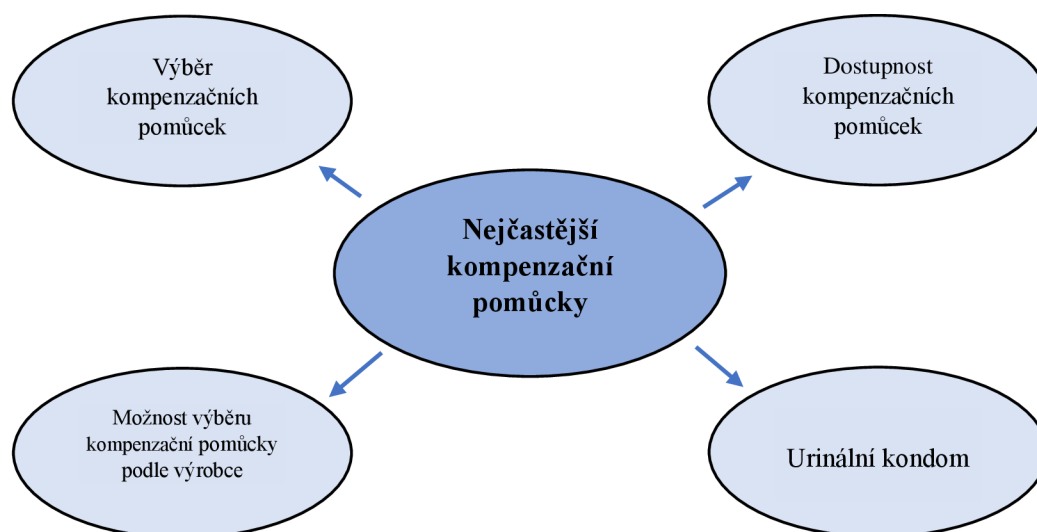
2.2 podkategorie **Intervence k ošetrovatelským diagnózám**

Tato podkategorie navazuje na předchozí podkategorii, kdy jsme zjišťovali, jaké ošetrovatelské diagnózy sestry stanovují nejčastěji. V druhé podkategorii jsme se zaměřili na to, jaké intervence sestry stanovují již ke stanoveným ošetrovatelským diagnózám. Jelikož většina sester (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S10) uvedla, že ošetrovatelské diagnózy nestanovují, tak nebylo možné zjistit, jaké intervence k příslušným ošetrovatelským diagnózám stanovují.

Sestry S6 a S7 ošetrovatelské diagnózy stanovují. Bohužel obě sestry nedokázaly odpovědět jaké intervence stanovují. Nevzpomněly si. S6: „*To teď bohužel nevím.*“ S7: „*Já teď nevím, jak to tam máme v té dokumentaci. Máme tam jen edukaci pacienta, ale ty diagnózy teď nevím.*“

3. **Nejčastější kompenzační pomůcky**

Schéma č. 3: Toto schéma shrnuje přehled třetí kategorie a následných čtyř podkategorií.



Zdroj: Vlastní

V třetí kategorii jsme se zaměřili na zjišťování, jaké kompenzační pomůcky využívají sestry nejčastěji v ošetrovatelské péči o pacienty s inkontinencí moči. Nejčastěji sestry využívají jednorázové vložky a absorpční pleny. S2 nejčastěji využívá jednorázové vložky, jak pro muže, tak i pro ženy. S2: „*Inkontinenční vložky, jak pánský tak i ženský.*“ S9 uvedla jako nejvíce využívané absorpční pleny. S9: „*Nejčastěji vlastně pleny, ty jsou takový nejpoužívanější.*“

Skupina sester (S1, S3, S7, S8) sdělila, že dvěma nejvíce využívanými pomůckami jsou jednorázové vložky a absorpční pleny. S1: „*Tak je to různé. Nejčastěji to jsou vložky a kalhotky.*“ S3: „*Vložky a kalhotky.*“ S7 rozděluje kompenzační pomůcky od nejnižšího stupně až po ten nejvyšší. S7: „*Samozřejmě od toho nejnižšího stupně, takže to jsou vložky no a pak až jakoby ty pleny natahovací nebo i normálně klasický.*“ S8: „*Tak určitě ty inkontinenční vložky a inkontinenční kalhotky. To je z toho, co se nejvíc používá tady u těch inkontinentních pacientů tak nejvíce.*“

Sestry S4, S5, S6 a S10 uvedly i jiné druhy kompenzačních pomůcek. Například S4 a S6 se také zmínily o jednorázových podložkách, které využívají při ošetrovatelské péči o inkontinentního pacienta. S4: „*Tak nějaký vložky, plínky, jednorázové podložky a tak.*“ S6: „*Tak tady máme podložky, vložky, kalhotky takový ty jednorázový.*“ S5 uvedla jako nejčastější kompenzační pomůcku permanentní močový katétr, ale také absorpční pleny a jednorázové podložky. S5: „*Tak u nás mají většinou cévku, takže většinou jich moc nevyužíváme. Ale pokud to jsou pacienti bez cévky, tak využíváme nějaké pleny nebo podložky.*“ S10 nejčastěji využívá jednorázové vložky a navlékací či nalepovací absorpční pleny. S10 se také zmínila o permanentním močovém katétru. S10: „*Vložky, kalhotky ať to jsou navlíkací nebo nalepovací. V tom nejzazším případě je to potom zavedení cévky.*“

3.1 podkategorie **Výběr kompenzačních pomůcek**

Tato podkategorie navazuje na předchozí třetí kategorii. Cílem této podkategorie bylo zjistit, podle čeho se sestry rozhodují a jakou použijí kompenzační pomůcku. Dále jsme zjišťovali, zda konzultují vybrání kompenzační pomůcky i s pacientem. Skoro většina sester (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S10) vybrání kompenzační pomůcky konzultuje s pacientem. Například S7: „*Ano, konzultujeme.*“ S8 se snaží najít tu nejlepší variantu kompenzační pomůcky pro pacienta. S8: „*Ano, konzultuju. Snažím se s pacientem najít tu nejlepší variantu přímo pro něho.*“

S4 a S5 s pacientem výběr kompenzační pomůcky nekonzultují. Obě sestry pracují na oddělení JIP. S4: „*Ne, nekonzultuju.*“ S5 nekonzultuje výběr kompenzační pomůcky s pacientem. Na prvním místě je pro S5 zajistit pacienta po operaci. S5: „*Tady většinou ne. Tady většinou co potřebujeme, tak aby ten pacient byl zajištěný v rámci péče po operaci. To je to potom spíš na těch odděleních.*“

Sestry se nejčastěji rozhodují podle stavu pacienta a jeho preferencích, úniku moči a druhu močové inkontinence. S1 se rozhoduje podle stavu pacienta, druhu inkontinence a úniku moči. S1: *„Je to právě podle typu té inkontinence a podle stavu pacienta. Taky hlavně co mu vyhovuje. Takže my to vlastně děláme až po té vzájemné dohodě s pacientem. Dáváme mu vzorky, a proto ho edukujeme tak, aby si on sám vybral, co mu nejvíc vyhovuje a podle toho se zařídí. Rozhodujeme se také podle toho, jaký jsou ty úniky. Když je to ukapávání, tak stačí nějaké jenom lehké vložky. Právě proto tu máme vzorky od těch firem, kdy teda nabídneme pacientovi na vyzkoušení různé typy. Stačí potom, když nám dá telefonicky zpětnou vazbu a my mu pošleme poukaz. Nepotřebujeme, aby chodil do ambulance znovu. S tím, že ho naučíme, jak kompenzační pomůcku používat.“* S2 a S3 se rozhodují na podkladě stupně úniku moči. S2: *„To je na tom pacientovi, jak vlastně má velký únik té moče.“* S3 se také rozhoduje podle preferencí pacienta a zjišťuje, zda je pro pacienta kompenzační pomůcka dostačující. S3: *„Podle toho, jaké je to stupeň inkontinence a co oni preferují. Většinou máme vlastně ten vzorník a oni většinou už ví, co používají. Takže spíš řešíme, jestli mají kompenzační pomůcky k tomu adekvátnímu úniku. Když mi řeknou, že mají slimky jedničku, ale mění tu pomůcku šestkrát za den, tak doporučíme něco, co má větší savost.“* S4 vybírá příslušnou kompenzační pomůcku dle stavu pacienta. S4: *„Záleží na stavu pacienta. Po tom výkonu jsou zacévkovaný, takže nedochází k úniku moči. Ty podložky se tak dávají kvůli nějakému odtoku krve a sekretu.“* Sestry S5, S6, S7 a S8 vybírají příslušnou kompenzační pomůcku podle druhu a stupně močové inkontinence. S5: *„Podle toho jaký ten únik mají, to je různý. Také podle druhu té inkontinence.“* S6 se navíc rozhoduje podle pohlaví pacienta a také po jakém výkonu pacient je. S6: *„Tak záleží, jestli je to ženská nebo chlap. To je první věc a druhá věc je, že záleží, po jakým výkonu je nebo proč tady takhle leží že jo. I jak moc velký je únik a subjektivně co oni řeknou, že mají za únik, tak podle toho volíme typ pomůcky.“* S7 vybírá kompenzační pomůcku podle stupně močové inkontinence. Navíc se domluví s pacientem a výběr s ním zkonzultuje. S7: *„Podle toho jaký to je stupeň inkontinence. Někomu stačí prostě nějak 2 kapky. U chlapů jsou to ty vložné kapsičky nebo se prostě domluvíme individuálně s tím pacientem co komu jako vyhovuje.“* S8 vybírá kompenzační pomůcku dle velikosti pacienta a podle typu močové inkontinence. S8: *„Tak pokud jsou pacienti, který už ví, co a jak a používají pomůcky pravidelně, tak tam je to jistý. Tam oni už jdou na jisto si to kupovat. A pokud se máme rozhodnout s pacientem, tak většinou hledáme vhodnou variantu. Tam záleží na velikosti, kterou musíme vyzkoušet. Když jsou to ty natahovací kalhotky nebo vložky, tam je to podle typu inkontinence, jestli je to*

opravdu jako slabá inkontinence nebo nějaká už větší inkontinence. Podle toho vybíráme velikosti vložek. “ S9 a S10 se rozhodují podle preferencí pacienta. S9 se také rozhoduje sama, co by bylo pro pacienta nejvhodnější. S9: *„Domlouváme se s pacientem, anebo prostě podle toho, jak ho zhodnotíme my.*“ S10: *„Podle toho, jak řekne pacient. Pacient dostane určitý typ, at' už je to vložka nebo plena a konzultujeme s ním, jestli mu to stačí nebo nestačí. V případě mu dáváme větší.*“

3.2 podkategorie **Možnost výběru kompenzační pomůcky podle výrobce**

Tato podkategorie obsahuje informace o tom, zda sestry nabízejí kompenzační pomůcky od více výrobců. Převážně většina sester nabízí výběr kompenzační pomůcky od více výrobců. Konkrétně skupina sester S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S10 dává na výběr kompenzační pomůcky od více výrobců. S1: *„Ano, samozřejmě.*“ S2 má tu možnost, ale záleží na doplácích, které si pacient doplácí a na stupni inkontinence. S2: *„Můžeme, ale většinou to je stejný. Tam jde o ty doplatky potom a o ty stupně, který určí lékař.*“ S3 sdělila, že mají možnost nabídnout pacientovi vzorky kompenzačních pomůcek od více firem. S3: *„Máme vzorníky, takže jim dáme třeba nějaký vzorečky pokud chtějí. Většinou ty lidi už ví, co jim vyhovuje, anebo jim dáme ty vzorníky.*“ S7 a S9 uvedly i dva nejčastější výrobce, které pacientům nabízejí. S7: *„Co tu máme, ale máme i brožury se vzorky co můžeme objednat. Nejčastěji to jsou firmy Braun a Hartmann, ty jsou nejběžnější. Anebo to, co tu máme.*“ S9: *„Určitě. Máme vlastně Braun a Hartmann.*“ Skupina sester S6, S8 a S10 nabízí pacientům kompenzační pomůcky od více firem. S6: *„Myslím si že jo, že tady je víc firem, co se dá jako nabídnout.*“ S8: *„Ano. Co se týče vlastně firmy, tak tam asi bych řekla, že potom je to jedno v rámci toho, co jim vyhovuje, tak nabídneme, co potřebují.*“ S10 nabízí kompenzační pomůcky podle toho, jakého výrobce má na oddělení k dispozici. Většinou má ale na výběr více výrobců. S10: *„Podle toho jakého máme výrobce, ale většinou jich míváme víc.*“

Sestry S4 a S5 nedávají pacientům na výběr kompenzační pomůcky od více výrobců. S4 nabízí kompenzační pomůcky od výrobce, kterého zrovna má k dispozici na oddělení. S4: *„Ne, to záleží na tom, co se objedná a co přijde.*“ S5 nenabízí pacientům na výběr různé výrobce kompenzačních pomůcek. S5: *„Nenabízíme, to spíš na ambulanci.*“

3.3 podkategorie **Dostupnost kompenzačních pomůcek**

V třetí podkategorii jsme zjišťovali, zda mají sestry k dispozici dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení. Kromě S10 se všechny sestry shodly, že mají dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení. Konkrétně S1 nám sdělila informaci i ohledně vzorků, které mají k dispozici na ambulancích. S1: *„Máme. Máme vzorky, máme všechno. Na ambulancích máme vzorky, takový kufry, který jsou vybavený různými vzorky. Takže tomu pacientovi nabídneme pomůcku podle toho, kolik toho úniku je. Já to zhruba zhodnotím, když mu to třeba jenom ukapává nebo když vyskočí, zasměje se a má únik, tak tam potom stačí třeba jen ty malé vložky třeba s obsahem do 75 ml. Je to podle té dohody. Umíme kombinovat i noční a denní pomůcky.“* S3 a S6 si myslí, že mají dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení. Například S3: *„Myslím si, že jo.“* S2, S4, S5, S7, S8 a S9 se všechny shodly, že mají k dispozici dostatek kompenzačních pomůcek. Například S5: *„Máme.“* a S7: *„Jo, to jo.“* Pouze S10 sdělila, že jak kdy mají dostatek kompenzačních pomůcek. S10: *„Jak kdy.“*

3.4 podkategorie **Urinální kondom**

V této podkategorii jsme zjišťovali, zda se sestry během své praxe ve zdravotnictví setkaly s urinálním kondomem. Urinální kondom je méně častá kompenzační pomůcka, jak vyplývají výsledky našeho výzkumu. S urinálním kondomem se setkala pouze polovina sester. Konkrétně sestry S1, S2, S3, S6 a S10 se již během své praxe s urinálním kondomem již setkala. S2: *„Určitě setkala.“* S3: *„Ano.“* S6 se s urinálním kondomem setkala před delší dobou, ještě když pracovala na standardním lůžkovém oddělení. S6: *„No, to už je dávno, ještě na standardu na lůžkách.“* S1 a S10 se dokonce setkaly i s penilní svorkou. S1: *„Samozřejmě. Dokonce párkrát i s penilní svorkou.“* S10: *„Ano, i s penilní svorkou.“* Skupina sester S4, S5, S7, S8 a S9 se s urinálním kondomem ještě neseťkala. Například S4: *„Ne, neseťkala.“* S7: *„Ne, s urinálním kondomem jsem se ještě neseťkala.“* S9: *„Zatím ne.“*

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaká je role sester u pacientů s inkontinencí moči. Výzkum byl zaměřen na urologické oddělení v jihočeské nemocnici. Šetření probíhalo v ambulantní části urologického oddělení, dále také na dvou stanicích standardního lůžkového oddělení a na závěr na Jednotce intenzivní péče. Pro realizaci vytyčených cílů bylo nejdříve zapotřebí stanovit výzkumné otázky, dále prostudovat odbornou literaturu, která se vztahuje k problematice močové inkontinence, vyhledat vhodný výzkumný soubor a poté realizovat rozhovory se sestrami. Pro empirickou část bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Data byla získána metodou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na urologickém oddělení ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Rozhovory byly realizovány se sestrami z ambulance, ze standardních lůžkových oddělení a z Jednotky intenzivní péče. Polostrukturované rozhovory obsahovaly 20 otázek včetně identifikačních údajů a probíhaly v 15 až 20minutových intervalech. Výsledky byly získány zpracováním získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů a následným kódováním. K dosažení stanovených cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. *Jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí?* 2. *Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí?* 3. *Jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí?*

Abychom se přiblížili ke stanovenému cíli, zjišťovali jsme v první výzkumné otázce: *Jaká je role sestry u pacientů s močovou inkontinencí?* Tato výzkumná otázka byla zaměřena, jak na ambulantní část, tak i na lůžkovou část urologického oddělení včetně Jednotky intenzivní péče. Zajímalo nás, jakým způsobem se liší jednotlivé role sester u inkontinentních pacientů v různých odvětvích urologického oddělení. Blanchard a Wissen (2019) zmiňují jako roli sestry na lůžkových odděleních hlavně pravidelnou kontrolu a hodnocení stavu pokožky. V tomto tvrzení se autoři se sestrami neshodli. Žádná ze sester se nezminila o kontrole a hodnocení stavu pokožky, ani o prevenci dermatitidy či dekubitů. Blanchard a Wissen (2019) kladou důraz na to, aby byla pokožka čistá, suchá a hydratovaná. Zaměřují se také na prevenci dermatitidy, která může vzniknout právě z močové inkontinence. Zimová a Zimová (2017) doporučují jako prevenci dermatitidy bavlněné spodní prádlo a oblečení. Dále také zmiňují za vhodné spíše krátké vlažné koupele. Naopak Pokorná a Krejčíková (2017) podotýkají, že v rámci

role sestry v péči o kůži je důležitá prevence dekubitů. Upozorňují také v rámci prevence dekubitů častější výměnu kompenzačních pomůcek.

Sestry měly odlišný názor oproti již zmíněným autorům. Všechny sestry (S1 – S10) zmiňovaly převážně roli edukační. Drábková (2015) ve své knize zmiňuje sekundární prevenci v rámci edukace pacientů s močovou inkontinencí. Oproti Kapounové (2020), která ve své knize spíše zmiňuje úpravu prostředí, ve kterém pacient žije. Kapounová (2020) dále uvádí v rámci edukace pacientů podrobné zaznamenávání příjmu a výdeje tekutin do mikčného deníku. Kapounová (2020) se také zmiňuje o edukování pacientů v rámci cviků na posílení pánevního dna. V rámci edukování pacientů o vhodnosti zařazení cviků na posílení pánevního dna se s autorkou shodly sestry S1, S3 a S9, která se ohledně cviků na posílení pánevního dna vyjádřila následovně: „...*potom jim poskytnu nějaký edukační materiál, nějaký cviky na to posílení pánevního dna.*“ Sestry pracující na lůžkovém oddělení (S9, S10) kromě edukační role zmiňovaly také poskytování kompenzačních pomůcek. Edukaci v rámci správného používání kompenzačních pomůcek vyzdvihuje Kapounová (2020).

Sestry (S4, S5, S6) pracující na Jednotce intenzivní péče se jednoznačně shodly, že jejich hlavní rolí sestry je pooperační péče u pacientů s inkontinencí moči. Sledují hlavně fyziologické funkce a možný výskyt krvácení. Jako nejčastější chirurgickou léčbu stresové močové inkontinence udává Zámečník (2015) kolpopexi podle Burche. Zámečník (2015) uvádí jako další časté výkony vaginální tahuprosté páskové operace (TVT) a transobturátorové vaginální tahuprosté operace (TOT, TVT – O). Hora et al. (2020) v rámci chirurgické léčby urgentní inkontinence zmiňuje jako nejvíce používanou metodu augmentační cytoplastiku. Sestry, které pracují na Jednotce intenzivní péče, se mohou setkávat jako první s pacienty právě po těchto výkonech. S4 sdělila také v rámci role sestry i dohled nad pitným režimem pacienta a posazování pacientů po operačním výkonu.

Při porovnávání rolí sester v ambulantní části urologie s lůžkovým oddělením jsme mohli zjistit, jak moc se jejich role liší. Sestry (S1, S2, S3) pracující v urologické ambulanci uvedly na prvním místě odběr vzorku moči, hlavně z důvodu vyloučení infekce močových cest. Na vyloučení infekce močových cest při prvotním vyšetření upozorňují i Goforth a Langaker (2016), čímž se se sestrami v ambulantní části shodli. S1 v rámci své role sestry při prvním kontaktu s pacientem také objedná pacienta na vyšetření, zařadí

ho do dokumentace a vysvětlí mu, jak funguje chod urologické ambulance: „*Když přijdou do té ambulance, odebereme moč, poučíme je o tom, jak jde vlastně chod ambulance, poradí že určuje lékař a jak bude vlastně další postup.*“ Mnohdy může mít pacient ostych se k prvotnímu vyšetření vůbec odhodlat. Na tuto problematiku upozorňovala i Houfková (2015) a S6. Problematika močové inkontinence je pro pacienty velmi intimní. Z tohoto důvodu je důležité, aby byla sestra empatická. Měla by se také cíleně vyptávat a vyhledávat pacienty s močovou inkontinencí (Houfková, 2015). O aktivním vyhledávání pacientů s inkontinencí moči se zmiňovaly i Ivanová a Ondriová (2013). Ivanová a Ondriová (2013) poznamenaly také, že až polovina pacientů nevyhledá pomoc lékaře.

Jelikož je edukace pacientů podle Kapounové (2020) velmi důležitá, zkoumali jsme, kdo by podle sester měl pacientům předávat informace. Polovina sester uvedla pouze lékaře jako osobu, která by měla předávat pacientům informace ohledně močové inkontinence. Konkrétně to byly sestry S2, S3, S7, S8 a S9. Dle mého názoru by neměl předávat informace jen lékař, ale i sestra. Můj názor se shodoval s druhou polovinou sester (S1, S4, S5, S6, S10). Lékař většinou předá pacientovi velké množství informací, které pak pacient zapomene. Sestra mu tímto může pomoci a zopakovat základní informace, které mu již lékař předal. Kapounová (2020), Drábková (2015) a Slezáková et al. (2017) zdůrazňovaly důležitost předávání informací pacientům. O poskytování informací a edukování pacientů je zmínka v § 3 odst. písm. d) a § 4 odst. písm. k) ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sestry (S1, S2, S3), které pracují na urologické ambulanci zmiňovaly hlavně odběry vzorků moči. Pavlíková a Vytejšková (2013) v jejich knize popisují, jak by měla sestra pacienta edukovat o správném provedení odběru vzorku moči. Zároveň jsme zjišťovali, zda sestry předávají pacientům informace, a to primárně v možnostech využití kompenzačních pomůcek. Důležitost správného výběru kompenzačních pomůcek při léčbě močové inkontinence popisovala Wirthová (2013). Ta se zmiňuje také o tom, že v kompetenci sestry je doporučit pacientovi různé vzorky kompenzačních pomůcek, včetně vzorků od více firem. Wirthová (2013) se také zmiňuje o kompetencích sestry v rámci předávání kontaktů pacientům na firmy, které kompenzační pomůcky prodávají. Ovšem ohledně předávání kontaktů na firmy prodávající kompenzační pomůcky se nezmínila žádná ze sester. Sestry S4 a S5 pacientům nepředávají informace ohledně využití kompenzačních pomůcek. Tyto sestry (S4, S5) pracují na Jednotce intenzivní

péče. S5 nám sdělila, že podle jejího názoru tento druh edukace patří spíše na standardní lůžka. Ostatní sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S10) pacienty informují o možnostech využití kompenzačních pomůcek. S1 se snaží hledat vhodnou kompenzační pomůcku a kombinovat je s různými druhy: „*Vždycky hledáme vhodnou pomůcku a kombinujeme.*“

V souvislosti s důležitostí předávání informací pacientům jsme v první výzkumné otázce zjišťovali, zda mají sestry k dispozici informační brožury a zda je pacientům předávají samy od sebe nebo až po vyžádání pacienta. Houfková (2015) zmiňovala za vhodné využít v rámci edukace pacientů různé informační brožury a letáky. Pouze sestra S4 uvedla, že mají na oddělení malé množství informačních brožur k dispozici. S2 a S3 nabízí pacientům informační brožury pouze na vyžádání lékaře, samy od sebe nemohou. Tato informace pro mě byla velmi překvapující. Pacient má právo na informace a může se stát, že lékař zapomene indikovat předání informační brožury. Myslím si, že informační brožury nejsou tak finančně nákladné, aby na ně nemohl mít nárok každý pacient. Skupina sester S5, S6, S7 a S8 předává informační brožuru až tehdy, pokud pacient projeví zájem. Sestry S1, S9 a S10 automaticky pacientům nabízí informační brožury. Myslím si, že by měly mít sestry možnost předávat pacientům informační brožury podle jejich uvážení, a ne až po svolení lékaře. Informační brožury neslouží pouze jako souhrn informací pro pacienty, ale i jako prevence komplikací u pacientů s močovou inkontinencí.

Kromě role sester jsme zjišťovali, jak často se sestry setkávají s pacienty s inkontinencí moči. Zda mají přehled, s jakými druhy močové inkontinence se setkávají nejčastěji. Z výsledků výzkumu vyplývá, že kromě S4 se všechny sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10) setkávají s pacienty s inkontinencí moči každý den. Sestry se nejčastěji setkávají s pacienty se stresovou inkontinencí moči, což potvrzuje i Wirthová (2013). Wirthová (2013) uvádí, že mezi pacienty s inkontinencí moči je nejčastější stresová inkontinence, a to až 49 %. Sestry se také zmiňovaly o močové inkontinenci při infekci močových cest a sestupu ženských pánevních orgánů. U mužů se sestry zmiňovaly o močové retenci a o operacích prostaty. U mužů se podle Hanuše (2015) a Zámečníka (2015) vyskytuje nejčastěji urgentní inkontinence, která vzniká na podkladě hyperaktivního močového měchýře.

Druhá výzkumná otázka, která pojednává o ošetrovatelských diagnózách a následných intervencích, je: *Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji sestry stanovují u pacientů s močovou inkontinencí?* V této oblasti se názory sester a autorů velmi rozcházejí. Pouze sestry S6 a S7 uvedly, že ošetrovatelské diagnózy stanovují. Z tohoto důvodu se výzkumný soubor ve druhé výzkumné otázce velmi zúžil. Obě sestry uvedly jako nejčastější ošetrovatelskou diagnózu riziko infekce. S6 se navíc zmínila o riziku krvácení: „... *riziko infekce močových cest a riziko krvácení.*“ Ostatní sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S10) nestanovují žádné ošetrovatelské diagnózy. Slezáková et al. (2017) a Herdman et al. (2020) se sestrami shodli v ošetrovatelské diagnóze *riziko infekce - 00004*. Slezáková et al. (2017) a Herdman et al. (2020) se dále zmínili například o ošetrovatelských diagnózách, jako je *stresová inkontinence moči - 00017*, *narušené vylučování moči - 00016*, *úplná inkontinence moči - 00021*, *riziko narušené integrity kůže - 00047*, *deficit sebeděže při vyprazdňování - 00110*, *nespavost - 00095*, *strach - 00148* a *sexuální dysfunkce - 00059*.

Ve druhé výzkumné otázce jsme dále zjišťovali, zda mají sestry v dokumentaci ošetrovatelské diagnózy již předtištěné nebo zda je samy ručně vypisují. Obě sestry, které ošetrovatelské diagnózy stanovují (S6 a S7) se shodly, že mají ošetrovatelské diagnózy v dokumentaci předtištěné. Dále nás zajímalo, jaké intervence sestry stanovují k příslušným ošetrovatelským diagnózám. Z důvodu, že většina sester odpověděla, že ošetrovatelské diagnózy nestanovují, nebylo možné zjistit jaké intervence stanovují k příslušným ošetrovatelským diagnózám. Ani sestry, které ošetrovatelské diagnózy stanovují (S6 a S7) nedokázaly odpovědět, jaké intervence k ošetrovatelským diagnózám stanovují. Bohužel si nevzpomněly. Tato informace pro mě byla velmi překvapující. Vzbuzuje to ve mně dojem, že si sestry nejsou jisté, co vlastně v ošetrovatelské dokumentaci zaškrťávají. Dle mého názoru by se měla věnovat větší pozornost ošetrovatelským diagnózám na Jednotce intenzivní péče z důvodu většího rizika, než na lůžkovém oddělení. Ovšem i na lůžkovém oddělení by neměly být ošetrovatelské diagnózy opomíjeny. Stanovovat ošetrovatelské diagnózy je důležité z důvodu včasného rozpoznání nenaplněných potřeb pacienta.

Ve třetí výzkumné otázce jsme zjišťovali: *Jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí?* Sestry nejčastěji zmiňovaly jednorázové vložky, absorpční podložky a pleny. Payne (2018) uvádí jako nejvhodnější kompenzační pomůcku u imobilních pacientů absorpční pleny, které i sestry zmiňovaly

velmi často. Permanentní močový katétr uvedla pouze S5 a S6. Sestry se s Wirthovou (2013) shodly nad nejčastějšími typy kompenzačních pomůcek, kterými jsou jednorázové vložky, absorpční podložky a pleny. Vraníková et al. (2021) a Wirthová (2013) se navíc zmiňují o mužské kompenzační pomůcce, a to o urinálním kondomu. Urinální kondom, jako nejčastější kompenzační pomůcka, ovšem nesdělila žádná ze sester. Zkoumali jsme, zda se sestry během své praxe alespoň setkaly s urinálním kondomem. Přesně polovina sester (S1, S2, S3, S6, S10) se již s urinálním kondomem setkala. S1 a S10 dokonce podotkly, že se již setkaly i s penilní svorkou. Jako další kompenzační pomůcku uvádí Wirthová (2013) drenážní urinál, o kterém se také žádná ze sester nezmínila.

Dále nás zajímalo, podle čeho se sestry rozhodují, jakou kompenzační pomůcku zvolí a zda zkonzultují vybrání kompenzační pomůcky i s pacientem. Sestry uvedly, že se rozhodují podle pohlaví pacienta, jeho stavu a preferencí, stupně úniku moči a druhu močové inkontinence. Tím se shodly s Wirthovou (2013), která navíc zmiňuje i mobilitu pacienta. Všechny sestry, kromě S4 a S5, výběr kompenzační pomůcky nejdříve zkonzultují s pacientem. Konkrétně S8 sdělila: „*Ano, zkonzultuju. Snažím se s pacientem najít tu nejlepší variantu přímo pro něho.*“ Myslím si, že by měla sestra pokaždé zkonzultovat výběr kompenzační pomůcky s pacientem. Každému pacientovi vyhovuje jiný druh kompenzační pomůcky, a proto by měl být výběr s pacientem zcela individuální. Ve výběru kompenzačních pomůcek nás také zajímalo, zda sestry nabízejí kompenzační pomůcky od více výrobců. Z výzkumu jsme se dozvěděli, že většina sester nabízí pacientům na výběr kompenzační pomůcku od více výrobců. Pouze S4 a S5 nenabízí kompenzační pomůcky od více výrobců. Konkrétně S4 řekla: „*Ne, to záleží na tom co se objedná a co přijde.*“ Dle mého názoru by měl mít pacient určitě možnost výběru kompenzační pomůcky od více výrobců. Nejenom z důvodu komfortu při používání kompenzační pomůcky, ale i z důvodu rozdílných finančních možností pacientů.

Jelikož je důležité, aby mohly sestry nabízet různé druhy a výrobce kompenzačních pomůcek, je nutné, aby sestry měly dostatek kompenzačních pomůcek k dispozici. Z tohoto důvodu jsme také ve třetí výzkumné otázce zjišťovali, zda mají sestry dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení. Kromě S10 se všechny ostatní sestry shodly na tom, že mají dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení. Doporučení na další zajištění kompenzačních pomůcek předávají informace spíše sestry v ambulantní části urologického oddělení. Ty řeší výběr kompenzačních pomůcek s pacienty nejvíce. S1

navíc sdělila, že mají k dispozici vzorky kompenzačních pomůcek, které mohou pacientům nabídnout. O vzorcích kompenzačních pomůcek se zmiňovaly hlavně sestry v ambulantní části urologického oddělení, ale i sestry na lůžkových stanicích. S2 také popsala, že po výběru kompenzační pomůcky odkazují pacienty na praktického lékaře. Ti pacientům pomocí kódu na příslušné kompenzační pomůcce předepisují pomůcku dále. Wirthová (2013) se také zmiňuje o kompetencích sestry v rámci předávání kontaktů pacientům na firmy, které kompenzační pomůcky prodávají. Ovšem ohledně předávání kontaktů na firmy prodávající kompenzační pomůcky se nezmínila žádná ze sester.

Sestra má s pacientem mnohem bližší vztah než pacient s lékařem. A proto je důležitá dostatečná informovanost a správná edukace pacientů, aby se pacient i rodina cítila komfortně. Edukace pacientů je nedílnou a velmi důležitou součástí práce sestry.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku močové inkontinence. Nicméně práce neposkytuje pouze informace o močové inkontinenci, ale i o velmi rozmanité roli sester, které se setkávají s pacienty s inkontinencí moči. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že je pro mě zajímavé a chtěla jsem se dozvědět více informací o této problematice. Ačkoliv je močová inkontinence problematikou častou, tak je dle mého názoru stále podceňována a mezi populací tabuizována.

Cílem práce bylo zjistit, jaká je role sester u pacientů s močovou inkontinencí. Druhým cílem bylo zjistit, jaké ošetrovatelské diagnózy sestry nejčastěji stanovují u pacientů s močovou inkontinencí. Ve třetím cíli jsme zjišťovali, jaké inkontinenční pomůcky sestry využívají v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí. Pro vypracování empirické části práce byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Z výzkumného šetření vyplynula rozdílnost role sestry v ambulantní části urologického oddělení, standardního lůžkového oddělení a Jedinoty intenzivní péče. Sestry pracující v ambulantní části urologického oddělení primárně odebírají vzorky moči, předávají pacientům základní informace a poskytují kompenzační pomůcky. Sestry pracující na standardním lůžkovém oddělení poskytují hlavně základní informace pacientům a věnují pozornost také výběru kompenzačních pomůcek. Sestry, které pracují na Jedinotce intenzivní péče, udávají pooperační péči u pacientů s inkontinencí moči. Na Jedinotce intenzivní péče sestry pacienty needukují a nepředávají pacientům informace o možnostech využití kompenzačních pomůcek.

Z rozhovorů jsme mohli zjistit, že sestry v ambulantní části urologického oddělení nemohou bez indikace lékaře samy vydat informační brožury pacientům. Což si myslím, že není správné. Každá sestra by měla mít možnost předat pacientovi informační brožuru dle jejího uvážení. Naopak sestry na lůžkových stanicích předávají pacientům informační brožuru dle jejich uvážení. Sestry pracující na Jedinotce intenzivní péče mají menší množství informačních brožur k dispozici a předávají je pacientům, pokud pacient projeví zájem.

Pomocí výzkumného šetření byly splněny všechny tři stanovené cíle a našli jsme odpovědi na všechny tři výzkumné otázky. Myslím si, že sestry plní svou roli sestry u pacientů s močovou inkontinencí dobře, ale mají i své rezervy. Větší pozornost by měla

být věnována v oblasti edukace pacientů a stanovování ošetrovatelských diagnóz. Bakalářská práce může být přínosná jak pro sestry, tak i studenty zdravotnických oborů, kterým pomůže zvýšit povědomí o problematice močové inkontinence. Z důvodu rezerv sester v oblasti edukace jsme po výstup bakalářské práce zvolili informativní brožuru, která poskytne všeobecné informace o problematice močové inkontinence. Bude přínosná nejen pro zdravotnický personál, ale i laickou veřejnost.

7 Seznam použité literatury

1. AOKI, Y. et al., 2017. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers* [online]. 3 (17097) [cit. 2023-2-1]. DOI: 10.1038/nrdp.2017.42. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878864/>
2. BECHER, Klaus F. a Cornel C. SIEBER. Inkontinence moči ve vyšším věku: existují nové terapeutické postupy?. *Medicina po promoci* [online]. 2016, 17 (1), s. 56-59 [cit. 2022-12-29]. ISSN 1212-9445. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/inkontinence-moci-ve-vyssim-veku-existuji-nove-terapeuticke-postupy/>
3. BLANCHARD, D., WISSEN, K., 2019. Preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *British Journal of Community Nursing*, 24 (1), s. 32-33. ISSN 1462-4753.
4. ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
5. ČIHÁK, R., GRIM, M., 2013. *Anatomie 2*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
6. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L., 2012. Močová inkontinence – teorie a praxe. *Sestra* [online]. 22 (5), s. 48-49 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc12016751>
7. DRÁBKOVÁ, P., 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. 16 (3), s. 127-129 [cit. 2023-2-1]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>
8. DUŠKOVÁ, K., ZVONÍČKOVÁ, Š., 2020. Urodynamické vyšetření [online]. *Česká urologická společnost*. Praha: Česká urologická společnost [cit. 2022-12-9]. Dostupné z: <https://www.cus.cz/pro-pacienty/prevence/urodynamicke-vysetreni/>

9. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, © 2022. *Inkontinence moči* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno [cit. 2022-12-30]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/inkontinence-moci/f5024>
10. GOFORTH, J., LANGAKER, M., 2016. Urinary incontinence in women [online]. *North Carolina Medical Journal*. 77 (6), s. 423-425 [cit. 2022-12-9]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18043/ncm.77.6.423>
11. HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B., 2019. Vyšetřovací metody při onemocnění ledvin. In: HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B. et al. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5329-4.
12. HANUŠ, T., 2015. Inkontinence moče u mužů. In: HANUŠ, T., MACEK, P. et al. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, s. 227-230. ISBN 978-80-246-3008-3.
13. HERDMAN, T. H. et al., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*. Praha: Grada, 518 s. ISBN 80-271-0710-5.
14. HOLÝ, P. et al., 2020. Únik moči (močová inkontinence) [online]. *Česká urologická společnost*. Praha: Česká urologická společnost [cit. 2022-11-3]. Dostupné z: <https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>
15. HORA, M. et al., 2020. Inkontinence moče. In: HORA, M. et al. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství: Učební texty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, s. 97-100. ISBN 978-80-246-4544-5.
16. HORČIČKA, L., TOPINKOVÁ, A., 2018. Hyperaktivní močový měchýř u starších pacientek: zvláštnosti léčby a lékové interakce. *Vnitřní lékařství* [online]. 64 (11), s. 1085-1090 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-11/hyperaktivni-mocovy-mechyr-u-starsich-pacientek-zvlastnosti-lecby-a-lekove-interakce-106810>
17. HOUFKOVÁ, L., 2015. Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření [online]. *Florence*. 2015 (9) [cit. 2022-12-9]. Dostupné

z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/9/inkontinence-moci-u-zen-a-specialni-urodynamicke-vysetreni/>

18. HUANG, A. J. et al., 2014. A Group-Based Yoga Therapy Intervention for Urinary Incontinence in Women: A Pilot Randomized Trial. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* [online]. 20 (3), s. 147-154 [cit. 2022-12-30]. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000072. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310548/>
19. HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., 2012. Konzervativní metody léčby inkontinence. *Sestra* [online]. 22 (5), s. 53-54 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc12016757>
20. HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., 2013. Gymnastika svalů pánevního dna při inkontinenci moči. *Sestra* [online]. 23 (2), 57-59 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc13010553>
21. HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., 2013. Stresová inkontinence moči jako ošetrovatelský problém [online]. *Sestra*. 23 (2), s. 55-57 [cit. 2022-12-9]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc13010549>
22. Chirurgická léčba stresové inkontinence moči u žen – od jehel až k (mini) pásce. *Česká gynekologie* [online]. 82 (1), s. 65-71 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-1/chirurgicka-lecba-stresove-inkontinence-moci-u-zen-od-jehel-az-k-mini-pasce-60469>
23. IVANOVÁ, I., ONDRIOVÁ, I., 2013. Inkontinence moči ve stáří [online]. *Sestra*. 23 (2), s. 54 [cit. 2022-11-5]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc13010545>
24. KAPOUNOVÁ, G., 2020. Péče o inkontinentního pacienta. In: KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 335-338. ISBN 978-80-271-0130-6.

25. KOUTNÁ, Z. 2012. Inkontinence moči u žen [online]. *Sestra*. 22 (5), s. 50 [cit. 2022-11-3]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc12016754>
26. LUCAS, M. G. et al., 2015. Guidelines pro léčbu močové inkontinence 1. část. *Urologické listy* [online]. 13 (2), 57-80 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1801-7584. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2015-2/guidelines-pro-lecibu-mocove-inkontinence-1-cast-53004>
27. MACOUREK, J., 2012. Močové cesty. In: MACOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, s. 114-116. ISBN 978-80-247-3918-2.
28. MAREČKOVÁ, J., 2012. *Diagnostika v ošetrovatelství*. [online]. Mefanet.upol.cz. Olomouc: Mefanet [cit. 2023-2-10]. Dostupné z: <https://mefanet.upol.cz/clanky.php?aid=46>
29. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
30. PAVLÍKOVÁ, P., VYTEJČKOVÁ, R., 2013. Odběr moči. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, s. 225-228. ISBN 978-80-247-3420-0.
31. PAYNE, D., 2018. Managing urinary incontinence in patients living with dementia. *British Journal of Community Nursing* [online]. 23 (1), s. 24-28 [cit. 2022-12-30]. ISSN 2052-2215. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2018.23.1.24>
32. Péče o inkontinentní pacienty v ordinaci praktického lékaře aneb Co by měl vědět každý praktik, 2019. [online]. *ProLékaře.cz*. Praha: MeDitorial s.r.o [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: www.prolekare.cz/media/ebook_inkontinence_pro_praktiky.pdf
33. POKORNÁ, A., KRAJČÍKOVÁ, N., 2017. Prevence dekubitů při používání inkontinenčních pomůcek [online]. *Urologie pro praxi*, 18 (5), s. 242-246 [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/11.pdf>

34. RAZZAK, M., MARSHALL, L., 2017. Urinary incontinence in women [online]. *Nature Reviews Disease Primers*. 3 (17043) [cit. 2022-10-26]. ISSN 2056-676X. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/nrdp201743>
35. ROMŽOVÁ, M., 2013. Farmakoterapie v urologii u pacientů ve vyšším věku. *Urologie pro praxi* [online]. 14 (4), s. 160-164 [cit. 2022-12-30]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/04/04.pdf>
36. RYŠÁNKOVÁ, M., 2018. Inkontinence – novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře [online]. *Medicina pro praxi*. 15 (5), s. 276-280 [cit. 2022-12-9]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/05/08.pdf>
37. RYŠÁNKOVÁ, M., 2021. Léčba stresové inkontinence žen. *Urologie pro praxi* [online]. 22 (2), s. 59-64 [cit. 2022-12-9]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2021/02/02.pdf>
38. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. Ošetrovatelský proces u klientky s inkontinencí moči. In: SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 85-101. ISBN 978-80-271-0214-3.
39. SOUNTOULIDIS, P., 2018. Stress urinary incontinence. [online]. *International Continence Society*. United Kingdom: International Continence Society [cit. 2022-11-3]. Dostupné z: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/sui>
40. Stresová inkontinence moči, 2018 [online]. *Levitas.cz*. Praha: Fyzioterapie Levitas [cit. 2023-1-24]. Dostupné z: <https://www.levitas.cz/2018/02/stresova-inkontinence-moci/>
41. TÓTHOVÁ, V., 2014. III. Diagnostika - 2. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualizované vydání. Praha: Triton, s. 63-88. ISBN 978-80-7387-785-9.

42. TRNĚNÁ, Z., HOŘČIČKA, L., 2011. Inkontinence a menopauza. *Urologie pro praxi* [online]. 12 (1), s. 29-32 [cit. 2022-11-3]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2011/01/05.pdf>
43. Úloha sestry v péči o inkontinentního pacienta, 2022 [online]. *ProSestru.cz*. Praha: MeDitorial s.r.o [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/tema/inkontinence/detail/uloha-sestry-v-peci-o-inkontinentniho-pacienta-129364>
44. Urinary Incontinence, 2018. [online]. *Familydoctor.org*. Leawood: The American Academy of Family Physicians [cit. 2023-2-2]. Dostupné z: <https://familydoctor.org/condition/urinary-incontinence/>
45. VRANÍKOVÁ, B. et al., 2021. Zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty II.: Sběrné a další neabsorpční pomůcky. *Praktické lékárenství* [online]. 17 (2), s. 121-128 [cit. 2022-12-30]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2021/02/08.pdf>
46. WIRTHOVÁ, V., 2013. Inkontinence moči a stolice. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, s. 147-153. ISBN 978-80-247-3420-0.
47. ZÁMEČNÍK, L., 2015. Inkontinence moče u žen. In: HANUŠ, T., MACEK, P. et al. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, s. 219-226. ISBN 978-80-246-3008-3.
48. ZÍMOVÁ, J., ZÍMOVÁ, P., 2015. Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice [online]. *Urologie pro praxi*, 16 (1), s. 16-20 [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/01/04.pdf>

8 Seznam příloh a obrázků

Obrázek č. 1 – Anatomie dolních cest močových

Obrázek č. 2 – Pitná mikční karta

Obrázek č. 3 – Q-tip test

Obrázek č. 4 – Uroflowmetr

Obrázek č. 5 – Poukaz na kompenzační pomůcky

Obrázek č. 6 – Příklad Kegelových cviků

Obrázek č. 7 – Příklad kompenzačních pomůcek

Obrázek č. 8 – Penilní svorka

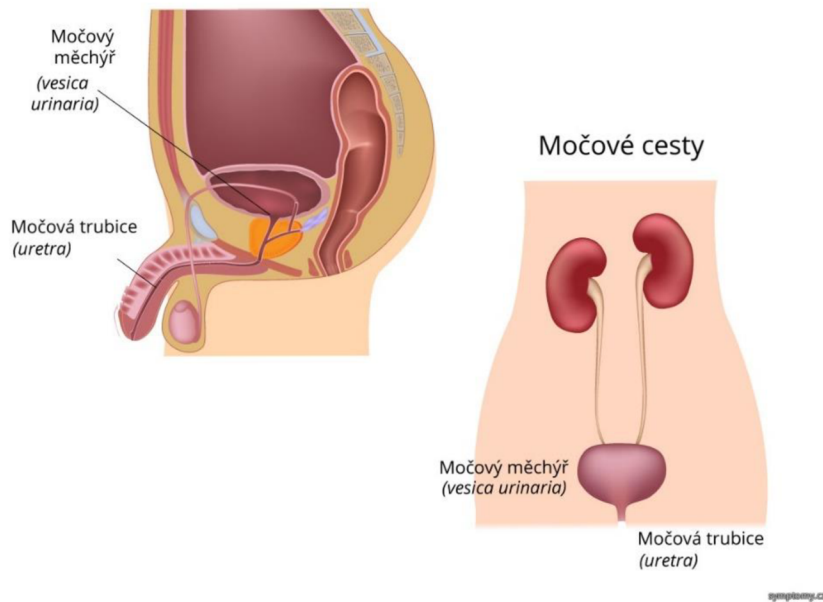
Obrázek č. 9 – Urinální kondom se sběrným sáčkem

Obrázek č 10 – Transobturátorová páska

Příloha č. 1 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Obrázek č. 1 - Anatomie dolních cest močových

Dolní cesty močové



Zdroj:

HOLMANNOVÁ, D., © 2009–2022. *Dolní cesty močové*. [online]. Symptomy.cz. Brno: Symptomy.cz [cit. 2023-4-21]. Dostupné z: <https://www.symptomy.cz/anatomie/dolni-cesty-mocove>

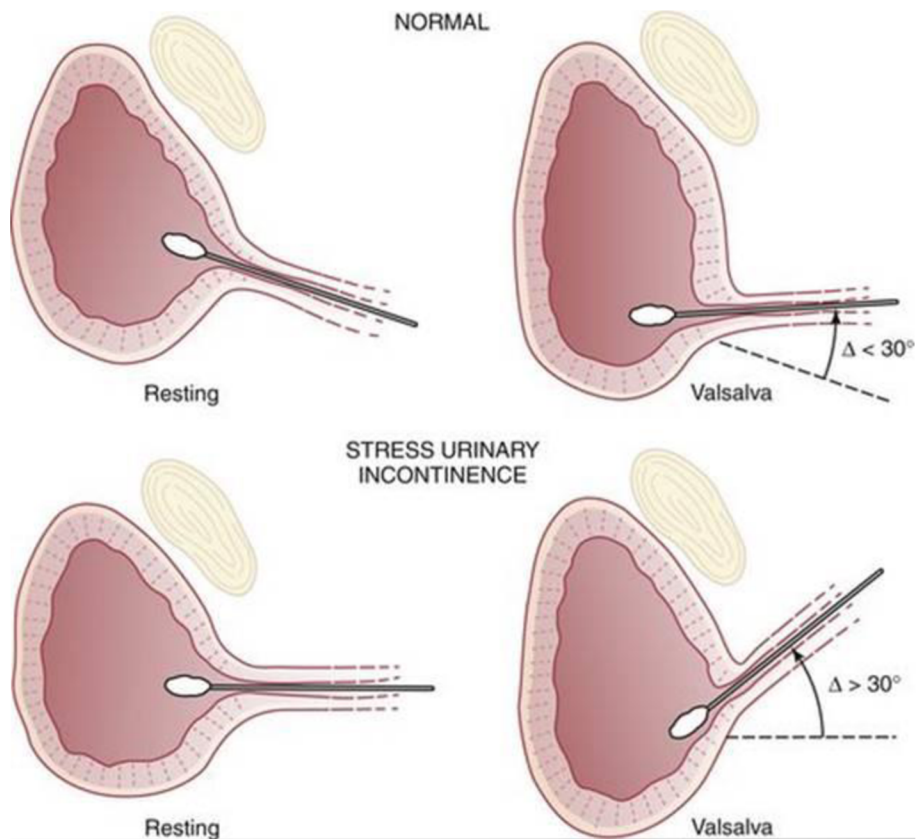
Obrázek č. 2 – Pitná mikční karta

PITNÁ MIKČNÍ KARTA												
Jméno a příjmení												
Datum narození												
Datum	Čas	Příjem tekutin v ml	Objem moči v ml	Nutkání na močení			Nežádoucí únik moči DEN		Nežádoucí únik moči NOC		Stolice	
				*	**	***	ANO	NE	ANO	NE	Ř	T

Zdroj:

NOVÁK, I., 2014. *Monosymptomatické noční pomočování*. [online]. Urologie pro praxi. Hradec Králové: Urologie pro praxi [cit. 2023-4-20]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/01/02.pdf>

Obrázek č. 3 – Q-tip test



Zdroj:

TARNAY, C.M. et al., © 2015-2022. *Genitourinary Dysfunction: Pelvic organ prolapse, urinary incontinence and infections*. [online]. Doctorlib. Německo: Doctorlib [cit. 2023-4-21]. Dostupné z: <https://doctorlib.info/gynecology/hacker-moore-essentials-obstetrics-gynecology/23.html>

Obrázek č. 4 – Uroflowmetr



Zdroj:

KASPEROVÁ, M., © 2023. *Uroflowmetrie*. [online]. Ordinance.cz. Ordinance.cz [cit. 2023-4-21]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/uroflowmetrie/>

Obrázek č. 5. – Poukaz na kompenzační pomůcky

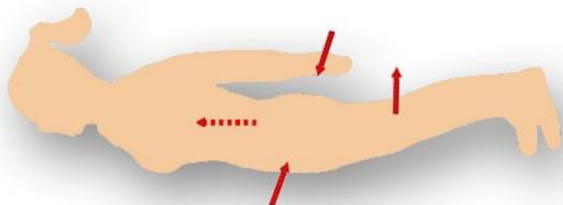
Kód pojišťovny		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		poř. č.	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.	
Číslo pojistěnce		oprava – úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná*)	
Bydliště (adresa)				*) nehodící se škrtněte!	
Vlastnictví pojišťovny: ANO/NE*)		Sk		Kód	
Dg.		Počet		Cena	
Stupeň postižení inkontinence:				Dodatek pojištění	
Pomůcka trvalá / dočasná*)					
*) nehodící se škrtněte!					
Pomůcka dočasná na počet měsíců					
Dne:		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny		Datum uplacení:	
razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře				razítko výdejce	

Zdroj:

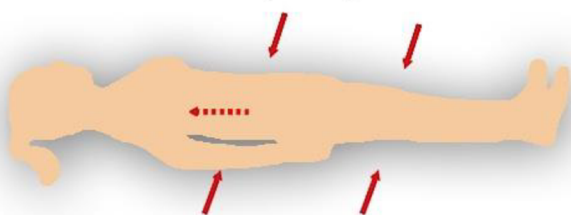
Jak pořídít kompenzační pomůcku? 2020. [online]. SOSdomacipece.cz. Praha: SOSdomacipece.cz [cit. 2023-4-20]. Dostupné z: <https://www.sosdomacipece.cz/magazin/jak-poridit-kompenzacni-pomucku>

Obrázek č. 6 – Příklad Kegelových cviků

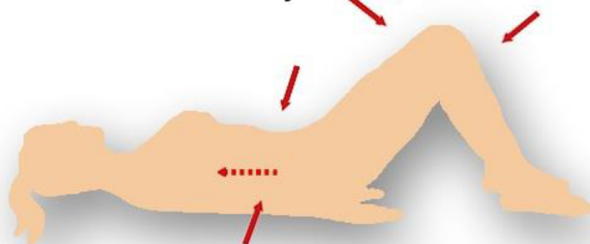
1. leh na břiše, zatínáme hýžďové svaly, svaly konečníku a pochvy



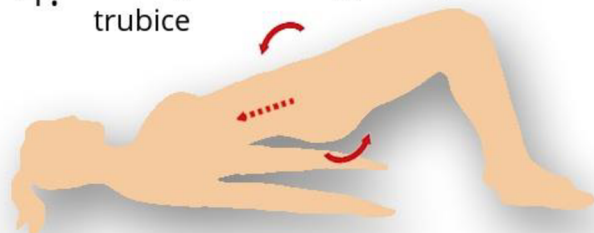
2. leh na zádech, zatínáme svaly břicha, konečníku, pochvy a močové trubice



3. leh na zádech, pokrčené nohy, zatínáme svaly břicha, konečník



4. nadzvednutá pánev, zatínáme svaly břicha, konečníku, pochvy a močové trubice



Zdroj:

Kegelovy cviky, 2017. [online]. Symptomy.cz. Brno: Symptomy.cz [cit. 2023-4-20].

Dostupné z: <https://www.symptomy.cz/kegelovy-cviky/kegelovy-cviky-priklady-cviku.jpg?nostamp>

Obrázek č. 7 – Příklad kompenzačních pomůcek



Zdroj:

Inkontinenční pomůcky: Jak na ně přispívá pojišťovna a kdo je může předepsat? 2022. [online]. Ordinace.cz. Ordinace.cz [cit. 2023-4-20]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/inkontinenčni-pomucky-jak-na-ne-prispiva-pojistovna-a-kdo-je-muze-predepsat/>

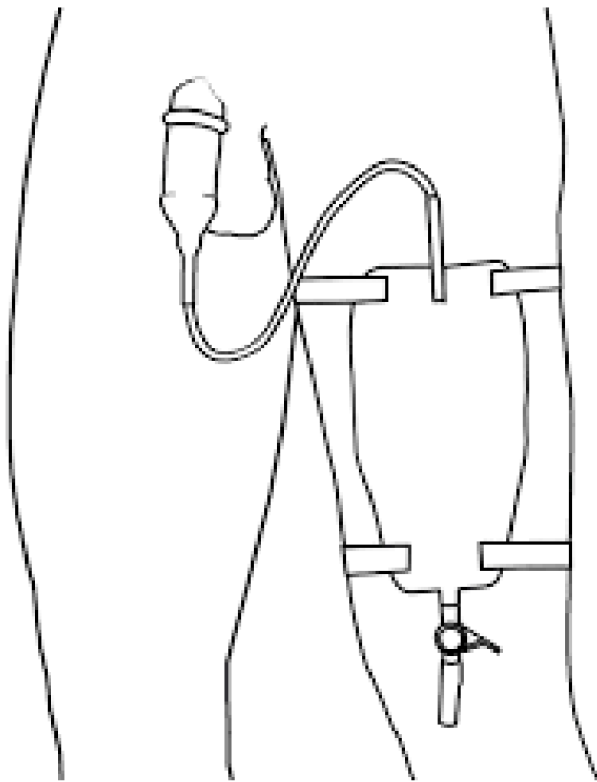
Obrázek č. 8 – Penilní svorka



Zdroj:

Penilní svorky, © 2023. [online]. TRANSKONTAKT-MEDICAL s.r.o. Praha: TRANSKONTAKT-MEDICAL [cit. 2023-4-20]. Dostupné z: <https://www.medicaltk.com/cz/penilni-svorky-wp000081.html>

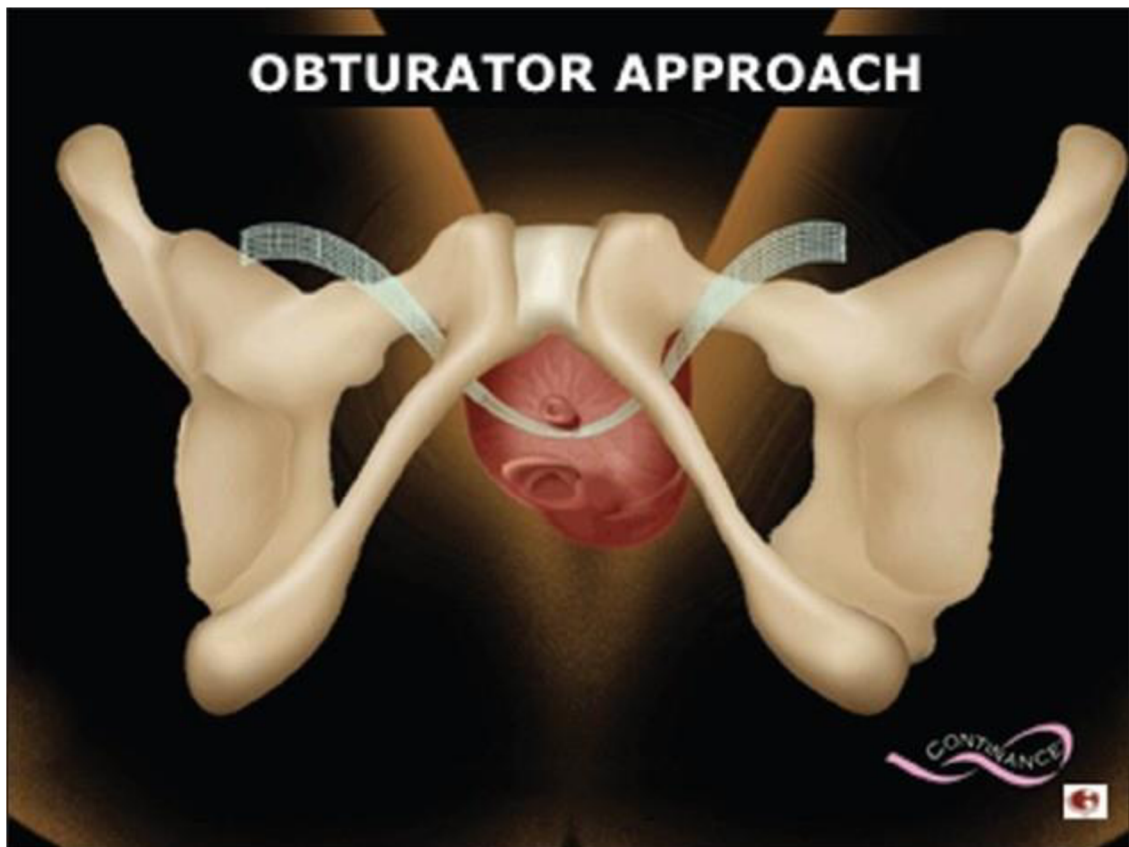
Obrázek č. 9 – Urinální kondom se sběrným sáčkem



Zdroj:

Male External Catheters for use in Gliding, © 2023. [online]. Paralogic. Sydney: Paralogic [cit. 2023-4-20]. Dostupné z: <https://www.paralogic.com.au/Gliding>

Obrázek č. 10 – Transobturátorová páska



Zdroj:

MAGON, N. et al., 2011. *Stress urinary incontinence: What, when, why, and then what?*. [online]. ResearchGate. Indie: Journal of mid-life health [cit. 2023-4-21]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/figure/Transobturator-tape-forming-a-subfascial-support-under-the-urethra_fig2_221694301

Příloha č.1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Na jakém oddělení pracujete a jak dlouho?
5. Jak často se setkáváte s pacienty s inkontinencí moči?
6. S jakými druhy močové inkontinence se setkáváte nejčastěji?
7. Jaká je Vaše role jako sestry při péči o pacienty s inkontinencí moči?
8. Kdo by podle Vás měl předávat informace pacientům ohledně močové inkontinence?
9. Předáváte pacientům informace, jaké mají možnosti využití kompenzačních pomůcek při močové inkontinenci?
10. Máte na oddělení informační brožury pro pacienty s močovou inkontinencí? Pokud ano, nabízíte je pacientům?
11. Stanovujete v rámci ošetrovatelské péče o pacienty s močovou inkontinencí ošetrovatelské diagnózy?
12. Jaké ošetrovatelské diagnózy to jsou nejčastěji?
13. Jaké intervence plánujete ke stanoveným ošetrovatelským diagnózám?
14. Máte v sesterské dokumentaci ošetrovatelské diagnózy předem předtištěné nebo je vypisujete ručně?
15. Jaké kompenzační pomůcky využíváte v ošetrovatelské péči o pacienty s močovou inkontinencí?
16. Podle čeho se rozhodujete, jakou kompenzační pomůcku použijete?
17. Zkonzultujete vybrání kompenzační pomůcky s pacientem?
18. Nabízíte pacientům na výběr kompenzační pomůcky od více výrobců?
19. Máte dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení k dispozici?
20. Setkal/a jste se během své praxe s urinálním kondomem?

9 Seznam zkratek

a. – arteria

BMI – Body Mass Index

CNS – centrální nervová soustava

ICS – International Continence Society

JIP – Jednotka intenzivní péče

lat. – latinsky

m. - musculus

mm. – musculi (množné číslo – musculus)

NANDA - North American for Nursing Diagnosis Assotiation

PAD test – test vážení vložek

Q-tip test – cotton swab test

TOT, TVT - O – transobturatorové vaginální tahuprosté operace

TVT – tahuprostá poševní páska