

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2007**

**Zdeňka Kukačková**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních  
nemocných  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce:  
Bc. Veronika Švábová, R.N.**

**Autor práce:  
Zdeňka Kukačková**

**2007**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „**Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

podpis studentky

**Poděkování:**

Chtěla bych touto cestou velmi poděkovat za vzácné rady, cenné připomínky a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce Bc. Veronice Švábové, R.N.

## **Abstract**

I have selected the bachelor thesis on the subject of *The Provision of the Process of Nursing Incontinent Patients* because I am interested in the issues of urinary incontinence.

With increasing age, the need for voiding urine becomes an increasingly topical problem. Many think that urinary incontinence is a natural part of the ageing process and that it is possible to combat it by reducing the intake of liquids. A nurse should refute this opinion of incontinent patients and to recommend that they should restrict beverages containing caffeine during incontinence. Most of incontinent patients, however, are shy of talking about their problem. Therefore, the understanding of the patient's behaviour can help a nurse solve the problem of incontinence. Furthermore, a nurse should provide incontinent patients with information on suitable and unsuitable sports, on the technique of interrupted urination, on compensatory aids for incontinent patients and about the necessity to limit the intake of irritable food as well. Also, a nurse should teach an ill woman exercises to strengthen the pelvic floor (Kegel exercise).

Urinary incontinence is defined as the unwanted leakage of urine, which causes a hygienic or social problem and, at the same time, it is also objectively demonstrable. It is a symptom that may have various causes. Consequences of incontinence translate into all areas of social life.

In the interest of uniting the diagnostics and treatment of incontinence, the ICS (International Continence Society) classification is currently recommended, which distinguishes four types of incontinence: urgent, reflex, stress and paradoxical. The most frequent subtype is stress incontinence, followed by mixed and urgent incontinence.

The organization of the care of incontinent patients has three levels: primary care, secondary care and tertiary care. The present situation in the Czech Republic is marked by the merging of the secondary and tertiary level of care, for the majority of specialized workplaces are part of in-patient establishments in the sense of urogynaecologic clinics. The care of incontinent patients requires a holistic approach.

The aim of the nursing care of incontinent patients is to minimize the leakage of urine, to preserve or restore the normal excretion of urine while preventing relevant risks at the same time.

In the course of my research I would like to find out how nurses ensure the process of nursing incontinent patients, whether nurses inform incontinent patients about the exercises of pelvic floor muscles and about the drinking regimen and whether these patients are informed about compensatory aids for the incontinent.

The hypothesis that nurses, within the nursing process, do not focus on the support of a patient's self-assessment has not proven true. The hypothesis that nurses instruct the patients in exercises of pelvic floor muscles has proved true. The hypotheses that patients who suffer from incontinence are informed about aids that compensate their incontinence and that nurses instruct patients suffering from incontinence in the drinking regimen have proven true.

## OBSAH

<b>Úvod .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>5</b>
1.1 Anatomie a fyziologie.....	5
1.1.1 Definice močové inkontinence .....	5
1.1.2 Fyziologie vylučování a činnost vývodných cest močových.....	6
1.2 Rizikové faktory .....	7
1.3 Možnosti prevence vzniku močové inkontinence.....	8
1.4 Typy močové inkontinence.....	9
1.5 Diagnostika močové inkontinence.....	10
1.6 Léčba močové inkontinence .....	11
1.7 Ošetrovatelský proces u nemocných s inkontinencí .....	12
1.7.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	12
1.7.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	13
1.7.2.1 Fáze první- posuzování.....	14
1.7.2.2 Fáze druhá- diagnostika .....	15
1.7.2.2.1 Ošetrovatelské diagnózy .....	16
1.7.2.2.2 Inkontinence a dekubity u imobilních nemocných .....	17
1.7.2.3 Fáze třetí- plánování .....	19
1.7.2.4 Fáze čtvrtá- realizace .....	20
1.7.2.4.1 Podpora kontinence.....	21
1.7.2.4.2 Kegelovo cvičení .....	22
1.7.2.4.3 Technika biofeedbacku, vhodné a nevhodné sporty, přerušované močení a hygienická péče.....	23
1.7.2.4.4 Pomůcky pro inkontinentní.....	24
1.7.2.4.5 Další důležitá doporučení nemocným trpícím urgentní a reflexní inkontinencí, paradoxní ischurií .....	25
1.7.2.5 Fáze pátá- vyhodnocení .....	27

<b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíle práce .....	28
2.2 Hypotézy .....	28
<b>3. Metodika .....</b>	<b>29</b>
3.1 Metodika práce .....	29
3.2 Výzkumný soubor .....	29
<b>4. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>76</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>91</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>92</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>95</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>96</b>
9.1 Seznam příloh .....	96
Příloha 1- Dotazník pro sestry	
Příloha 2- Dotazník pro pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí	
Příloha 3- Gaudenzův dotazník	
Příloha 4- Structures of the kidney	
Příloha 5- BERO CATH, močový katétr Foley	
Příloha 6- Inkontinenční pomůcky	
Příloha 7- Posilování svalů pánevního dna	



## Úvod

Bakalářskou prací na téma Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných jsem si vybrala proto, protože mě zajímá problematika močové inkontinence.

S přibývajícím věkem se potřeba vyprazdňování moči stává stále aktuálnější problémem. Mnozí si myslí, že inkontinence moči je přirozenou součástí stárnutí, a že s ní lze bojovat snížením příjmu tekutin. Tento názor by měla sestra inkontinentním nemocným vyvrátit a doporučit jim při inkontinenci omezit nápoje obsahující kofein. Většina inkontinentních nemocných se však stydí o svém problému mluvit. Proto pochopení chování nemocného může sestře pomoci řešit problém inkontinence. Sestra by měla inkontinentním nemocným dále podat informace o vhodných a nevhodných sportech, o technice přerušovaného močení, o kompenzačních pomůckách pro inkontinentní a o nutnosti omezit i příjem dráždivých jídel. Také sestra naučí nemocné cvikům na posílení dna pánevního (Kegelovo cvičení).

Močová inkontinence je definována jako nechtěný únik moči, který způsobuje hygienický nebo sociální problém a zároveň je i objektivně prokazatelný. Je příznakem, který může mít různé příčiny. Následky inkontinence se promítají do všech oblastí společenského života.

V zájmu sjednocení diagnostiky a léčby inkontinence se v současné době doporučuje klasifikace ICS (International Continence Society), která rozlišuje čtyři typy inkontinence: urgentní, reflexní, stresovou a paradoxní. Nejčastějším podtypem inkontinence je stresová inkontinence, následována smíšenou a urgentní inkontinencí.

Alespoň přechodná močová inkontinence se objeví až u 50 % ženské populace. Frekvence výskytu inkontinence moči stoupá v závislosti na věku. V dospělé populaci se vyskytuje močová inkontinence dvakrát až čtyřikrát častěji u žen než u mužů. Pokud v krátké době po vzniku potíží nenastane kompletní ústup, je lékařská pomoc nezbytná.

Organizace péče o inkontinentní nemocné má tři úrovně: primární péče, sekundární péče a terciální péče. Současná situace v České republice je poznamenána splýváním sekundární a terciální úrovně péče, neboť většina specializovaných pracovišť

je součástí lůžkových zařízení ve smyslu urogynekologických poraden. Péče o inkontinentní nemocné vyžaduje holistický přístup. Při péči o inkontinentní nemocné je prvním důležitým krokem sestry odběr anamnézy a provedení ošetřovatelského vyšetření. V ošetřovatelském procesu po odebrání anamnézy stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy, reálný cíl a intervence, kterými se snaží dosáhnout určeného cíle společně s nemocným. Cílem ošetřovatelské péče o inkontinentní nemocné je minimalizovat únik moče, zachovat nebo obnovit normální vylučování moče a současně předcházet příslušným rizikům. Při léčbě a péči o inkontinentní nemocné je třeba, aby sestra volila pozitivní přístup a začala s podporou kontinence. Proto je nejdůležitější motivace, stimulace a zapojení nemocných s inkontinencí do tvorby a provádění ošetřovatelského plánu.

Při výzkumu bych chtěla zjistit, jakým způsobem zajišťují sestry ošetřovatelský proces u inkontinentních nemocných, zda sestry informují inkontinentní nemocné o cvičení svalů pánevního dna a o pitném režimu a zda jsou tito nemocní informováni o kompenzačních pomůckách pro inkontinentní.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Anatomie a fyziologie**

#### ***1.1.1 Definice močové inkontinence***

Inkontinence moči je dle ICS – International Continence Society definována jako „nedobrovolný únik moči, který je objektivně prokazatelný a který představuje pro pacienta hygienický a sociální problém". (8)

Močová inkontinence je definována jako nechtěný únik moči, který způsobuje hygienický nebo sociální problém a zároveň je i objektivně prokazatelný. Je příznakem, který může mít různé příčiny. Nemocný člověk si odtok moči uvědomuje, ale nemůže mu zabránit. Chmel uvádí, že ztráta schopnosti ovládat vylučování moči rozhodně patří mezi nejvíce diskriminující postižení člověka. Následky inkontinence se promítají do všech oblastí společenského života. Neschopnost udržet moč se významně podílí na snížení kvality života, která je podle Světové zdravotnické organizace hodnocena jako pocit fyzického, psychického a sociálního zdraví. (11,21)

Alespoň přechodná močová inkontinence se objeví až u 50 % ženské populace. Vzniká jak u mladých dospívajících dívek a žen následkem zánětu dolních močových cest po započetí sexuálního života, tak i u žen v pokročilejším věku vlivem dlouhodobého působení různých rizikových faktorů anebo následkem jiných vyvolávajících zdravotních příčin a některých chorob, které souvisejí se stárnutím organismu. Frekvence výskytu inkontinence moči stoupá v závislosti na věku. Statistiky registrují významný nárůst příznaku nedobrovolného úniku moči v průběhu 5. a 6. dekády života. Jednou vzniklá inkontinence ve vyšším věku má obvykle trvalý charakter, často dokonce s postupným vzestupem intenzity potíží, ale v některých situacích může i u žen nad 60 let věku nastat spontánní vymizení (okolo 10 % případů). Pokud v krátké době po vzniku potíží nenastane kompletní ústup, tak je lékařská pomoc nezbytná. (11)

### ***1.1.2 Fyziologie vylučování a činnost vývodných cest močových***

Vylučování je jednou ze základních homeostatických funkcí. Úkolem vylučování (exkrece) je odstranit z organismu nepotřebné nebo škodlivé látky. (26)

**Ledviny** se účastní nejen odstraňování nepotřebných a škodlivých látek, ale podílejí se i na řízení objemu, tlaku a pH mimobuněčné tekutiny a mají též endokrinní funkce. (27)

Ledviny jsou uloženy po stranách bederní páteře. Na řezu ledviny lze makroskopicky rozlišit tmavší kůru a světlejší dřev. Každá z obou ledvin obsahuje 1 milion nefronů. (27,2)

Tvorba moči závisí na třech základních funkcích ledvin: filtraci, reabsorpci a sekreci. Filtrační část nefronu, glomerulus, je tvořen klubíčkem kapilár napojených na přírodní a odvodní tepénku. Je obklopen Bowmanovým váčkem, který přechází ve stočený kanálek I. řádu (proximální tubulus). Na proximální tubulus navazuje Henleova klička, která zabíhá různě hluboko do dřevě ledviny. (27,2)

Henleova klička přechází ve stočený kanálek II. řádu (distální tubulus), který je uložen v kůře ledviny. Několik distálních tubulů ústí vždy do jednoho sběracího kanálku a ten ústí na ledvinové papile do prostoru ledvinových pánviček. (27,2)

Glomerulární filtrací vzniká za 24 hodin kolem 180 litrů primární moči. Veškerá extracelulární tekutina se profiltruje každých 24 hodin přibližně 12x. Složení extracelulární tekutiny je upravováno mechanismy resorpce a sekrece v proximálním a distálním tubulu. Úprava koncentrace probíhá v Henleově kličce a ve sběrných kanálcích. Osmotický tlak přitom stoupá nebo klesá. Sběrací kanálek je současně hlavním výkonným článkem řízení stálosti vnitřního prostředí. Ze sběrných kanálků do pánviček ledvin je moč přesouvána kontrakcí hladké svaloviny kalichů a svěračů na vrcholcích papil. (27)

**Močovody (uretery)** proudí tekutina v podobě "močových větének". Jsou to dvě vlny stahu oddělené místem relaxace hladké svaloviny. Frekvence vzniku močových větének závisí na velikosti diurézy. Tekutina ve věténkách má dostatečný tlak pro překonání tlaku fyziologicky naplněného močového měchýře. (27,2)

Moč normálně neobsahuje běžně měřitelné množství bílkovin, aminokyselin, glukózy ani bilirubinu. Množství vylučované moči závisí na příjmu tekutin a extrarenálních ztrátách vody (zvracení, pocení, atd.). Množství vylučované moči se pohybuje mezi 1 až 1,5 litru / 24 hodin. Také obsah jednotlivých látek v moči závisí na jejich příjmu a ztrátách (Na, K, Ca). (27)

Močení (mikce) je vyprázdnění **močového měchýře (vesica urinaria)**. Při naplnění močového měchýře u dospělého 250 – 450 ml moče (u dítěte 50 – 200 ml) dochází ke stimulaci nervových zakončení ve svalovině stěny, které registrují změnu napětí stěny močového měchýře. Impulzy z receptorů přivádí napětí do centra močení ve spinální míše. Některé impulzy pokračují spinální míchou do centra kontroly močení v mozkové kůře. U člověka je zevní svěrač ovládán vůlí, která umožňuje zahájení mikce, přerušování probíhající mikce nebo vyvolání mikce i v případě prázdného močového měchýře. Volní kontrola je spojována především s čelními laloky, i když jiné korové oblasti mohou také průběh mikce ovlivnit. (23,2)

Kontrola močení (mikce) je zajištěna až díky dokonalému řízení mikčního aktu z mozku, který má tlumící vliv na nižší centra. Tato nižší centra regulují močení u novorozence a kojence pouze na reflexním principu, když při naplnění měchýře dochází k jeho samovolnému vyprázdnění. Lidský jedinec získává schopnost volního ovládání vyprazdňování moči až v průběhu zrání mozkových struktur. Vlivem výchovy a prostého faktu, že močová inkontinence není sociálně akceptovatelná, se dítě učí postupně potlačit pocit na močení a oddálit vyprázdnění měchýře na pozdější dobu. (11)

**Močovou trubicí (uretra)** vytéká moč díky kontrakci močového měchýře. Část svaloviny dna měchýře přechází i na močovou trubicí a vytváří tzv. vnitřní svěrač. U mužů se na kontrakci močení uplatňuje také stah svalů obklopujících proximální část močové trubice. (27,2)

## 1.2 Rizikové faktory

Mezi všeobecné rizikové faktory se řadí věk nad 80 let, polymorbidita s přítomností více než 3 aktivních diagnóz současně, snížení sociální kompetence. Dalšími faktory jsou faktory ze strany CNS jako náhlá cévní mozková příhoda, sclerosis

multiplex, Parkinsonova choroba, dále psychické poruchy jako demence, deprese, psychóza, urogenitální nemoci jako hypertrofie prostaty, recidivující uroinfekce, metabolické poruchy jako diabetes mellitus, hyperkalcémie, avitaminóza B<sub>12</sub>, některé léky (psychofarmaka, diuretika) a jiné příčiny, do kterých lze zařadit příčnou lézi míšni, polyneuropatii, atrofickou uretritidu, atd. (24)

### **1.3 Možnosti prevence vzniku močové inkontinence**

Preventivní opatření spočívají v zdravém životním stylu. V podstatě jednoduchá a většinou i všeobecně známá prevence ušetří mnoho financí a v první řadě potíží. Důležité je osvojit si návyky, které se podílejí na celkovém dobrém zdravotním stavu. Mezi nejdůležitější z nich patří navození správných návyků v nejranějším dětství. Upevnění nervových reflexních oblouků kontrolujících shromažďování a vypuzování moče je předpokladem pro správnou pozdější funkci močového ústrojí. Důležité je vyhýbat se fyzicky nadměrně náročné stereotypní práci, mít dostatek pohybu, udržovat ideální tělesnou hmotnost, nekouřit a pečovat o pravidelnou stolici. Důležité je předcházet infekcím močopohlavního ústrojí a jejich správná a důkladná léčba, zejména v mládí. Také péče o správnou funkci ledvin a močových cest v těhotenství, šetrný porod s následným pečlivým ošetřením všech porodních poranění a vědomá snaha o posílení pánevního dna a obnovu správné mikce v šestinedělí pomáhají překonat toto náročné období bez pozdějších následků pro inkontinenci. Důležitý je i poctivý přístup k léčbě chronických chorob jako je cukrovka, průduškové astma, apod. s vlivem na inkontinenci. Dalším zvlášť důležitým obdobím je přechod a postmenopauza s vyhasínáním tvorby ženských pohlavních hormonů, které podporují dobrou funkci závěsného aparátu vnitřních pohlavních orgánů a dolního močového traktu tj. zvyšují jeho prokrvení, výživu, pružnost a napětí - zejména v této fázi života každé ženy je nutné odkrýt a řešit příznaky, které nepříznivě ovlivňují přechod do dalšího období. (11,6,5,16)

V medicíně existuje pouze několik chorob, jejichž příčinu umí lékaři přesně identifikovat a zároveň cíleně léčit a vyléčit. Původ ostatních onemocnění je většinou multifaktoriální a do této velké skupiny patří také ženská inkontinence. (11,6,5,16)

#### 1.4 Typy močové inkontinence

Podle typických klinických projevů lze rozdělit inkontinenci na stresovou (zátěžovou), urgentní (nutkavou), reflexní a inkontinence z přetékání. Samostatnou kapitolu tvoří nežádoucí únik moči mimo močovou trubici, který je způsobený vrozenou vývojovou vadou anebo následkem jiných chorob, které narušují integritu dolních močových cest (pokročilý nádor měchýře apod.). (11)

**Stresová inkontinence** je nejčastější typ úniku moči (32,9%). Projevuje se únikem zpravidla malého množství moči při kašli, kýchnutí, smíchu (stupeň I.), běhu, skákání, zvedání břemen, jednoduše při fyzických aktivitách spojených s náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku (stupeň II.), únik moče vstoje i v leže (stupeň III.). Vyskytuje se především u žen. (11,21,3)

**Urgentní inkontinence** představuje druhou nejčastější formu nechtěného úniku moči (26,9%). Projevuje se náhlým neovladatelným nucením s únikem většího množství moči následkem křečovitých stahů svalstva močového měchýře. Motorická (s netlumenými kontrakcemi detruzoru), senzorická (bez kontrakcí detruzoru při intaktním uzavíracím mechanismu). (11,17,27,25,3)

**Reflexní inkontinence** je příznakem neurologického onemocnění anebo poranění mozku nebo míchy. V důsledku ztráty volní kontroly nad mikčným centrem v sakrální míše se měchýř vyprazdňuje bez nutkání a reflexně jako u kojence. U reflexního měchýře může nastat situace, kdy svalovina měchýře a uzavíracího aparátu pracují nekoordinovaně (proti sobě) a v důsledku toho dojde k vyprázdnění měchýře pouze následkem vyčerpání příčně pruhované svaloviny uzavíracího mechanismu. (11,21)

**Inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie)** je způsobena získanou slabostí svaloviny močového měchýře a zpočátku se projevuje neúplným vyprazdňováním měchýře se zvětšujícím se močovým reziduem (zůstatkem moči v měchýři po vymočení). Postupně narůstající zůstatek vede k nadměrnému rozšíření jeho svaloviny a následnému oslabení stažitelnosti měchýře. Postupné zhoršování stavu pokračuje nemožností vymočení, potřebou zapojení břišního lisu do mikčného aktu a končí spontánním odkapáváním moči z extrémně roztaženého a chabého měchýře.

Příčinou může být zúžení močové trubice z různých příčin (pozánětlivé nebo následkem poklesu dělohy apod.). (11,21)

Mezi **ostatní** lze zařadit smíšenou inkontinenci (stav, kdy je současně přítomna urgentní i stresová složka), inkontinenci při urovaginálních píštělích, noční enurézu (11 %), enuresis risoria neboli "giggle incontinence" (inkontinence moči při smíchu, kterou trpí 10 % mladých žen). (25)

### **1.5 Diagnostika močové inkontinence**

V rodinné anamnéze se sleduje rodinná zátěž a výskyt inkontinence. Rodinná zátěž se může projevit jako anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady, anomálie v oblasti sakrální míchy, diabetes s manifestací diabetické neuropatie. Osobní, sociální a pracovní sleduje trvalou fyzickou námahu a dlouhodobý psychický stres, v urologické anamnéze vyjádří nemocný / nemocná vlastními slovy své obtíže, lékař je cílenými dotazy upřesní. Lékař sleduje tlak a bolet za sponou, polakisurii, hematurii. Dále zjišťuje od kdy se nechtěný únik moči projevuje a jaký má vztah k porodu, úrazu, operaci. Dále se lékař zaměřuje za jakých okolností k nechtěnému odtoku moči dochází- při kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, chůzi ze schodů, jak velké je množství uniklé moči a zda předchází imperativní nucení na močení. Gaudenzův dotazník pomáhá typizovat lékaři anamnézu. Dotazník obsahuje 15 otázek, které statisticky poukazují na urgentní motorickou inkontinenci nebo inkontinenci stresovou a dalších 12 otázek pomáhá diagnózu upřesnit. Dále lze pro diagnostiku močové inkontinence využít dotazník Hodgkinsův či Robertsonův, kdy si lékař stanoví z odpovědí pacientky urgentní a stresové skóre. V mikční kartě si nemocná sama do předtištěného formuláře zaznamenává svůj mikční režim, včetně epizod nutkání a inkontinence. Je to velmi jednoduchý a neinvazivní způsob vyšetření. Doba záznamu je 24 hodin, je výhodné, aby byl zaznamenáván i objem vymočené tekutiny. Hodnotí se nejenom počet mikcí a objem vymočené moči, ale i rozložení četnosti během dne a noci a lze také sledovat i četnost nutkavých pocitů. Vyšetřující lékař získává podrobný přehled o zvyklostech nemocné a mikční deník velmi dobře objektivizuje stížnosti nemocné. Dále je u nemocné důležitá gynekologická a porodnická anamnéza,



kdy se gynekolog zaměřuje na údaje o menarché, na menstruační cyklus, počet těhotenství, hmotnost porozených dětí. Důležité jsou informace o prodělaných operacích a zánětech a užívaná farmaka. (25,20,9,18,26)

Do fyzikálního vyšetření se zařazuje vyšetření moči chemicky, močový sediment a kultivace. Tato vyšetření umožňují zjistit akutní i chronickou cystitidu, která může imitovat inkontinenci urgentního typu. Dále lze provést cytologické vyšetření a vyšetření prostaty konečníkem. U žen se provádí gynekologické vyšetření. Vyšetření začíná aspekcí, kdy si lékař všímá stavu introitu poševního, viditelnosti přední či zadní stěny poševní, stavu hráze, jizev po předchozích rupturách a uložení uretrálního ústí. Vyšetření dále pokračuje běžným gynekologickým vyšetřením v zrcadlech a vyšetřením palpačním. Mezi zobrazovací metody patří funkční monografie dolních močových cest, dále lze provést instrumentální urologické vyšetření a urodynamické vyšetření. Urodynamické vyšetření je základní diagnostická metoda, zásadní pro určení typu inkontinence a typu léčby. Vyšetření základní neboli uroflowmetrie je vyšetření, které umožňuje kvalitativní a kvantitativní analýzu proudu moči. Hodnotí se množství moči, které proteče uretrou v jednotce času ml/s. Při plnicí cystometrie lékař zjišťuje jímací funkci močového měchýře. Během plnění měchýře tekutinou či plynem posuzuje lékař senzitivitu a aktivitu močového měchýře. Vyšetření rozšířené neboli uretrální tlakový profil hodnotí funkci sfinkterů, měří maximální uzavírací tlak (tj. rozdíl mezi intrauretrálním a intravezikálním tlakem) při zvýšení nitrobřišního tlaku. Leak point pressure je hodnota intravezikálního tlaku, při které nastává únik náplně z močového měchýře. Rozliší stresovou inkontinenci pravou (I. a II. typ) a inkontinenci z insuficience vnitřního svěrače. Mezi další vyšetřovací metody se řadí EMG a průtokově-tlaková studie. (25,20,3)

## **1.6 Léčba močové inkontinence**

Při paradoxní inkontinenci lékař primárně zavádí nemocnému / nemocné močový katétr nebo epicystostomie. Teprve až v druhé době lze léčit příčinu. (25)

Při urgentní inkontinenci využívá lékař farmakologickou léčbu. Zařazují se sem léky jako např. Uroxal, Cystein, Mictonorm, Uraplex, Spasmex, Vesicare, Corinfar, Vagifem, atd. Mezi další druhy léčby patří reflexní léčba, operační léčba a používání

protetických pomůcek jako jsou pleny, vložky, pesary, penilní svorka, okluzory uretry, permanentní katétr. (25,17,3)

Při reflexní inkontinenci využívá lékař farmakologickou léčbu, reflexní léčbu nebo operační léčbu. Dále doporučí nemocnému / nemocné používat protetické pomůcky jako pleny, vložky, pesary, penilní svorka, okluzory uretry, permanentní katétr. (25)

Při stresová inkontinenci využívá lékař nechirurgickou léčbu mezi níž lze zařadit hormonální terapii jako Ovestin, Presoven, dále cvičení svalů dna pánevního, vaginální konusy a vaginální nebo rektální elektrostimulace. Při farmakoterapii využívá lékař léky jako Gutron, Efedrin, Effortil. K dalším druhům léčby patří chirurgická léčba a používání protetických pomůcek jako jsou pleny, vložky, pesary, penilní svorka, okluzory uretry, permanentní katétr. (25,3,18)

## **1.7 Ošetrovatelský proces u nemocných s inkontinencí**

### ***1.7.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu***

Ošetrovatelská péče je významnou lidskou činností, která proporcionálně zajišťuje uspokojování tělesných, duševních, sociálních a dalších potřeb jedinců nebo skupin. Hlavní důraz klade na podporu a udržení zdraví, zmenšuje dále také utrpení. (12)

Ošetrovatelský proces je systém otevřený, přizpůsobivý, dynamický, plánovitý a cílený. Individualizuje přístup k potřebám každého nemocného. Přizpůsobuje se osobním potřebám nemocného, rodiny nebo společnosti. Umožňuje tvořivý přístup sestry a nemocného při hledání řešení zdravotního problému. Je interpersonální, vyžaduje přímou a důslednou komunikaci s nemocným s cílem uspokojení jeho potřeb. Teorie ošetrovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy z USA jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocného. Ošetrovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry. Člověk je chápán holisticky- jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí. (12)

### ***1.7.2 Fáze ošetrovatelského procesu***

Ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je cyklický, jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. Ošetrovatelský proces je průběh ošetrovatelské činnosti - způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetrovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí. Skládá se z pěti fází. Do první fáze (posuzování) patří zhodnocení nemocného sestrou pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření. Do druhé fáze (diagnostiky) patří stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů a diagnóz sestrou. Ošetrovatelské problémy diagnostikované sestrou a problémy pociťované nemocným rozhodují o pořadí jejich naléhavosti. Do třetí fáze (plánování) zařazuje sestra stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, návrh vhodných opatření pro jejich dosažení. Do čtvrté fáze (realizace) řadí sestra uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosahování jeho cílů. Do poslední páté fáze ošetrovatelského procesu (vyhodnocení) patří zhodnocení efektu poskytnuté péče sestrou, objektivní změření účinku péče a zhodnocení fyzického i psychického komfortu nemocného. (12)

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Všechny kroky ošetrovatelského procesu se navzájem ovlivňují, úzce spolu souvisí. (12)

#### ***1.7.2.1 Fáze první - posuzování***

Posuzování zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu nemocného. Údaje lze rozdělit na objektivní (vnější projevy), subjektivní (vnitřní projevy), proměnné (dynamické), konstantní (statické). Zdrojem údajů může být sám nemocný, ale i jeho blízké osoby (rodina, přátelé), zdravotničtí pracovníci, zdravotní záznamy. Mezi metody shromažďování údajů lze zařadit pozorování, rozhovor a vyšetření. Všechny důležité získané informace musí sestra zaznamenat do ošetrovatelských záznamů nemocného. (12)

Při péči o inkontinentního nemocného je prvním důležitým krokem odběr anamnézy a provedení ošetrovatelského vyšetření. Pokud je tento nemocný občasně

či trvale zmatený a dezorientovaný, sestra se zaměří při vyšetření i na jeho obvyklé chování. Pochopení chování nemocného sestře může pomoci řešit problém inkontinence. Problém inkontinence není jen somatickou záležitostí, ale může to být neschopnost najít toaletu, či považovat za toaletu místo nesprávné. (20)

Sestra je velmi důležitou osobou při vedení rozhovoru a také motivující pomocí při rozhodování ženy, jak se svým problémem naloží. Sestra nesmí opomenout, že k jejímu povolání patří i zjišťování informací o změně zdravotního stavu v životě žen. Není ale tou, která rozhoduje za ženu. Každá žena potřebuje čas si vše rozmyslet, je třeba dát jí prostor, aby se sama rozhodla změnit svůj současný stav. Má to velmi pozitivní vliv na léčebný režim v další etapě jejího života. (4)

Při posuzování vyprazdňování moče se sestra ptá nemocného/ nemocné na způsob vylučování moče („Kolikrát za den močíte? Změnila se v poslední době tato frekvence? Máte nucení na močení během noci, jak často?“), na popis moče a jejích změn („Popište barvu, čirost a zápach moče.“), na problémy s vyprazdňováním moče („Jaké máte nyní s vylučováním moče problémy? Měl/měla jste tyto problémy i v dřívější době? Močíte častěji? Máte problémy dojít na toaletu nebo pociťujete naléhavé nutkání na močení? Dochází k odkapávání moče, máte pocit plnosti močového měchýře spojený s vylučováním malého množství moče? Unikne Vám náhodně moč? Pokud ano, kdy (při kašli, smíchu, kýchnutí, v noci či přes den?“), na močové vývody či stomie a péče o ně a na faktory ovlivňující vylučování moče („Jaké tekutiny a v jakém množství běžně během dne vypijete? Máte nějaké problémy s používáním WC? Jak se staráte o svůj katétr? Trpíte nějakým onemocněním, které by mohlo ovlivnit močení (diabetes mellitus, atd.)? Jaký diagnostický test jste v poslední době podstoupil/podstoupila?“ (23,18)

V ošetřovatelském procesu po odebrání anamnézy stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy, reálný cíl a intervence, kterými se snaží dosáhnout určeného cíle společně s nemocným / nemocnou. (22)

### **1.7.2.2 Fáze druhá - diagnostika**

Termín diagnóza pochází z řeckého slova *diagignoskein*, což znamená rozlišovat. Ošetřovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného. Nemocný, který je v normálním životě schopen své potřeby uspokojovat přiměřeným způsobem, nyní strádá jejich frustrací. Za vypracování ošetřovatelských diagnóz jsou zodpovědné sestry. Zdravotní problém znamená jakýkoliv stav či situaci, ve které pacient vyžaduje pomoc při upevňování, udržování či znovuzískání zdraví. Ošetřovatelské diagnózy udávají skutečné zdravotní problémy, potenciální zdravotní problémy, oblasti osobního růstu. Ošetřovatelská diagnóza je závěr, který je možné udělat jen po pečlivém a systematickém procesu sběru dat. Diagnostický proces je analyticko-syntetický proces. Skládá se ze tří fází. Mezi ně zařazujeme zpracování údajů, zjištění zdravotních problémů nemocného, rizik a pozitiv a z formulace sesterských diagnóz. Ošetřovatelská diagnóza se skládá tři části. První část popisuje problém. Stav nemocného se popisuje jasně a stručně několika slovy. Druhá část je etiologie problému. Identifikuje jednu nebo více pravděpodobných příčin zdravotního problému. Třetí část je charakteristika pro symptomy. Potenciální sesterské diagnózy se používají tehdy, je-li možné odpovědi nemocného předpovídat. Pravděpodobné sesterské diagnózy se používají, je-li důkaz o odpovědi nemocného nedostatečný nebo podporující faktory nejsou známy. (12)

Taxonomií ošetřovatelských diagnóz lze obecně označit klasifikační systém skupin, tříd a sérií. Jednou z nejpoužívanějších klasifikací je NANDA taxonomie II. - seznam ošetřovatelských diagnóz vypracovaný Severoamerickou asociací sester pro ošetřovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnoses Association). Ošetřovatelské diagnózy jsou sestaveny do devíti základních kategorií, které vycházejí z devíti hlavních lidských reakcí. Taxonomie je číselně kódovaná. (12)

### *1.7.2.2.1 Ošetrovatelské diagnózy*

Mezi nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy lze zařadit:

**00020 funkční inkontinence moči** v souvislosti smyslové poruchy, poruchy hybnosti, zvýšené tvorby moče a odmítavého přístupu vyhovět nucení na močení projevující se tvorbou nadměrného množství moče se zvýšenou potřebou jejího vyprazdňování a imperativním nucením na močení, při kterých dochází k odchodu moče dříve, než nemocný dojde na toaletu

**00018 reflexní inkontinence moči** v souvislosti neurologické poruchy (míšní poruchy), při které je postiženo vedení nervového vzruchu, mozkové poruchy vyžadující volní kontrolu projevující se snížením až vymizením pocitů stoupající náplně močového měchýře s vymizením pocitů nucení na močení, nadměrným močením, naprostou neuvědomělostí týkající se vlastní kontinence a přerušovaným, neúplným močením

**00017 stresová inkontinence moči** v souvislosti zvýšení nitrobřišního tlaku, oslabení svaloviny a podpůrných struktur pánevního dna a zvýšeného napětí stěny močového měchýře projevující se odkapáváním moče při zvýšení nitrobřišního tlaku (při kašli, kýčání, zvedání těžkých předmětů) a silným nucením na močení častěji než každé dvě hodiny

**00021 úplná inkontinence moči** v souvislosti úrazu nebo nemoci postihující míšní nervové dráhy projevující se neustálým zcela nekontrolovaným odtokem moči, aniž by došlo k dispenzi nebo netlumeným kontrakcím močového měchýře, vymizením pocitů nucení na moč a neuvědomováním si inkontinence

**00019 urgentní inkontinence moči** v souvislosti snížení kapacity močového měchýře a podráždění tlakových receptorů ve stěně močového měchýře vyvolávající stahy svaloviny močového měchýře projevující se silnými pocity nucení na močení, zvýšenou frekvencí močení, spasmy močového měchýře, nykturií a neschopností dojít včas na záchod

Mezi další ošetrovatelské diagnózy, které souvisí s močovou inkontinencí a na které sestra musí pamatovat, lze zařadit:

**00120 situačně snížená sebeúcta** v souvislosti dlouhodobého negativního sebehodnocení i hodnocení vlastních schopností projevující se výskytem negativního sebeocenení, slovním vyjádřením negativních pocitů nad sebou a výrazy studu

**00053 sociální izolace** v souvislosti narušení společenských vztahů projevující se vyjadřováním pocitů odmítnutí, absencí podporujících blízkých osob, smutným dojmem a vyhledáváním samoty

**00148 strach**

**00004 riziko infekce**

**00047 riziko porušení kožní integrity** (23,14,15,1)

#### ***1.7.2.2 Inkontinence a dekubity u imobilních nemocných***

Sdružení dvou závažných chorobných stavů - inkontinence a dekubitu - je pro nemocného vždy závažnou komplikací a může velmi negativně ovlivnit celý vývoj jeho základního onemocnění. Současný výskyt inkontinence a dekubitu znamená velkou ošetrovatelskou náročnost a fyzickou a psychickou zátěž pro všechny členy ošetrujícího týmu. Tato komplikace znamená vždy prodloužení hospitalizace a růst nákladů. (19)

Výskyt inkontinence moči narůstá se zvyšujícím se věkem - v populaci 65 letých a starších jí trpí 10 - 15 % osob a ve skupině 80 letých již více než polovina žen a třetina mužů. Akutní i chronická onemocnění, zvláště jsou-li spojena s dlouhodobým pobytem na lůžku, s omezením hybnosti a se snížením soběstačnosti (např. CMP, zlomeniny krčku kosti stehenní). Jsou významnými rizikovými faktory nejen pro vznik inkontinence, ale i pro vznik dekubitu. Proto se s oběma stavy můžeme setkat u starších pacientů na akutních i chronických lůžkách. (19)

V kůži osob vyššího věku probíhá, řada regresních změn. Rohová vrstva se zřetelně snižuje a její obnovování je zpomaleno. Ve škáře dochází ke zmožení kolagenních a k úbytku elastických vláken, čímž kůže ztrácí elasticitu. Rovněž prokrvení neboli vaskularizace kůže se snižuje až o 30 procent. Všechny tyto faktory činí kůži zranitelnější a méně odolnou proti zevním vlivům. Při inkontinenci moči dochází jejím

rozkladem k tvorbě alkalických látek, zvláště amoniaku. Proto je charakteristický zápach často prvním signálem inkontinence. Těmito látkami se mění fyziologicky mírně kyselá reakce kůže, což vede k její maceraci a ztrátě odolnosti proti mechanickému poškození nebo infekci. Proto v místech častého kontaktu kůže s močí dochází k výskytu kožních změn a zánětů, uchycení plísňových onemocnění v gluteální rýze, kolem genitálu a v tříselech. (19)

Kůže, která v důsledku inkontinence ztrácí svoji odolnost, podléhá nepřiměřenému působení tlaku, a tak snadno vznikne dekubitus. Dekubitus neboli proleženina je místní nekróza kůže, podkoží a často i fascie a svalů s následným vředovým rozpadem. Vzniká tam, kde kůže, podkoží a ostatní tkáně byly delší čas vystaveny účinku tlaku mezi kostí a pevnou podložkou. Charakteristická jsou tzv. predilekční místa, kde se patologický vliv tlaku uplatňuje nejvíce. Je známo, že více než 60 % osob postižených dekubity jsou jedinci starší 70 let. (19)

Vznik dekubitu není jen záležitostí rýze lokální. Na odolnost nebo naopak náchylnost k jeho vzniku má významný vliv celkový stav organismu, a to zejména nervový systém, cirkulace a výživa. Nervový systém se svou vegetativní, senzoryckou i motorickou složkou se spolupodílí na správném prokrvení kůže a podkoží. Velký vliv má stav srdečně cévního aparátu. Ve všech stavech, které jsou provázeny poruchou krevního oběhu, nejčastěji je to srdeční selhání, se snižuje prokrvení kůže a podkoží. (19)

Podstatný vliv na odolnost kůže i celého organismu a na rychlost hojení má také výživa. Proto u všech stavů malnutrice je regenerační schopnost kůže snížena a hojení vážné. (19)

Cílem všech preventivních opatření musí být zlepšení celkového stavu nemocného a omezení vyvolávajících místních příčin. Péče o celkový stav by se měla soustředit na zlepšení oběhu, hybnosti a výživy. Z místních příčin je třeba nejprve omezit vliv tlaku pravidelným polohováním a používáním všech pomůcek, jako např. antidekubitorů, molitanových matrací apod. Neméně důležité je zvyšovat odolnost kůže a omezit negativní vliv inkontinence. O to se sestra může pokusit trénováním svěrače uretry tím, že nemocný bude veden k močení v pravidelných časových intervalech. Minimalizovat vliv inkontinence na kůži pomáhají absorpční pomůcky.



Zde je vždy třeba pečlivě dbát na to, aby pomůcka plnila svůj účel, a volit ji tak, aby je jí kapacita stačila stupni inkontinence a diuréze. Kůže musí být suchá, jinak pomůcka svůj účel neplní. Inkontinence se často začíná upravovat i se zlepšováním celkového stavu. Zvyšování odolnosti kůže může sestra dosáhnout omýváním vlažnou vodou a opatrným použitím mýdla s neutrálním pH, nejlépe dětského. Kůži je třeba opakovaně promašťovat olejem či olejovou emulzí (body milk), nebo indiferentními mastmi z celé řady přípravků, které vyrábí farmaceutický průmysl. (19)

### ***1.7.2.3 Fáze třetí - plánování***

Ve fázi plánování si sestra vytýčí cíle, kterých chce dosáhnout u nemocného s močovou inkontinencí a vytyčí také ošetrovatelské strategie či intervence s cílem prevence, redukce či eliminace zdravotních problémů nemocného, které byly zjištěny a ověřeny během diagnostické fáze. Do plánování je důležité, aby sestra zapojila nemocného, jeho rodinu, podpůrné osoby i členy jiných zdravotnických profesí. Proces plánování probíhá v šesti etapách. Sestra zařazuje určení priorit, stanovení cílů nemocného a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských strategií, psaní sesterských ordinací, stanovení plánu ošetrovatelské péče a konzultování. Při určování priorit určuje sestra pořadí, v jakém se budou řešit problémy nemocného. Ošetrovatelské priority musí sestra měnit tak, jak se mění zdravotní problémy nemocného a jak se mění jejich léčba. Při stanovování cílů a výsledných kritérií je cíl nemocného očekávaný výsledek či změna na jeho cestě za zdravím. Cíle nemocného jsou širokými ukazateli výkonů. Cíl může sestra stanovit jako dlouhodobý. Ten se vztahuje k delšímu období, směřuje také do domácí a následné péče. Cíl má být reálný i co se týká schopností a možností sestry a musí se shodovat s léčebným plánem lékaře. Výsledná kritéria jsou závěry o specifických, pozorovatelných a měřitelných odpovědích nemocného. Určují, zda bylo cíle dosaženo, odvozují se od cílů nemocného a vztahují se k nim. Při plánování ošetrovatelských strategií neboli intervencí jsou činnosti sester zvolené pro dosažení cílů nemocného. U každé navrhované varianty ošetrovatelské strategie je třeba, aby sestra zvážila a předvídala důsledky akce. Po zvážení důsledků alternativ ošetrovatelských strategií si sestra vybírá jednu nebo

několik z nich, které pokládá za neúčinnější. Sestra přihlíží k tomu, že plánovaná akce musí být dosažitelná a přiměřená nemocnému. Dále sestra píše sesterské ordinace neboli příkazy. Sesterské ordinace jsou specifické zásahy vykonávané sestrou k dosažení vytčených cílů zdravotní péče. Po napsání sesterských ordinací stanoví sestra plán ošetrovatelské péče, který musí být jasně formulován a musí se s ním seznámit všichni, kteří budou péči poskytovat. Plán ošetrovatelské péče tvoří návrh vhodných ošetrovatelských intervencí, které povedou sestru k dosažení stanovených cílů. Během hospitalizace musí sestra plán stále aktualizovat a upřesňovat podle změny stavu nemocného a podle vyhodnocování dosažených cílů. Hlavním cílem písemného plánu je, aby sestra zabezpečovala kontinuitu péče a dokumentovala některé důležité potřeby nemocného. (12)

Cílem ošetrovatelské péče o inkontinentního nemocného je minimalizovat únik moče / zachovat nebo obnovit normální vylučování moče a současně předcházet příslušným rizikům. Nemocný s inkontinencí zná od sestry způsoby prevence inkontinence, mění životní podmínky a oděv přizpůsobuje potřebám, pokouší se močit každé dvě hodiny a postupně čas prodlužuje na 3 – 4 hodiny, postupně omezuje inkontinenci na méně než třikrát za týden. Dalším cílem sestry je udržovat neporušenou kůži kolem vývodu močové trubice a v oblasti perinea, v oblasti stomie, vytvářet si režim ovládnutí močového měchýře, ovládat postupy, které posilují svaly pánevního dna a vykonávat cvičení na posilování svalů pánevního dna třikrát denně v období 4 měsíců. Mezi další cíle sestra zařazuje nepomočování se nemocného ani při zvýšeném nitrobřišním tlaku (stresová inkontinence), dostatečné zvládnutí inkontinence vzhledem k normálnímu společenskému a pracovnímu životu a uvádění prodloužení časového intervalu mezi nucením na močení a mimovolným únikem moči, případně ovládnutí péče o katétr nebo močovou stomii. (23,1,18)

#### ***1.7.2.4 Fáze čtvrtá - realizace***

Realizace je ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo cílů nemocného. (12)

#### ***1.7.2.4.1 Podpora kontinence***

Při léčbě a péči o inkontinentního nemocného je třeba, aby sestra volila pozitivní přístup a začala s podporou kontinence u nemocného. Proto je nejdůležitější motivace a stimulace a zapojení nemocného do tvorby a provádění ošetřovatelského plánu. (20)

Začít s programem podpory kontinence může být někdy obtížné, protože jeho úspěšnost závisí také na postoji, motivaci a mentálním přístupu sestry i celého ošetřovatelského týmu. Podpora kontinence by však měla být součástí holistické ošetřovatelské péče. Je důležité, aby se sestra dokázala kriticky podívat na běžnou praxi při péči o vyprazdňování nemocných. Soběstačnost, intimita a důstojnost nemocného jsou často obětovány kvůli urychlení práce. Při podpoře kontinence je velmi důležité, aby sestra získala důvěru nemocného a proti inkontinenci bojovali spolu. Pro většinu nemocných je totiž zahanbující a snaží se ji maskovat. Celý proces je dlouhodobý a je také třeba, aby sestra nemocného povzbuzovala a chválila. Role sestry jako edukátorky je nezastupitelná při nácviku léčebných technik – cvičení svalů dna pánevního a reedukace. Sestra by také měla být schopna poradit a dohlédnout na pitný režim nemocného. Mnoho lidí si totiž mylně myslí, že s inkontinencí lze bojovat snížením příjmu tekutin. Tento názor by měla sestra nemocnému vyvrátit a doporučit mu při inkontinenci omezit nápoje obsahující kofein. Pro podporu kontinence je třeba i podpora soběstačnosti a pohybové aktivity. V neposlední řadě musí sestra poučit rodinu nemocného a pozitivně je motivovat. (20)

Sestra informuje nemocného se stresovou inkontinencí o charakteru jeho onemocnění, sleduje způsob močení u nemocného (dobu močení, množství moče, frekvenci močení, atd.). Dále zaznamenává podněty, které vyvolávají inkontinenci nemocného. Dle vhodnosti ho požádá, aby o močení vedl deník. Sestra posoudí vliv inkontinence na všechny životní potřeby nemocného. Je důležité, aby nemocný dodržoval / nemocná dodržovala životosprávu a omezoval / omezoval příjem kávy, kofeinu, tmavého čaje z toho důvodu, že mají diuretický účinek a zároveň mu / jí vysvětlila nutnost omezit i příjem dráždivých jídel. (1,10)

#### ***1.7.2.4.2 Kegelovo cvičení***

Sestra naučí nemocné cvikům na posílení dna pánevního (Kegelovo cvičení). Technika Kegelova cvičení byla uvedena do praxe americkým gynekologem Arnoldem Kegelem ve čtyřicátých letech tohoto století. Kegel navrhnul svůj program jako možnost, jak předejít případně korigovat mírné anatomické odchylky, které vznikají především v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Cvičení propagoval zejména pro řešení obtíží vznikajících v poporodním období. Ve svých pracích se zmiňuje o pozitivním vlivu na stresovou inkontinenci a počáteční stadia cystokély a rektokély. Posilování koncipoval s cílem zvýšit sílu stahu oslabených svalů pánevního dna, tak aby došlo k facilitaci uzávěrového mechanismu uretry při neočekávaném zvýšení intraabdominálního tlaku jakými jsou kašel, smích, zvednutí těžkého břemene. (1,10)

Vhodné je, aby sestra ženu upozornila, že se jedná o terapii dlouhodobou. Intenzivní pohybová léčba trvá 6 měsíců a pro přetrvávání pozitivního efektu je nutné cvičit celoživotně. První výsledky se po pravidelném cvičení dostaví za 6 až 8 týdnů. Je nezbytné, aby sestra nemocnou vhodně motivovala. (10)

Kegelovo cvičení-individuální je zaměřeno na posilování svalů dna pánevního. Pod pojem svaly dna pánevního se zařazují diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Při pohybové terapii inkontinence stěžejní roli hraje m. levator ani (porce musculus levator ani - musculus puborectalis) a musculus coccygeus. Jeho stah se uplatní při změnách intraabdominálního tlaku. (10)

Kegelovo cvičení má 4 části - vlastní nácvik se po instruktáži od sestry odehrává v domácím prostředí: vizualizace (slouží k ozřejmění anatomických poměrů, tuto fázi provede pacientka v domácím prostředí pomocí zrcátka), relaxace (žena provede lež na zádech, nohy pod kolena lze vypodložit, abychom snížili napětí břišních svalů, během relaxace probíhá snaha o soustředění se do oblasti pánevního dna), izolace (nácvik izolovaného stahu konečníku a pochvy; důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžd'ových svalů; pro nácvik izolace doporučuje sestra pacientkám buď zadržetí proudu moči při močení nebo zavedení dvou prstů do pochvy, prsty jsou od sebe mírně oddáleny a při adekvátním stahu dojde k jejich přiblížení), vlastní posilování (snaha o udržení stahu od jedné do sedmi sekund,

počet opakování se pohybuje od 80 na počátku ke konečným 300 stahům za den, po zvládnutí popsaného cvičení vleže je možné volit i jiné polohy). (10)

Další možností, jak ozřejmit svaly pánevního dna je perineometr. Perineometr je intravaginální sonda, která umožňuje pacientce identifikaci příslušných svalů a následně i objektivizaci dosažených výsledků. Perineometr pracuje na principu elastometru. Konstrukce tohoto tlakového snímače vychází z využití závislosti změny elektrického odporu vodivého elastometru na působícím mechanickém tlaku. (10)

Po zvládnutí Kegelova cvičení (délka nácviku optimálně prováděného cvičení se individuálně liší) doplní sestra u nemocné rehabilitační léčbu o skupinovou léčebnou tělesnou výchovu. Vybrané skupiny cviků mají za cíl pracovat na svalových skupinách s vlivem na sklon pánve (svaly hýžd'ové, stehenní, břišní, svaly v oblasti bederní páteře). Důležitá je koordinace jednotlivých cviků s dýcháním, vždy mít vtažené dno pánevní. Cvičí se v různých polohách, ve kterých se dá dosáhnout maximálního sklonu pánve. (10)

#### ***1.7.2.4.3 Technika biofeedbacku, vhodné a nevhodné sporty, přerušované močení a hygienická péče***

Dle vhodnosti se kombinuje Kegelovo cvičení a biofeedback ke zvýšení účinnosti tréninku. Technika biofeedbacku je užívána hlavně při léčbě stresové inkontinence. K získání zpětné vazby se nejčastěji používá změn intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity. Základní principem metody je tedy získání povědomí o činnosti jednotlivých svalových skupin k nácviku izolované kontrakce či relaxace svalů. Do programu cvičení zařazuje sestra také střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech ke zvýšení svalového tonu břišní stěny. Sestra nedoporučuje pacientovi účastnit se např. vzpírání nebo aerobiku s tvrdými doskoky, ani cviků v uvolněném stoji rozkročném, protože při těchto činnostech dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku. Ke vhodným sportům patří plavání, jízda na kole a běžné cvičení. Sestra doporučí nemocným přerušované močení (začít močit a přerušovat proud moči dvakrát nebo vícekrát během každého močení, aby se podpořil trénink speciálně těch svalů, které se podílí na močení). Sestra dále doporučí nemocným močit během dne nejméně jednou

za 3 hodiny, aby se snižoval tlak v močovém měchýři. Postupně je možné prodlužovat tento interval až na 4 hodiny. V posledních 2 až 3 hodinách před ulehnutím sestra doporučí nemocným nepít žádné tekutiny, aby se snížila inkontinence během spánku. Sestra zdůrazňuje stále nemocným nutnost zvýšené hygienické péče po každém vymočení v rámci prevence porušení kožní integrity. Doporučí nemocným, aby si po inkontinenci omyli perianální oblast mýdlem a vodou, pečlivě jí vysušili a oblekli se do čistého a suchého oblečení. Dále také doporučí nemocným na podrážděnou kůži a na ochranu kůže před kontaktem s močí aplikovat různé ochranné krémy (např. zinkovou mast) a zvláčňující prostředky na bázi oleje. Na zamezení styku kůže nemocného anebo jeho oděvu s močí používá sestra prostředky absorbující vlhkost, které si zachovávají suchý povrch v kontaktu s kůží. (1,13,20)

#### ***1.7.2.4.4 Pomůcky pro inkontinentní***

Sestra také poučí nemocné o možnosti využívat jednorázové pomůcky. Na trhu je pomůcek pro inkontinentní celá řada. Dobrá pomůcka má zabezpečit pohodlí nemocného a to, aby mohl vést relativně normální život. To znamená, že musí být společensky přijatelné a jednoduše použitelné. Aby sestra vybrala tu nejvhodnější, je třeba nemocného nejdříve vyšetřit a zjistit jeho obvyklé aktivity a zvyky. Při vlastním výběru nejvhodnější pomůcky sestra zvažuje tyto kritéria: stupeň, průběh a typ inkontinence, lokální anatomie pacienta, jeho mentální a fyzické schopnosti, osobní preference a cenová dostupnost pomůcky. (1,20)

Vložky a vložné pleny jsou nejběžněji používané inkontinenční pomůcky. Liší se velikostí a absorpční schopností. Vložky jsou opatřené lepícím proužkem, vložné pleny se fixují pomocí fixačních kalhotek. Pro muže lze použít absorpční sáčky, které je také vhodné fixovat síťovými kalhotkami. (20)

Plenkové kalhotky jsou na trhu ve variantách odlišných tvarem, poskytnutým pohodlím a absorpční schopností. (20)

Podložky jsou nejčastější pomůckou užívanou k ochraně lůžka a křesla. Jednotlivé produkty jsou také odlišné, od jednoduchých buničitých podložek, až po výrobky s velkou absorbcí a vrstvou chránící pokožku. Protože se stupněm savosti

zvyšuje i cena pomůcky, je vhodné je podle individuálních možností a schopnosti nemocného kombinovat. U některých nemocných se např. na noc používají kalhotky s větší absorpční schopností, které zajistí pohodlnou noc a přes den pak vložné pleny a fixační kalhotky, které nejsou tak nákladné. (20)

Urinální kondomy pro muže jsou vyrobeny z hypoalergického materiálu. Kondom je dobrou alternativou vložných plen. Pro zvolení správné velikosti je penis třeba změřit měřítkem, které poskytují výrobci. Aplikace je jednoduchá, buďto s použitím samonabíjecího nebo samolepícího proužku. Kondom se napojí na sběrný sáček, který se upevní k dolní končetině pomocí punčošky, nebo manžet. U ležících nemocných a v noci je možné sáček napojit na sáček většího obsahu, který je upevněný na lůžku. Při rozhodování o nejvhodnější pomůcce přijímá sestra někdy ještě roli advokáta nemocného, obzvláště, je-li nejvhodnější pomůcka zároveň tou nejdražší, nebo pokud ji obvodní lékař nechce předepsat. Při plánování péče je třeba myslet i na zabezpečení pravidelného přísunu pomůcek, aby nemocný nebyl zbytečně vystavován stresu, že mu dojdou. (20)

#### ***1.7.2.4.5 Další důležitá doporučení nemocným trpícím urgentní a reflexní inkontinencí, paradoxní ischurií***

Sestra s nemocným naváže přátelský vztah, aby si získala jeho důvěru. Sestra poskytuje nemocnému s inkontinencí psychickou oporu. (1)

Nemocnému s urgentní inkontinencí moče sestra navíc doporučí trénink močového měchýře, který se provádí na základě mikčnického deníku (první urgenci na močení potlačit, poté se vymočit). Doporučí nemocnému stáhnout pánevní svalstvo před vstáváním z lůžka (tento manévr pomůže zabránit úniku moči v momentu, kdy se mění tlaky v dutině břišní). Také doporučí nemocnému, aby vždy po zahájení močení přerušil proud moči dvakrát nebo víckrát. Tím podpoří trénink speciálně těch svalů, které se podílí na močení. Dle indikace doporučí nemocnému nařídít budík na noc, aby byl dodržen rozvrh močení. Dále mu také doporučí postupné prodlužování intervalů mezi močením až na 2 až 4 hodiny. (1)

U nemocného s reflexní inkontinencí sestra posoudí schopnost nemocného vnímat plnost močového měchýře a uvědomovat si inkontinenci. Požádá nemocného, aby si vedl denní záznamy o frekvenci a době močení. Sestra pobízí nemocného k dennímu příjmu 1,5 až 2 litrů tekutin (nápoje podávat podle rozvrhu – s jídly a mezi jídly, aby bylo možno snáze odhadnout dobu močení). Sestra dále doporučí nemocnému, aby dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní již nepil žádné tekutiny. Doporučí mu stimulovat reflexy močení např. omýváním perigea vlažnou vodou, pouštěním vody do umyvadla, masáží podbřišku, stehen apod. Doporučí nemocnému nařizovat si budíka na noc podle rozvrhu močení nebo vyprazdňování pomocí močové cévky. Po vymočení nemocného změří sestra reziduum v měchýři vycévkováním. Velikost rezidua je určující pro frekvenci vyprazdňování měchýře. Povzbuzuje nemocného k pokračování v pravidelném režimu vyprazdňování močového měchýře. Sestra navrhne nemocnému používání vložek, plenkových kalhotek během dne a během společenských kontaktů, v závislosti na jeho aktivitě, velikosti močových ztrát, manuální zručnosti a kognitivních schopnostech. Při zvládání inkontinence by měl být permanentní katétr až tím posledním řešením. Rozhodnutí o katetrizaci by se mělo udělat až po analýze předchozí péče a na podkladě jasného důvodu a stanoveného cíle spolu se způsobem hodnocení úspěšnosti zvoleného postupu. Pokud to mentální a zdravotní stav nemocného dovoluje, vždy by měl být do rozhodování zapojen. Hlavním důvodem pro rozhodnutí pro katetrizaci by mělo být významné vylepšení kvality života, nezávislosti, pohodlí a důstojnosti nemocného. Sestra poté ukáže nemocnému, jak zacházet s močovou cévkou, aby se maximálně omezilo riziko infekce. Seznámí ho také se subjektivními i objektivními příznaky močových komplikací a zdůrazní nutnost docházet na kontroly. Sestra musí dodržovat také prevenci močových infekcí spojených s katetrizací. Mezi ně lze zařadit: stanovení si programu kontroly infekce; katetrizovat nemocného za použití aseptické techniky a sterilních pomůcek; udržovat sterilně uzavřený drenážní systém; nerozpojovat katétr a odvodné hadice, pokud to není nezbytně nutné; vybrat katétr podle možností co nejpřesnější; dodržovat a zdokonalovat správný postup umývání rukou a vyměňovat katétr v určených intervalech. (1,13,20)



Nemocného s inkontinencí moče z přetékání (paradoxní ischurie) vede sestra ke cvičení se zavedenou cévkou. (1)

#### ***1.7.2.5 Fáze pátá - vyhodnocení***

Vyhodnocení je posouzení odpovědi nemocného na ošetřovatelské zásahy a její porovnání s výslednými kritérii. Zhodnotit v ošetřovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo cílů nemocného a do jaké míry. Hodnocení je velmi významným aspektem ošetřovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda se mají ošetřovatelské zásahy skončit, pokračovat, revidovat nebo změnit. Hodnocení tvoří integrální součást celého ošetřovatelského procesu, protože se provádí neustále až do propuštění nemocného ze zdravotnického zřízení. Při hodnocení ošetřovatelského plánu se zkoumá, jak se podařil splnit (objektivní hodnocení zdravotnickými pracovníky) a jak se nemocný cítí (subjektivní hodnocení pacienta). Hodnocení má tři stupně: cíl se splnil, cíl se splnil částečně, cíl se nesplnil. Výsledek hodnocení ošetřovatelského plánu sestra zaznamená do dokumentace spolu se svým podpisem. Splněným cílem se nemusí zabývat. Ve dvou ostatních případech musí sestra plán přehodnotit - obnovit, doplnit, případně změnit. (12)

V rozhovoru s nemocným hodnotí sestra jeho pocity, upravení či zmírnění poruch močení a zvládnání péče při inkontinenci moče ve vztahu k cílům. Výsledky zjištění sestra zaznamenává do dokumentace nemocného jako jsou denní záznam, záznam vývoje stavu nebo teplotní tabulka. Výsledky zaznamenává číselně nebo uvedením slovního hodnocení. Patologické nálezy hlásí lékaři. (18)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

- 1) Zjistit jakým způsobem zajišťují sestry ošetrovatelský proces u nemocných s inkontinencí
- 2) Zjistit, zda sestry informují nemocné o cvičení svalů pánevního dna
- 3) Zjistit, zda jsou nemocní trpící inkontinencí informováni o kompenzačních pomůckách pro inkontinentní
- 4) Zjistit, zda sestry informují inkontinentní nemocné o pitném režimu

### **2.2 Hypotézy**

- H1) Sestry se v rámci ošetrovatelského procesu nezaměřují na podporu pacientova sebehodnocení
- H2) Sestry poučují nemocné o cvičení svalů pánevního dna
- H3) Pacienti, kteří trpí inkontinencí jsou informováni o pomůckách, které kompenzují jejich inkontinenci
- H4) Sestry poučují nemocné trpící inkontinencí o pitném režimu

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

K výzkumu na téma „Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných“ byl použit kvantitativní výzkum s dotazníkovou technikou. Dotazníky byly anonymní. Dotazník pro sestry obsahoval 23 otázek a 3 podotázky (viz. Příloha 1). Dotazník pro pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí obsahoval 26 otázek a 2 podotázky ( viz. Příloha 2 ).

První cílovou skupinou byly sestry. Druhou cílovou skupinou byli pacienti, kteří trpí močovou inkontinencí.

Statistické zpracování výsledků výzkumu do grafů bylo provedeno tabulkovým procesorem Microsoft Excel, XP Professional.

#### ***3.2 Výzkumný soubor***

Dotazníky byly rozdány sestřám na gynekologickém oddělení a na urologickém oddělení ve vybraných zařízeních v průběhu měsíce března a dubna. 15 dotazníků vyplnily sestry na gynekologickém oddělení v nemocnici České Budějovice, 13 dotazníků vyplnily sestry na urologickém oddělení v nemocnici České Budějovice, 10 dotazníků vyplnily sestry na gynekologickém oddělení v nemocnici Pelhřimov a 12 dotazníků vyplnily sestry na urologickém oddělení v nemocnici Pelhřimov. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z toho jich bylo 45 správně vyplněných a 5 nevyplněných. Návratnost byla 90 %.

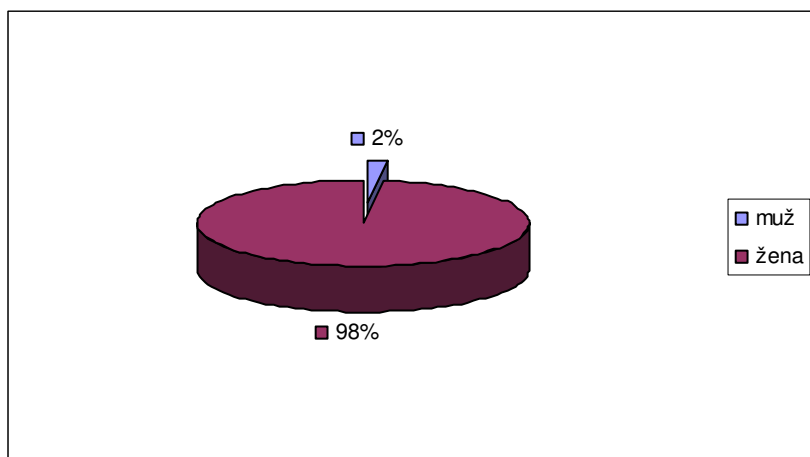
50 dotazníků vyplňovali pacienti, kteří trpí močovou inkontinencí. 15 dotazníků vyplnili pacienti hospitalizovaní na urologickém oddělení a 15 pacientek hospitalizovaných na gynekologickém oddělení v nemocnici České Budějovice, 10 dotazníků vyplnili pacienti hospitalizovaní na urologickém oddělení a 10 dotazníků pacienty hospitalizované na gynekologickém oddělení v nemocnici Pelhřimov. Z celkového počtu 50 rozdaných dotazníků jich bylo 14 správně vyplněných, 6 chybně vyplněných a 30 nevyplněných. Návratnost byla 28 %.

Celkově bylo jako výzkumný vzorek použito 45 dotazníků vyplněných sestrami a 14 dotazníků vyplněných pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí. Celkové množství dotazovaných bylo 59 respondentů, to je tedy 59 %.

## 4. Výsledky výzkumu

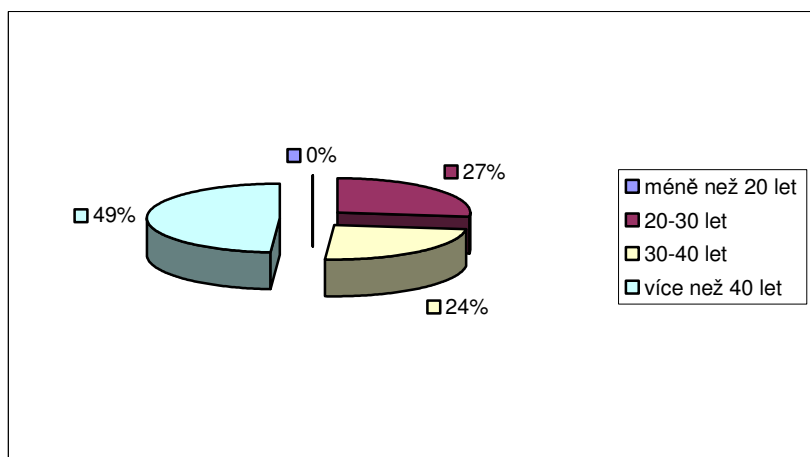
### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření u sester (soubor 45 sester)

**Graf 1 Pohlaví (k otázce 1)**



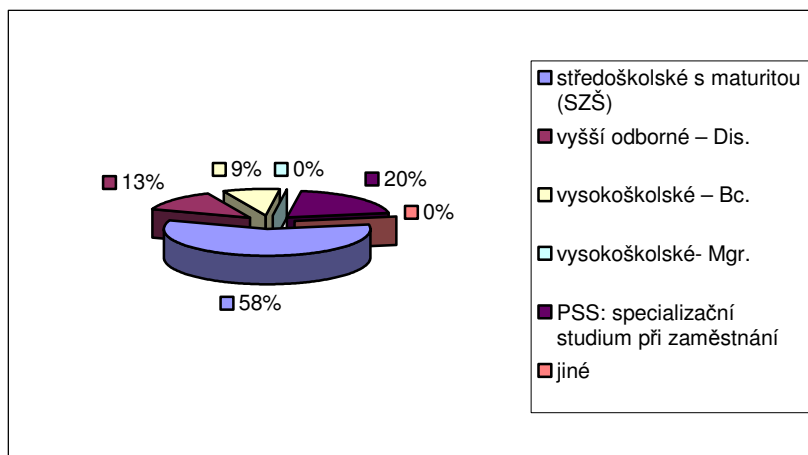
Celkem na otázku 1 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z tohoto celkového počtu respondentů byl 1 muž (2 %) a 44 žen (98 %).

**Graf 2 Věk respondentů (k otázce 2)**



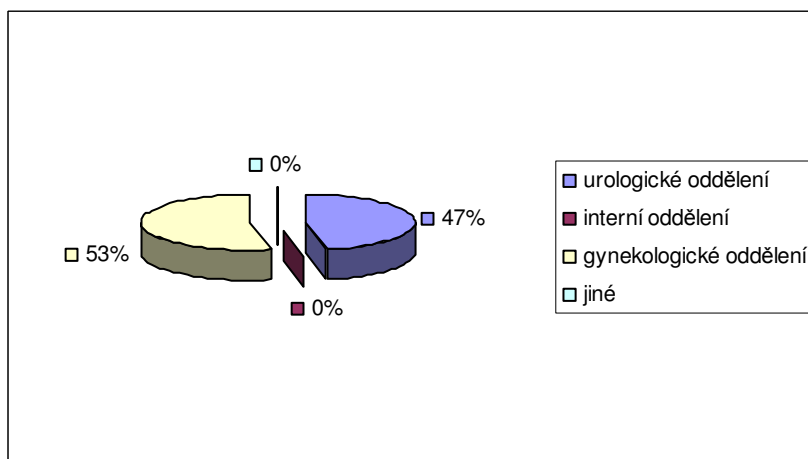
Celkem na otázku 2 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 2 vyplývá, že ve věku méně než 20 let nebyl žádný respondent (0 %), ve věku 20-30 let bylo 12 respondentů (27 %), ve věku 30-40 let bylo 11 respondentů (24 %), ve věkové kategorii více než 40 let bylo 22 respondentů (49 %).

**Graf 3 Vzdělání respondentů (k otázce 3)**



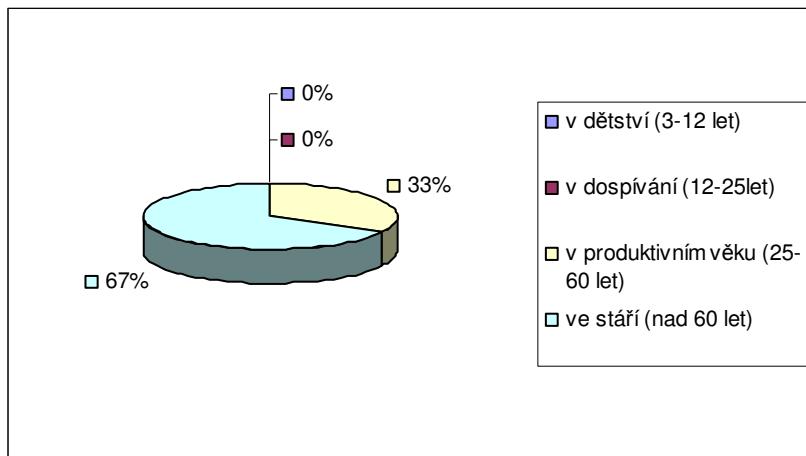
Celkem na otázku 3 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 3 vyplývá, že 26 respondentů má vzdělání středoškolské - SZŠ (58 %), 6 respondentů má vyšší odborné vzdělání – Dis. (13 %), 4 respondenti mají vysokoškolské vzdělání – Bc. (9 %), žádný respondent nemá vysokoškolské vzdělání - Mgr. (0 %) a 9 respondentů má specializační studium při zaměstnání – PSS (20 %), na možnost jiné neodpověděl žádný respondent (0 %).

**Graf 4 Oddělení (k otázce 4)**



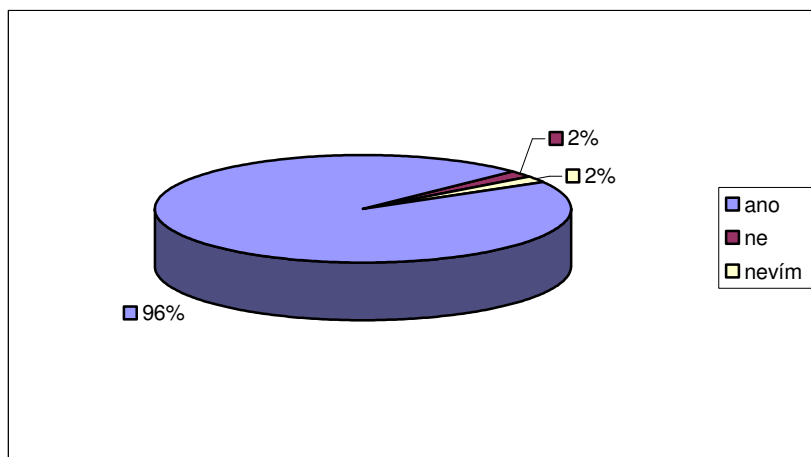
Celkem na otázku 4 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 4 vyplývá, že 21 respondentů pracuje na urologickém oddělení (47 %), žádný respondent nepracuje na interním oddělení (0 %), 24 respondentů pracuje na gynekologickém oddělení (53 %) a na možnost jiné neodpověděl žádný respondent (0 %).

**Graf 5 Věkové kategorie (k otázce 5)**



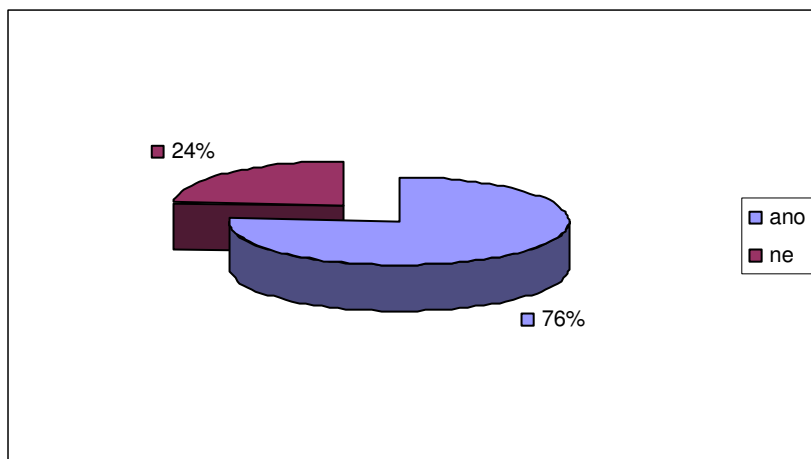
Celkem na otázku 5 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. V této otázce měli respondenti odpovídat, ve které věkové kategorii se setkáváme nejčastěji s inkontinencí moči. Žádný respondent neodpověděl v dětství (0 %), žádný respondent neodpověděl v dospívání (0 %), 15 respondentů odpovědělo v produktivním věku (33 %) a 30 respondentů odpovědělo ve stáří (67 %).

**Graf 6 Názor sester na vliv inkontinence na život člověka (k otázce 6)**



Celkem na otázku 6 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 6 vyplývá, že 43 respondentů si myslí, že inkontinence moči ovlivňuje život pacientů (96 %), 1 respondent si myslí, že inkontinence moči neovlivňuje život pacientů (2 %) a 1 respondent odpověděl nevím (2 %).

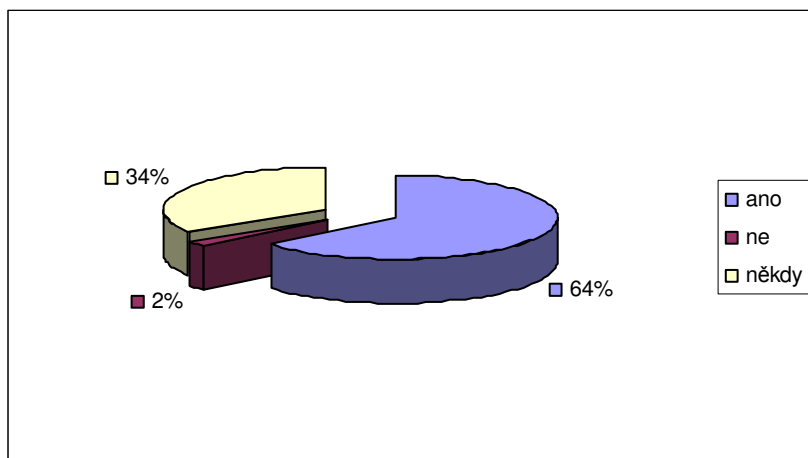
**Graf 7** Názor sester na zjištění, jak močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života člověka (k otázce 7)



Celkem na otázku 7 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 7 vyplývá, že 34 respondentů zjišťuje u pacientů, jak močová inkontinence ovlivňuje jejich život (76 %) a 11 respondentů nezjišťuje, jak močová inkontinence ovlivňuje život pacientů (24 %).

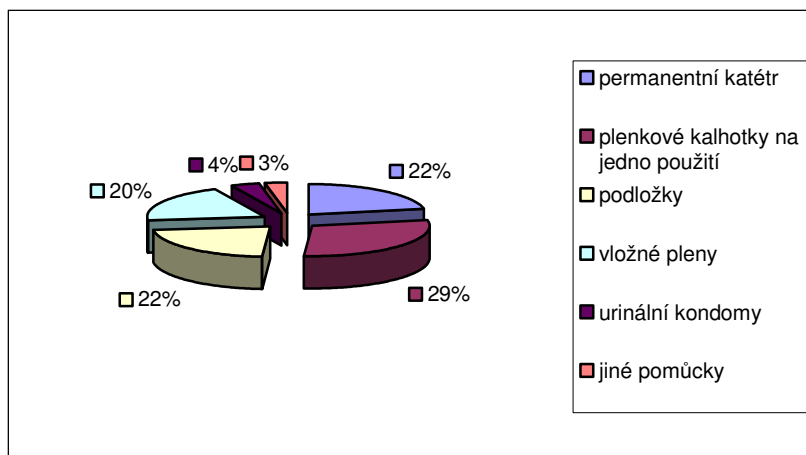


**Graf 8 Možnost komunikace sester s pacientem v soukromí (k otázce 8)**



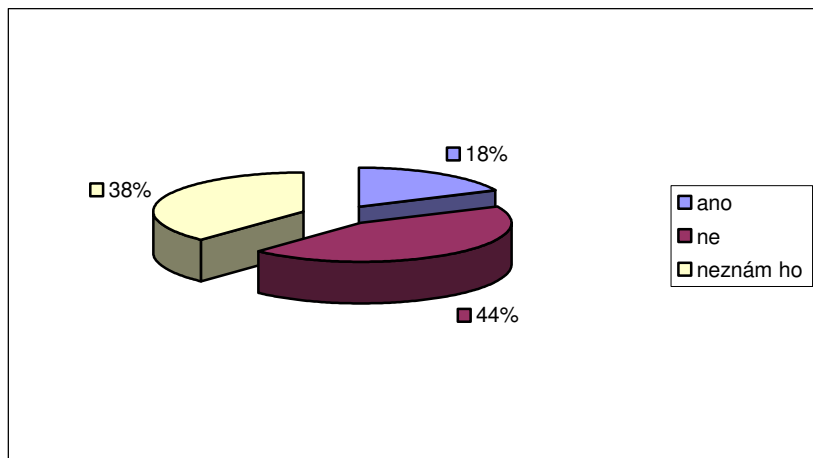
Celkem na otázku 8 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 8 vyplývá, že 29 respondentů má možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí (64 %), 1 respondent nemá možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí (2 %), 15 respondentů uvedlo, že má možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí jen někdy (34 %).

**Graf 9 Pomůcky používané pro snížení rizik komplikací (k otázce 9)**



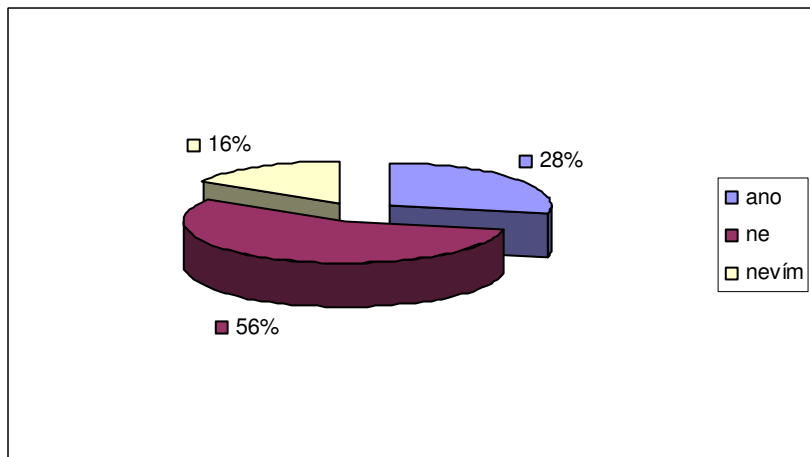
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 9 zvoleno 129 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 9 vyplývá, že 28x zvolili respondenti odpověď permanentní katétr (22 %), 38x zvolili respondenti odpověď plenkové kalhotky na jedno použití (29 %), 28x zvolili respondenti odpověď podložky (22 %), 26x zvolili respondenti odpověď vložné pleny (20 %), 5x zvolili respondenti odpověď urinální kondomy (4 %), 4x zvolili respondenti odpověď, že používají jiné pomůcky (z toho 2x inkontinenční vložky, 1x kapsičky a 1x pouze léky) (3 %).

**Graf 10 Používání Gaudenzova dotazníku sestrami v praxi (k otázce 10)**



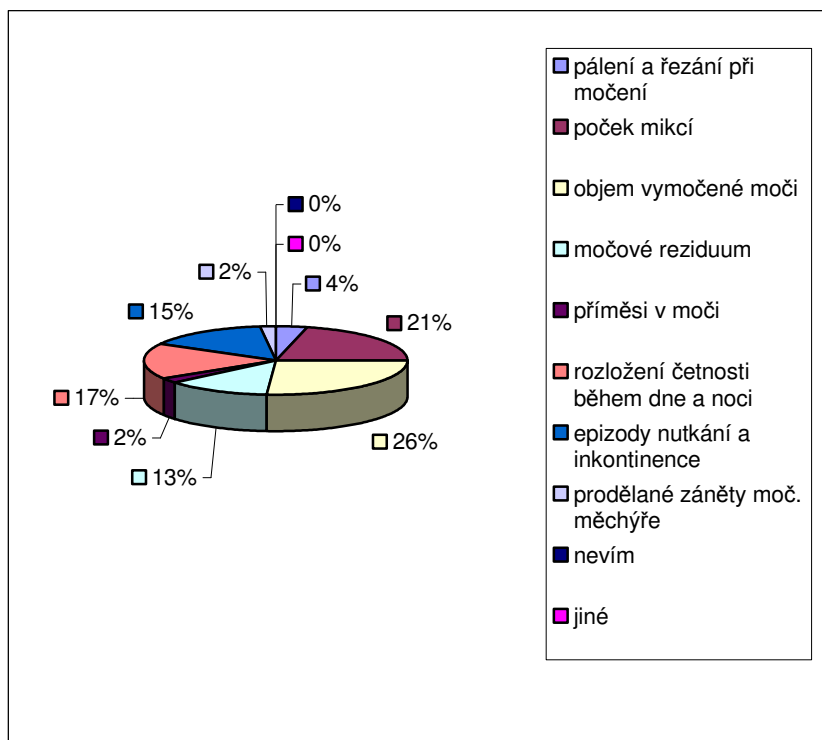
Celkem na otázku 10 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 10 vyplývá, že 8 respondentů používá v praxi Gaudenzův dotazník (18 %), 20 respondentů nepoužívá v praxi Gaudenzův dotazník (44 %) a 17 respondentů Gaudenzův dotazník nezná (38 %).

**Graf 11 Vedení mikční karty u hospitalizovaných pacientů (k otázce 11)**



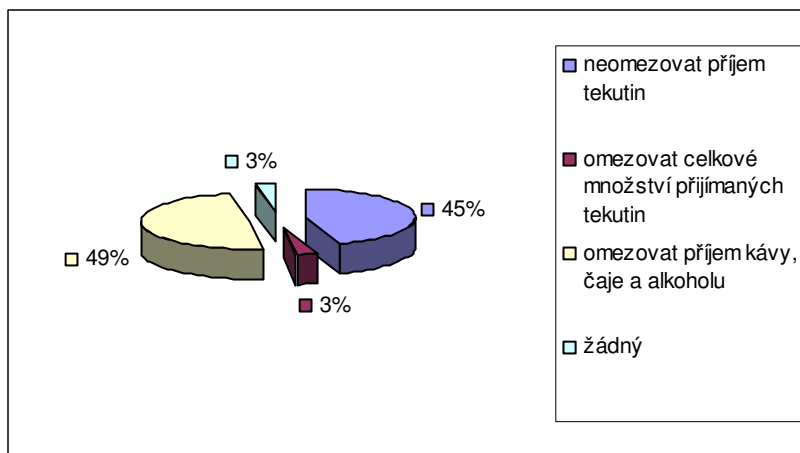
Celkem na otázku 11 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 11 vyplývá, že 13 respondentů odpovědělo, že si inkontinentní pacienti hospitalizovaní na jejich oddělení vedou mikční kartu (28 %), 25 respondentů odpovědělo, že si inkontinentní pacienti hospitalizovaní na jejich oddělení nevedou mikční kartu (56 %) a 7 respondentů odpovědělo nevím (16 %).

**Graf 12 Záznamy do mikční karty (podotázka k otázce 11)**



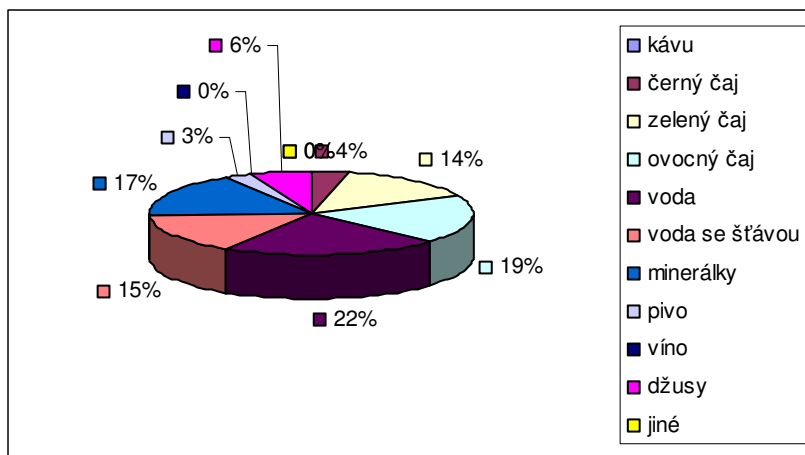
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 11 zvoleno 52 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 12 vyplývá, co všechno si pacienti do mikční karty zaznamenávají. 2x zvolili respondenti odpověď pálení a řezání při močení (4 %), 11x odpověď počet mikcí (21 %), 13x odpověď objem vymočené moči (26 %), 7x odpověď močové reziduum (13 %), 1x odpověď příměsi v moči (2 %), 9x odpověď rozložení četnosti během dne a noci (17 %), 8x odpověď epizody nutkání a inkontinence (15 %), 1x odpověď prodělané záněty močového měchýře (2 %), 0x odpověď nevím (0 %) a 0x odpověď jiné (0 %).

**Graf 13 Pitný režim (k otázce 12)**



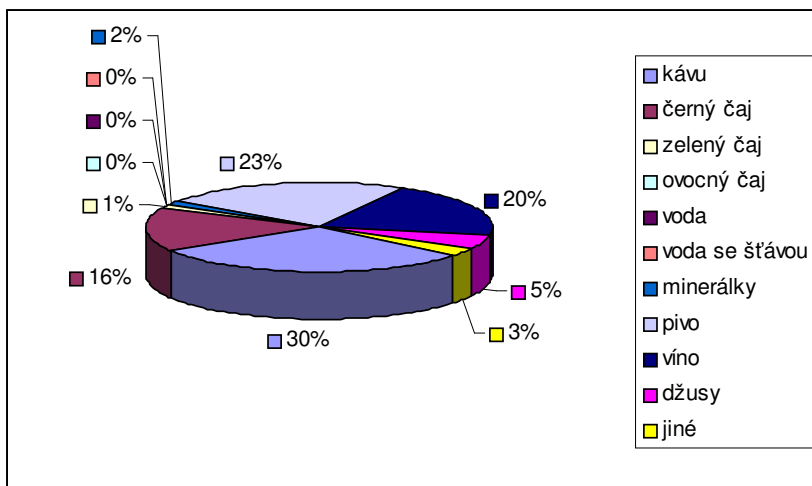
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 12 zvoleno 73 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 13 vyplývá, že 33x zvolili respondenti odpověď neomezovat příjem tekutin (45 %), 2x zvolili odpověď omezovat celkové množství přijímaných tekutin (3 %), 36x zvolili respondenti odpověď omezovat příjem kávy, čaje a alkoholu (49 %) a 2x odpověď žádný pitný režim (3 %).

**Graf 14 Doporučované tekutiny (k otázce 13)**



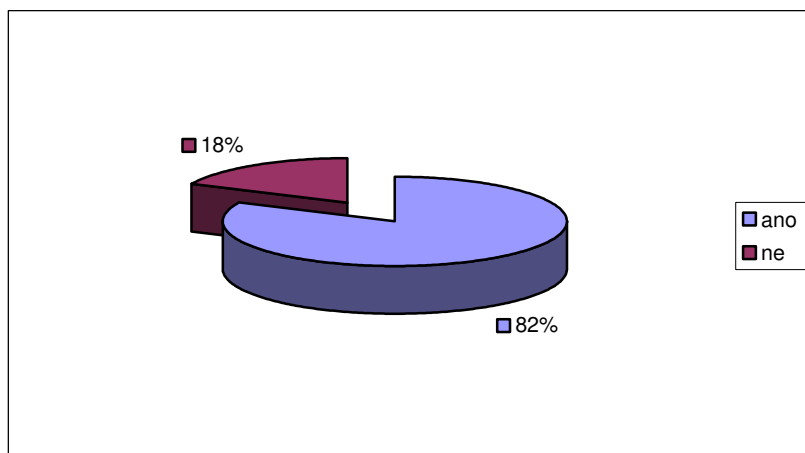
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 13 zvoleno 189 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 14 vyplývá, které tekutiny (nápoje) pacientům s inkontinencí respondenti doporučují. 0x zvolili respondenti odpověď kávu (0 %), 8x zvolili respondenti odpověď černý čaj (4 %), 27x zvolili odpověď zelený čaj (14 %), 35x zvolili odpověď ovocný čaj (19 %), 41x zvolili odpověď vodu (22 %), 29x odpověď vodu se šťávou (15 %), 33x odpověď minerálky (17 %), 5x odpověď pivo (3 %), 0x zvolili respondenti odpověď víno (0 %), 11x odpověď džusy (6 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné tekutiny (0 %).

**Graf 15 Nedoporučované tekutiny (k otázce 14)**



U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 14 zvoleno 140 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 15 vyplývá, které tekutiny (nápoje) pacientům s inkontinencí respondenti nedoporučují. 42x zvolili respondenti odpověď kávu (30 %), 22x odpověď černý čaj (16 %), 2x odpověď zelený čaj (1 %), 0x odpověď ovocný čaj (0 %), 0x odpověď vodu (0 %), 0x odpověď vodu se šťávou (0 %), 3x zvolili odpověď minerálky (2 %), 32x odpověď pivo (23 %), 28x odpověď víno (20 %), 7x odpověď džusy (5 %) a 4x zvolili respondenti odpověď jiné tekutiny (z toho 3x odpověď tvrdý alkohol a 1x odpověď jakékoliv močopudné nápoje) (3 %).

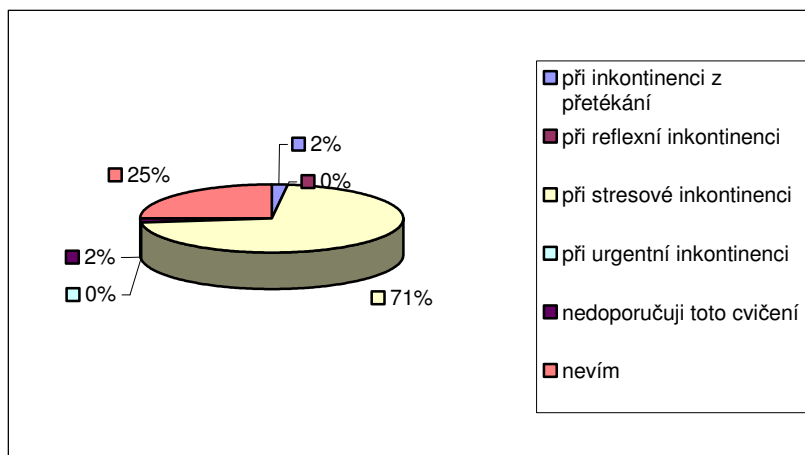
**Graf 16 Posilování svalů pánevního dna (k otázce 15)**



Celkem na otázku 15 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 16 vyplývá, že 37 respondentů učí pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna (82 %) a 8 respondentů neučí pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna (18 %).

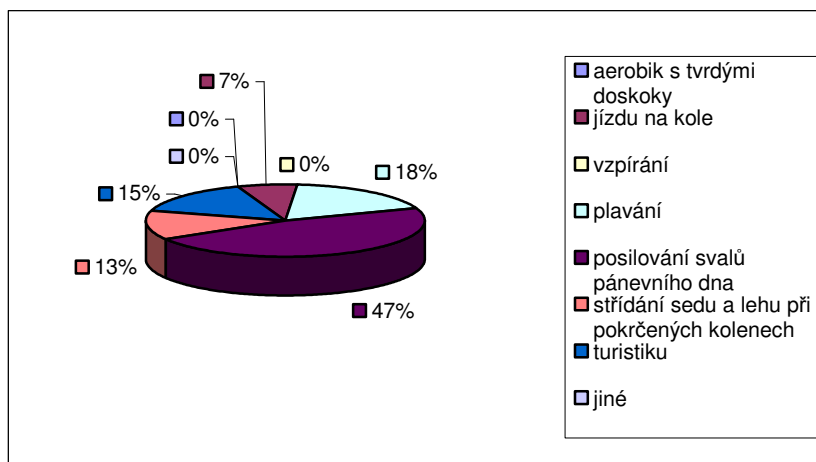


**Graf 17 Doporučení Kegelova cvičení (k otázce 16)**



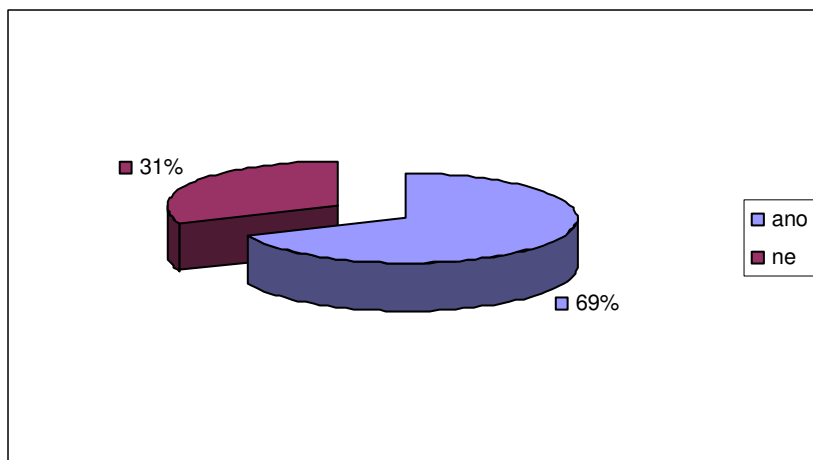
Celkem na otázku 16 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 17 vyplývá, při jakém typu močové inkontinence doporučují respondenti pacientům Kegelovo cvičení. 1 respondent odpověděl při inkontinenci z přetékání (2 %), žádný respondent neodpověděl při reflexní inkontinenci (0 %), 32 respondentů odpovědělo při stresové inkontinenci (71 %), žádný respondent neodpověděl při urgentní inkontinenci (0 %), 1 respondent nedoporučuje toto cvičení (2 %) a 11 respondentů odpovědělo nevím (25 %).

**Graf 18 Doporučené sporty pacientům s inkontinencí moči (k otázce 17)**



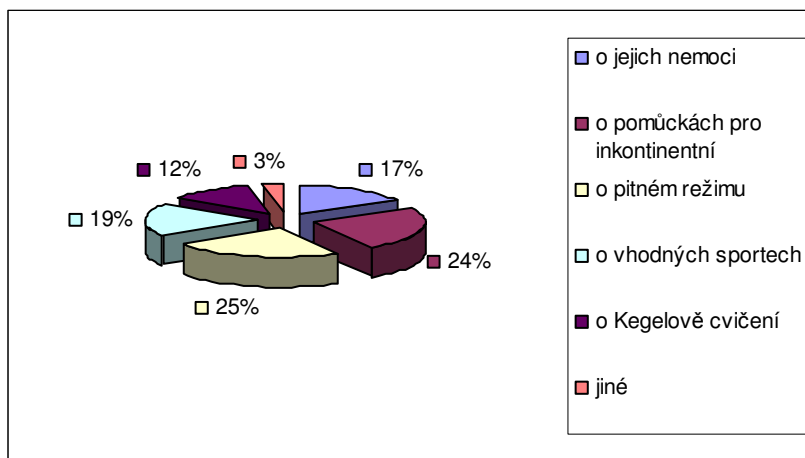
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 17 zvoleno 92 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 18 vyplývá, jaké sporty doporučují respondenti pacientům s inkontinencí. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 6x zvolili odpověď jízdu na kole (7 %), 0x odpověď vzpírání (0 %), 17x zvolili odpověď plavání (18 %), 43x odpověď posilování svalů pánevního dna (47 %), 12x odpověď střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech (13 %), 14x odpověď turistiku (15 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

**Graf 19 Edukace inkontinentních pacientů (k otázce 18)**



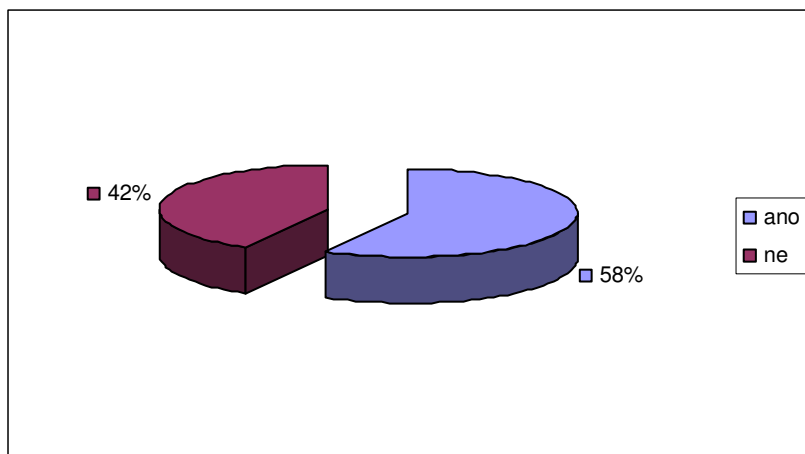
Celkem na otázku 18 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 19 vyplývá, že 31 respondentů provádí edukaci inkontinentních pacientů (69 %) a 14 respondentů neprovádí edukaci inkontinentních pacientů (31 %).

**Graf 20 Oblasti edukace (podotázka k otázce 18)**



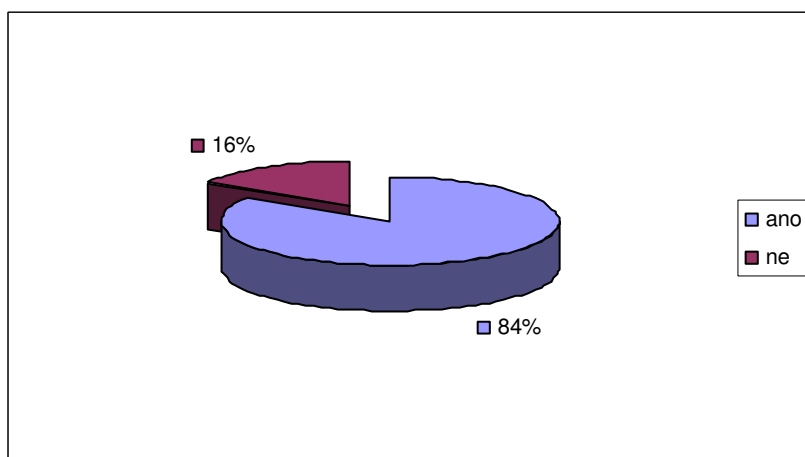
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 18 zvoleno 115 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 20 vyplývá, o čem respondenti pacienty edukují. 19x zvolili respondenti odpověď o jejich onemocnění (17 %), 28x odpověď o pomůckách pro inkontinentní (24 %), 29x odpověď o pitném režimu (25 %), 22x odpověď o vhodných sportech (19 %), 14x odpověď o Kegelově cvičení (12 %) a 3x zvolili respondenti odpověď jiné ( z toho 1x odpověď o hygieně, 1x odpověď o možnostech řešení onemocnění a 1x odpověď o poradnách a centrech) (3 %).

**Graf 21** Hodnocení subjektivního pocitu životní spokojenosti u inkontinentních pacientů (k otázce 19)



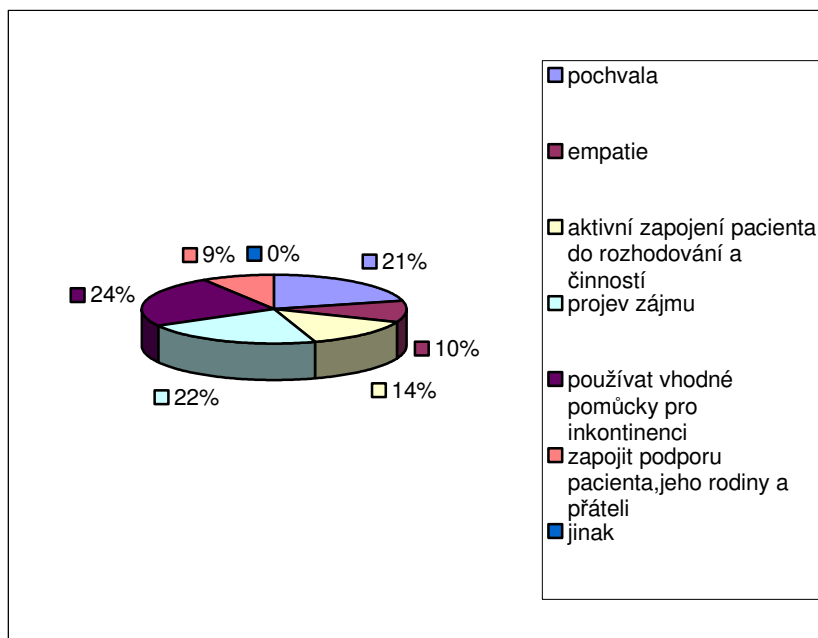
Celkem na otázku 19 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 21 vyplývá, že 26 respondentů hodnotí u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti (58 %) a 19 respondentů nehodnotí u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti (42 %).

**Graf 22** Posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (k otázce 20)



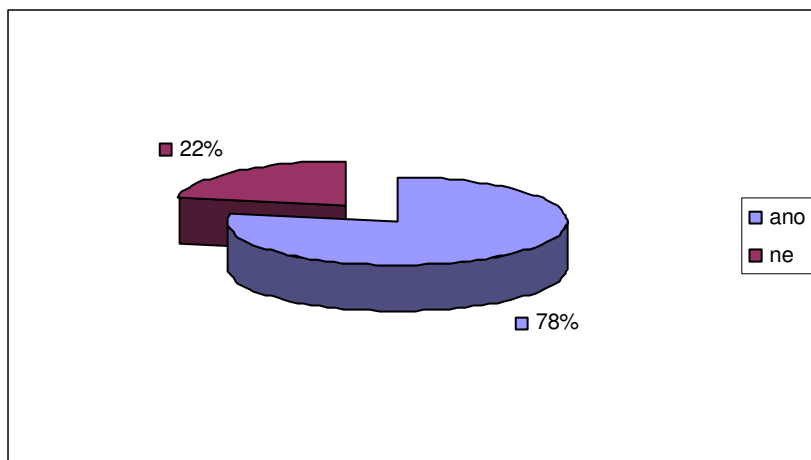
Celkem na otázku 20 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 22 vyplývá, že 38 respondentů se zaměřuje na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (84 %) a 7 respondentů se nezaměřuje na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (16 %).

**Graf 23 Techniky, jakými se sestry zaměřují na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (podotázka k otázce 20)**



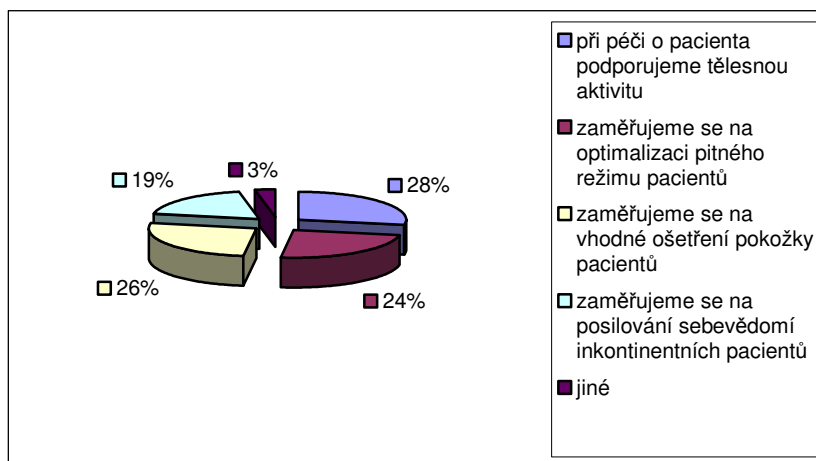
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 20 zvoleno 117 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 23 vyplývá, jak se respondenti zaměřují na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů. 24x zvolili respondenti odpověď pochvala (21 %), 12x zvolili odpověď empatie (10 %), 17x odpověď aktivní zapojení pacienta do rozhodování a činností (14 %), 26x odpověď projev zájmu (22 %), 28x odpověď používat vhodné pomůcky pro inkontinenci (24 %), 10x odpověď zajistit podporu pacienta jeho rodinou a přáteli (9 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jinak (0 %).

**Graf 24 Sledování, jak inkontinentní pacienti hodnotí sami sebe (k otázce 21)**



Celkem na otázku 21 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 24 vyplývá, že 35 respondentů sleduje u inkontinentních pacientů jak hodnotí sami sebe (78 %) a 10 respondentů nesleduje u inkontinentních pacientů jak hodnotí sami sebe (22 %).

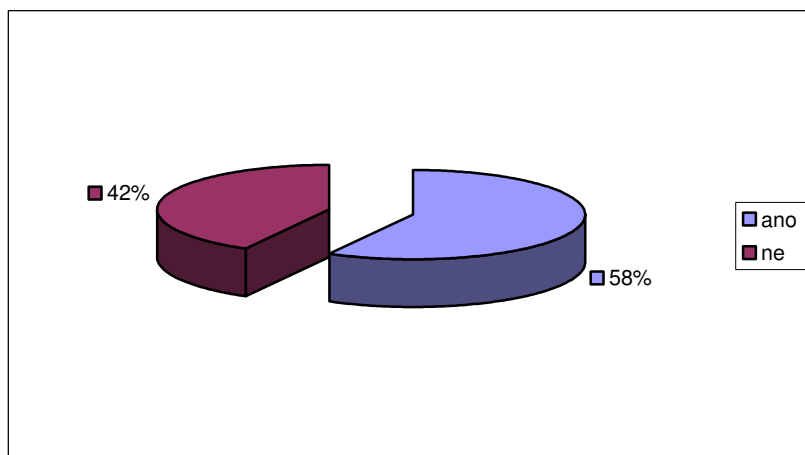
**Graf 25 Způsoby zajišťování ošetrovatelského procesu u pacientů s močovou inkontinencí (k otázce 22)**



U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 22 zvoleno 116 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 25 vyplývá, jakým způsobem zajišťují respondenti ošetrovatelský proces u pacientů s močovou inkontinencí. 33x zvolili respondenti odpověď, že při péči o pacienta podporují tělesnou aktivitu, která má pozitivní tonizující vliv na CNS a na uretrální svěrače (28 %), 28x zvolili odpověď, že se zaměřují na optimalizaci pitného režimu pacientů (24 %), 30x odpověď, že se zaměřují na vhodné ošetření pokožky pacientů (26 %), 22x odpověď, že se zaměřují na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (19 %) a 3x zvolili respondenti odpověď jiné (z toho 2x zvolili respondenti odpověď posilovat pacienta i po psychické stránce a 1x zvolili odpověď volit vhodně pomůcky) (3 %).



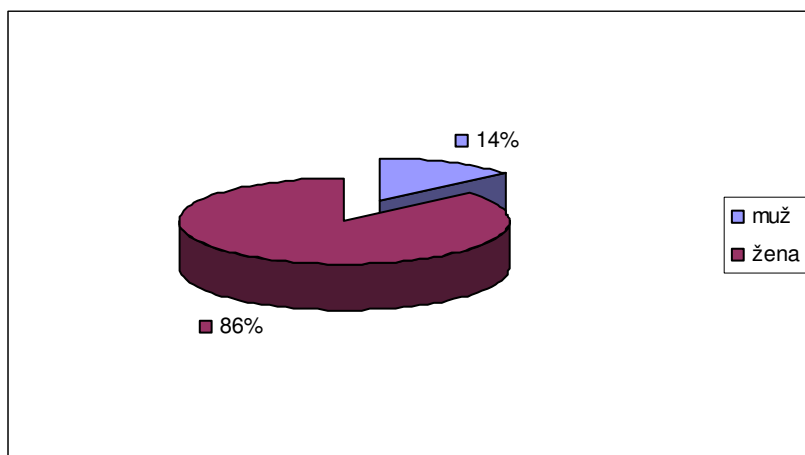
**Graf 26 Účast sester na vzdělávacím semináři (k otázce 23)**



Celkem na otázku 23 odpovědělo 45 respondentů, což je 100 %. Z grafu 26 vyplývá, že 26 respondentů se někdy účastnilo vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči (58 %) a 19 respondentů se nikdy neúčastnilo vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči (42 %).

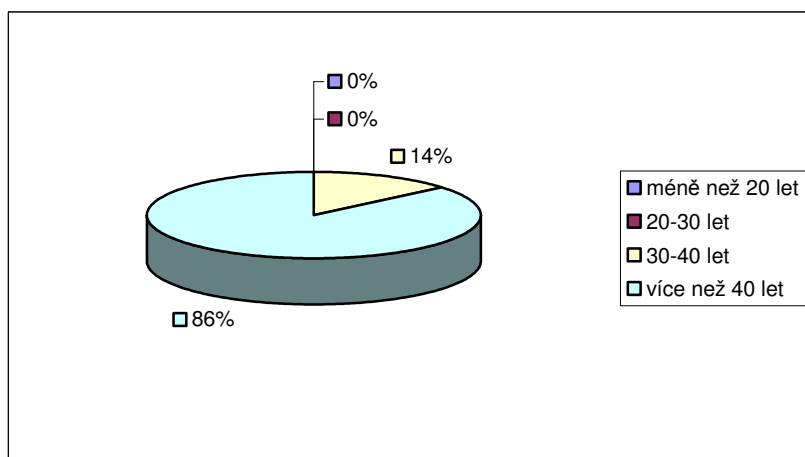
#### 4.2 Výsledky dotazníkového šetření u respondentů, kteří trpí močovou inkontinencí (soubor 14 respondentů)

**Graf 1 Pohlaví (k otázce 1)**



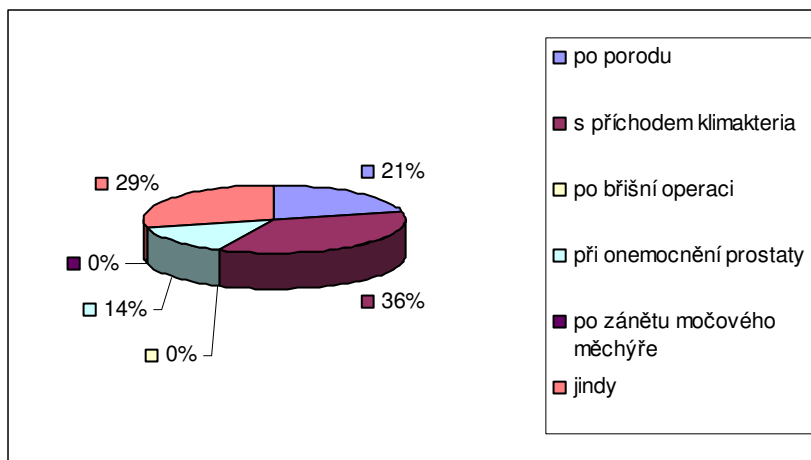
Celkem na otázku 1 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z tohoto celkového počtu respondentů byli 2 muži (14 %) a 12 žen (86 %).

**Graf 2 Věk respondentů (k otázce 2)**



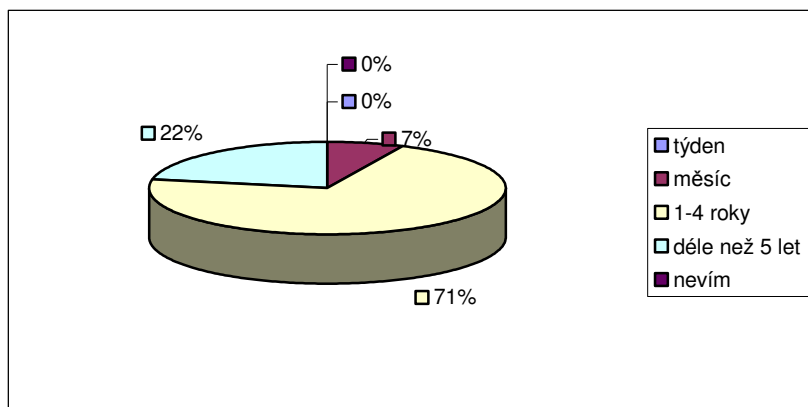
Celkem na otázku 2 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 2 vyplývá, že ve věku méně než 20 let nebyl žádný respondent (0 %), ve věku 20-30 let nebyl žádný respondent (0 %), ve věku 30-40 let byli 2 respondenti (14 %) a ve věkové kategorii více než 40 let bylo 12 respondentů (86 %).

**Graf 3 Nechtěný odtok moči (k otázce 3)**



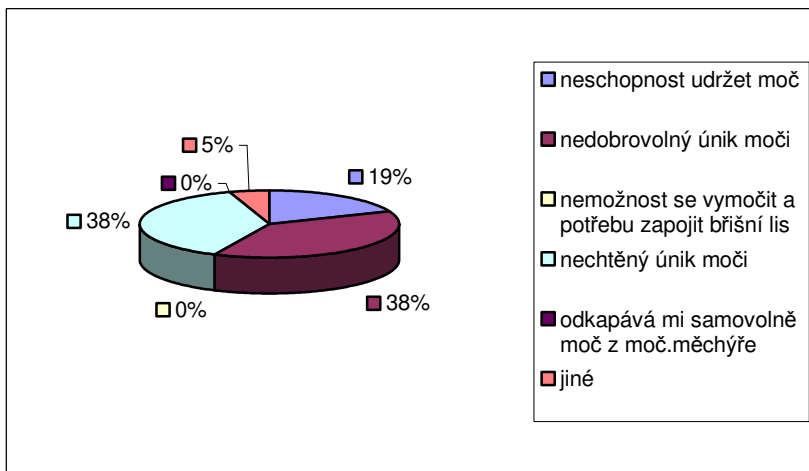
Celkem na otázku 3 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 3 vyplývá, že 3 respondentům začala moč nechtěně odtékat po porodu (21 %), 5 respondentům začala moč nechtěně odtékat s příchodem klimakteria (36 %), žádnému respondentovi nezačala moč nechtěně odtékat po břišní operaci (0 %), 2 respondentům začala moč nechtěně odtékat při onemocnění prostaty (14 %), žádnému respondentovi nezačala moč nechtěně odtékat po zánětu močového měchýře (0 %) a 4 respondenti odpověděli jindy (1 respondent odpověděl při zhoršení zdravotního stavu, 2 respondenti odpověděli při kašli a smíchu, 1 respondent odpověděl při rychlé chůzi, skákání a ohýbání) (29 %).

**Graf 4 Délka trvání močové inkontinence (k otázce 4)**



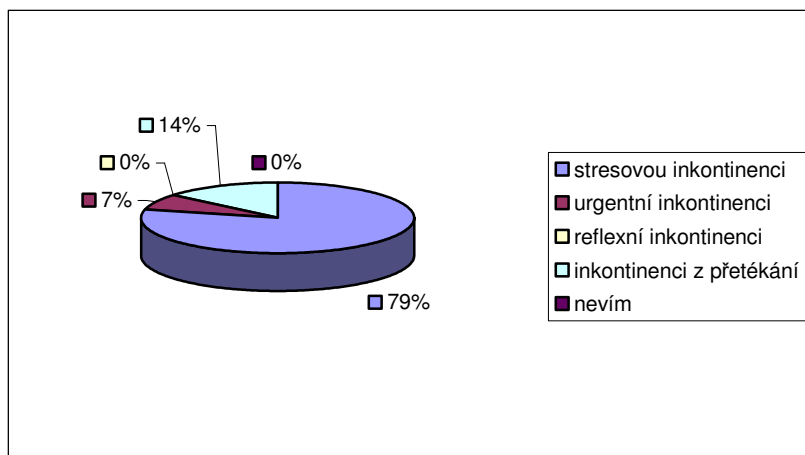
Celkem na otázku 4 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 4 vyplývá, že žádný respondent netrpí močovou inkontinencí týden (0 %), 1 respondent trpí močovou inkontinencí měsíc (7 %), 10 respondentů trpí močovou inkontinencí 1-4 roky (71 %), 3 respondenti trpí močovou inkontinencí déle než 5 let (22 %) a žádný respondent neodpověděl nevím (0 %).

**Graf 5 Močová inkontinence slovy respondentů (k otázce 5)**



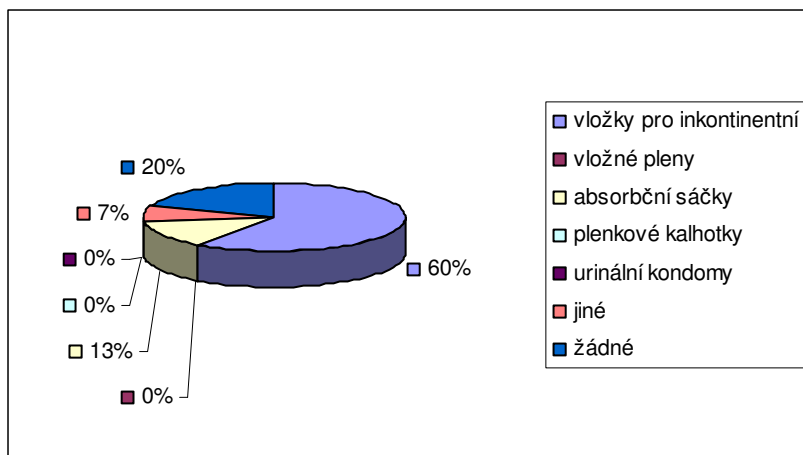
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 5 zvoleno 21 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 5 vyplývá, co pro respondenty znamená močová inkontinence. 4x zvolili respondenti odpověď neschopnost udržet moč (19 %), 8x odpověď nedobrovolný únik moči (38 %), 0x zvolili respondenti odpověď nemožnost vymočit se a potřebu zapojit břišní lis (0 %), 8x odpověď nechtěný únik moči (38 %), 0x odpověď odkapává mi samovolně moč z močového měchýře (0 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (nemožnost zcela se vymočit) (5 %).

**Graf 6 Typy močové inkontinence (k otázce 6)**



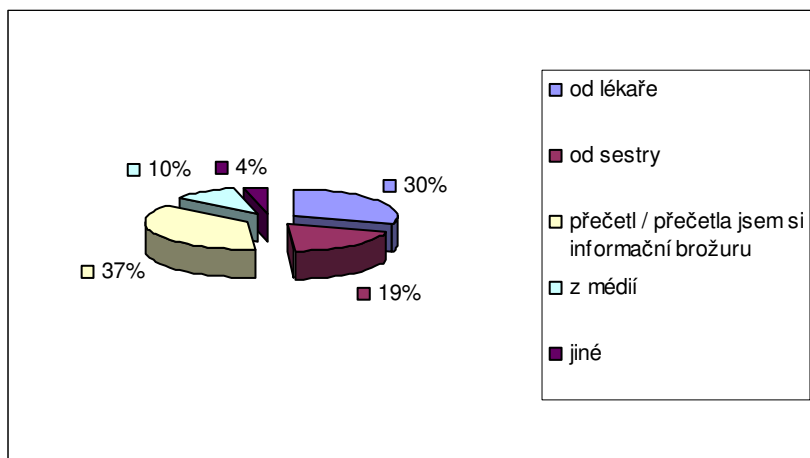
Celkem na otázku 6 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 6 vyplývá, jaký typ močové inkontinence respondenti mají. 11 respondentů odpovědělo stresovou inkontinenci (79 %), 1 respondent odpověděl urgentní inkontinenci (7 %), žádný respondent neodpověděl reflexní inkontinenci (0 %), 2 respondenti odpověděli inkontinenci z přetékání (14 %) a žádný respondent neodpověděl nevím (0 %).

**Graf 7 Pomůcky pro inkontinenci (k otázce 7)**



U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 7 zvoleno 15 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 7 vyplývá, jaké pomůcky pro inkontinenci respondenti používají. 9x zvolili respondenti odpověď vložky pro inkontinentní (60 %), 0x zvolili odpověď vložné pleny (0 %), 2x odpověď absorbční sáčky (13 %), 0x zvolili odpověď plenkové kalhotky (0 %), 0x odpověď urinální kondomy (0 %), 1x odpověď jiné (vložky pro muže) (7 %) a 3x zvolili respondenti odpověď žádné (20 %).

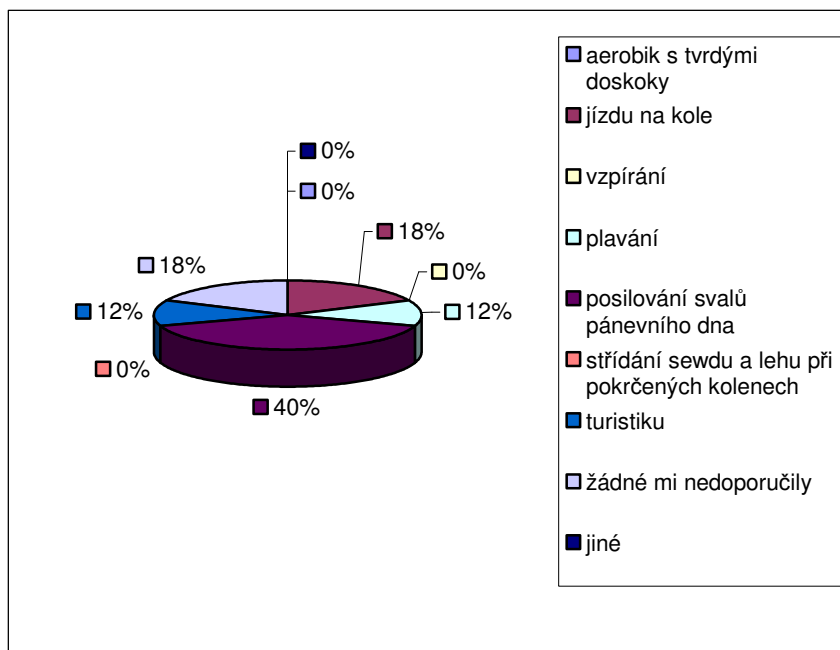
**Graf 8 Způsob získání informací o pomůckách (k otázce 8)**



U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 8 zvoleno 27 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 8 vyplývá, že 8x zvolili respondenti odpověď informován od lékaře (30 %), 5x zvolili odpověď informován od sestry (19 %), 10x odpověď přečetl / přečetla jsem si informační brožuru (37 %), 3x zvolili odpověď informován z médií (10 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (informován od bratra) (4 %).

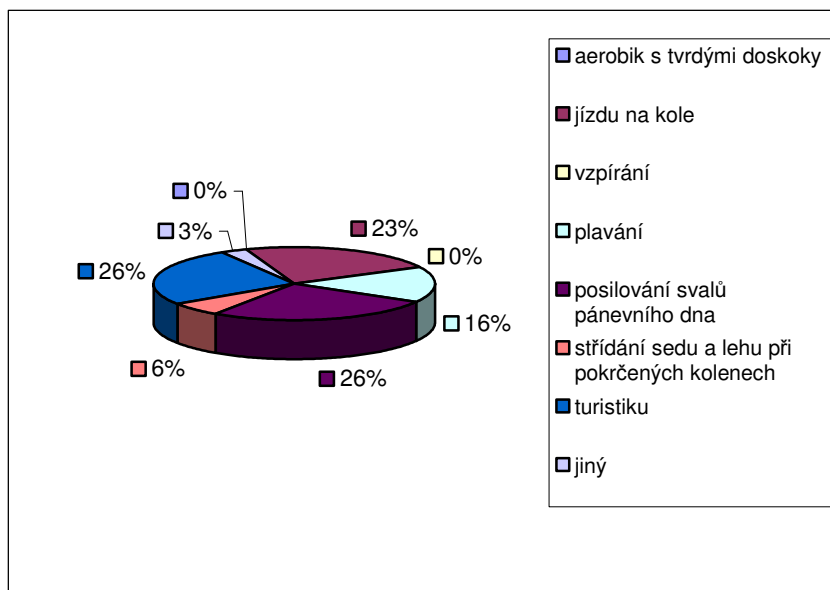


**Graf 9 Doporučované sporty (k otázce 9)**



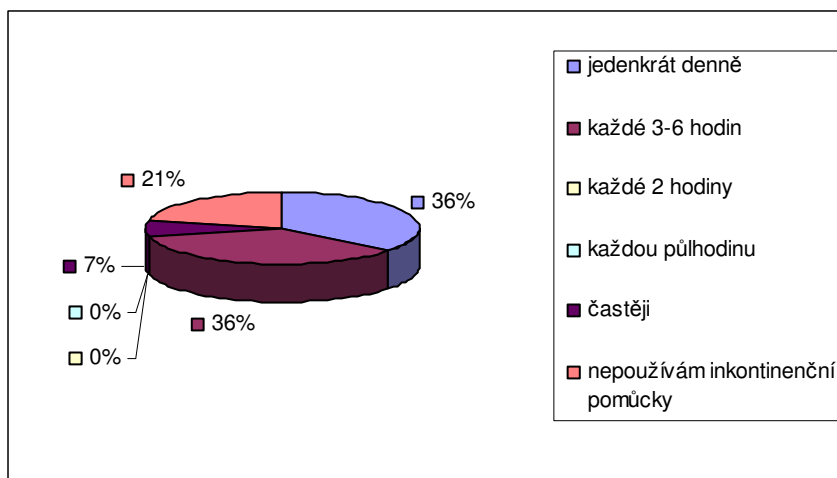
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 9 zvoleno 17 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 9 vyplývá, jaké sporty sestry respondentům doporučily. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 3x zvolili respondenti odpověď jízdu na kole (18 %), 0x zvolili odpověď vzpírání (0 %), 2x zvolili odpověď plavání (12 %), 7x odpověď posilování svalů pánevního dna (40 %), 0x odpověď střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech (0 %), 2x odpověď turistiku (12 %), 3x zvolili respondenti odpověď žádné sporty mi nedoporučily (18 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

**Graf 10 Provozované sporty (k otázce 10)**



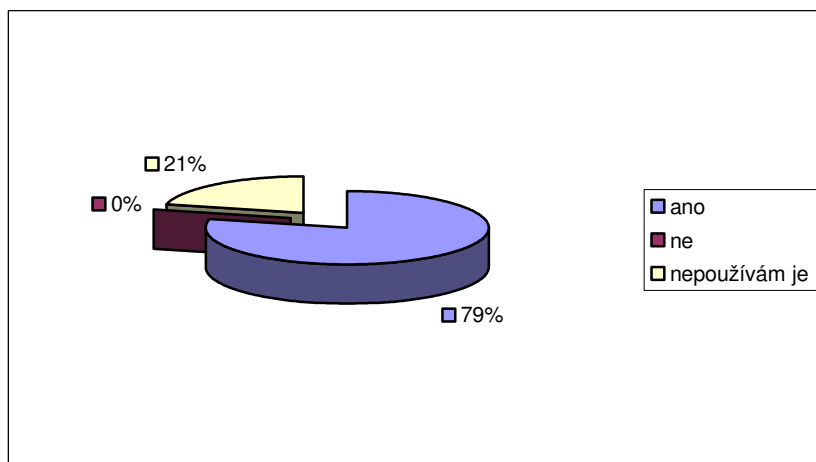
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 10 zvoleno 31 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 10 vyplývá, jaké sporty provozují respondenti. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 7x zvolili odpověď jízdu na kole (23 %), 0x zvolili respondenti odpověď vzpírání (0 %), 5x zvolili odpověď plavání (16 %), 8x odpověď posilování svalů pánevního dna (26 %), 2x odpověď střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech (6 %), 8x odpověď turistiku (26 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiný (žádné sporty neprovozují) (3 %).

**Graf 11 Výměna inkontinenční pomůcky (k otázce 11)**



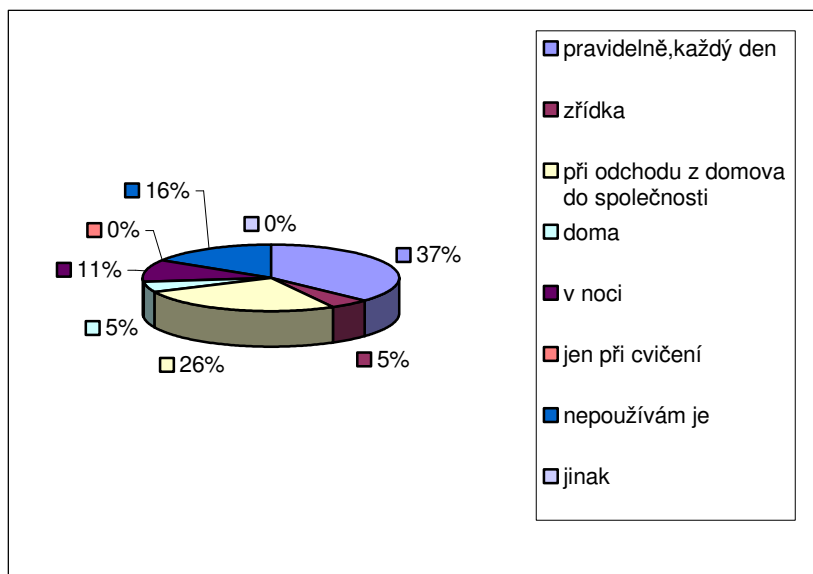
Celkem na otázku 11 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 11 vyplývá, jak často si vyměňují respondenti inkontinenční pomůcky. 5 respondentů odpovědělo jedenkrát denně (36 %), 5 respondentů odpovědělo každé 3-6 hodin (36 %), žádný respondent neodpověděl každé 2 hodiny (0 %), žádný respondent neodpověděl každou půlhodinu (0 %), 1 respondent (7 %) odpověděl častěji, dle potřeby a 3 respondenti odpověděli, že nepoužívají inkontinenční pomůcky (21 %).

**Graf 12 Obavy ze zápachu (k otázce 12)**



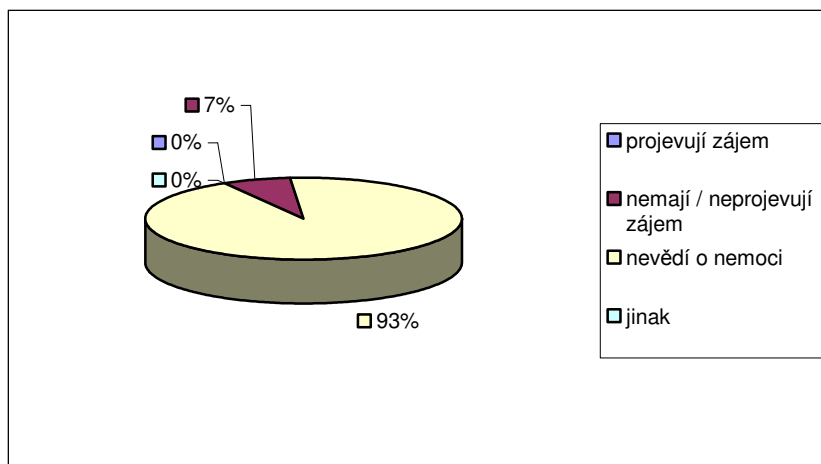
Celkem na otázku 12 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 12 vyplývá, zda se respondenti obávají při používání pomůcek pro inkontinenci zápachu. 11 respondentů odpovědělo ano (79 %), žádný respondent odpověděl ne (0 %) a 3 respondenti odpověděli nepoužívám je (21 %).

**Graf 13 Používání pomůcek pro inkontinenci (k otázce 13)**



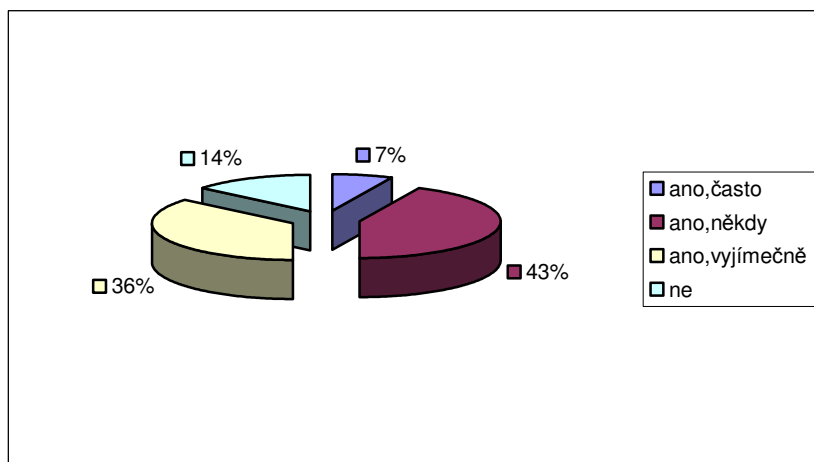
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 13 zvoleno 19 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 13 vyplývá, že 7x zvolili respondenti odpověď pravidelně, každý den (37 %), 1x odpověď zřídka (5 %), 5x odpověď při odchodu z domova do společnosti (26 %), 1x odpověď doma (5 %), 2x odpověď v noci (11 %), 0x zvolili odpověď jen při cvičení (0 %), 3x zvolili odpověď nepoužívám je (16 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jinak (0 %).

**Graf 14 Reakce přátel na nemoc respondentů (k otázce 14)**



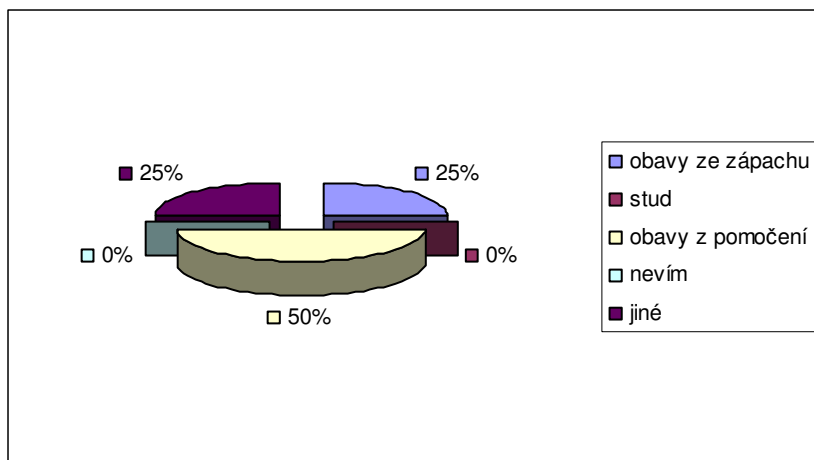
Celkem na otázku 14 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 14 vyplývá, jak na nemoc respondentů reagují jejich přátelé. Žádný respondent neuvedl projevují zájem (0 %), 1 respondent uvedl nemají / neprojevují zájem (7 %), 13 respondentů uvedlo nevědí o nemoci (93 %) a žádný respondent neuvedl jinak (0 %).

**Graf 15 Navštěvování společenských akcí (k otázce 15)**



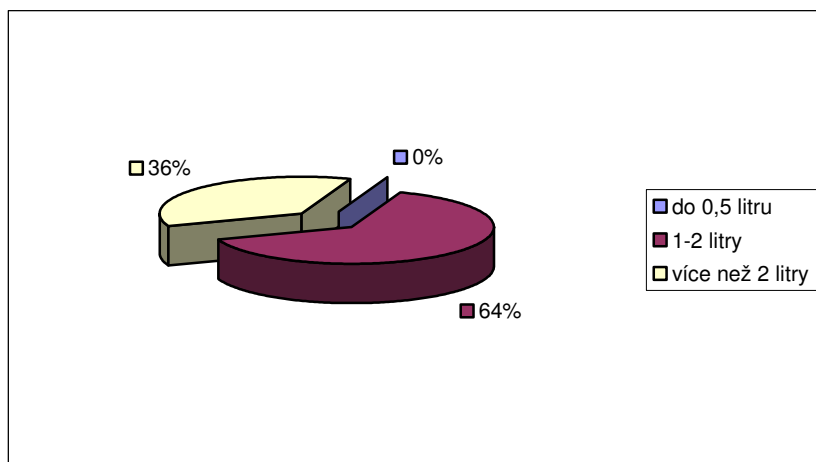
Celkem na otázku 15 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 15 vyplývá, zda respondenti navštěvují společenské akce. 1 respondent uvedl ano, často (7 %), 6 respondentů uvedlo ano, někdy (43 %), 5 respondentů uvedlo ano, výjimečně (36 %) a 2 respondenti odpověděli ne (14 %).

**Graf 16 Důvody stranění se společností (podotázka k otázce 15)**



U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem byly u podotázky k otázce 15 zvoleny 4 odpovědi, což je 100 %. Z grafu 16 vyplývá, z jakého důvodu se straní respondenti společnosti. 1x zvolili respondenti odpověď obavy ze zápachu (25 %), 0x zvolili odpověď stud (0 %), 2x zvolili odpověď obavy z pomočení (50 %), 0x zvolili odpověď nevím (0 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (nestráním se, ale v mém věku nikam nechodím) (25 %).

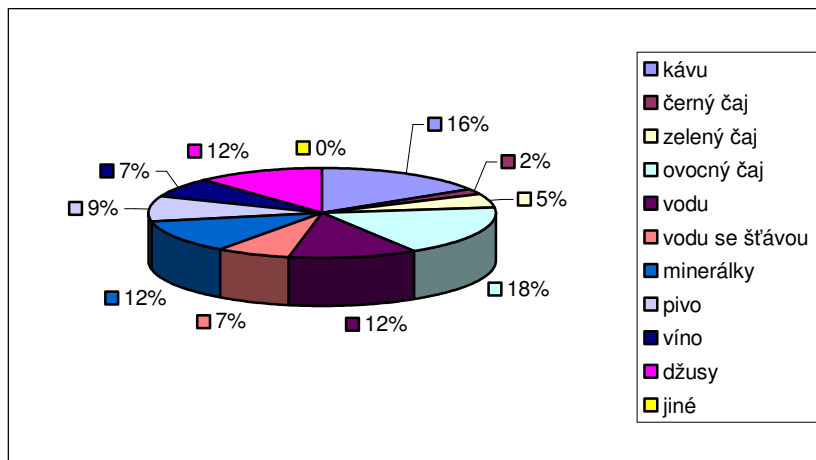
**Graf 17 Pitný režim respondentů (k otázce 16)**



Celkem na otázku 16 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 17 vyplývá, že žádný respondent nevypije denně do 0,5 litru tekutin (0 %), 9 respondentů vypije denně 1-2 litry tekutin (64 %) a 5 respondentů vypije denně více než 2 litry tekutin (36 %).

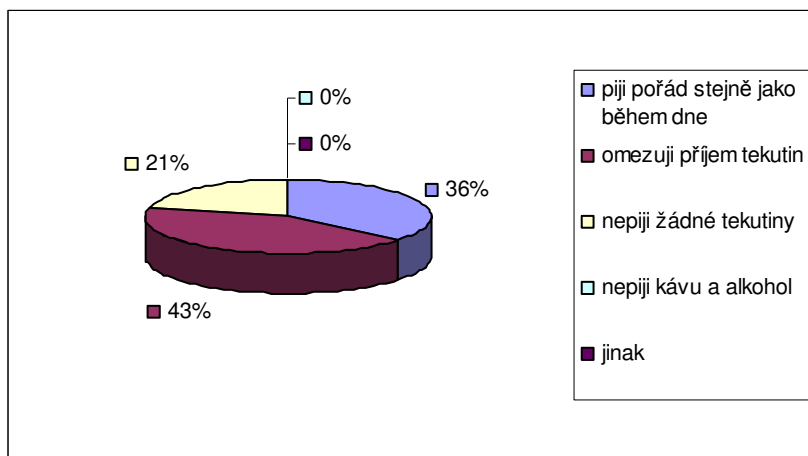


**Graf 18 Tekutiny, které respondenti nejčastěji pijí (k otázce 17)**



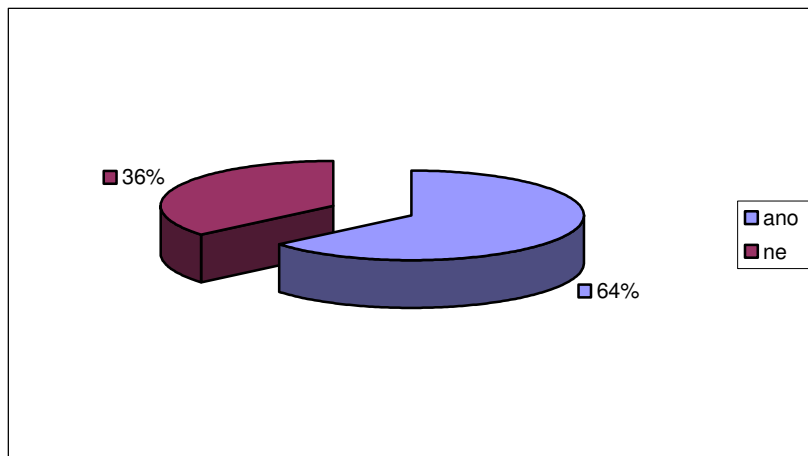
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 17 zvoleno 57 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 18 vyplývá, jaké tekutiny respondenti nejčastěji pijí. 9x zvolili respondenti odpověď kávu (16 %), 1x odpověď černý čaj (2 %), 3x odpověď zelený čaj (5 %), 10x odpověď ovocný čaj (18 %), 7x odpověď vodu (12 %), 4x odpověď vodu se šťávou (7 %), 7x odpověď minerálky (12 %), 5x odpověď pivo (9 %), 4x odpověď víno (7 %), 7x odpověď džusy (12 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

**Graf 19 Pitný režim respondentů 2-3 hodiny před ulehnutím ke spaní  
(k otázce 18)**



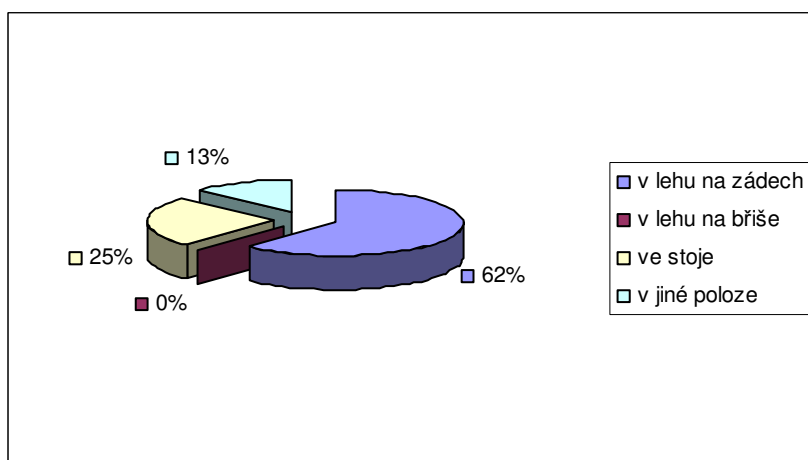
Celkem na otázku 18 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 19 vyplývá, že 5 respondentů dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní pijí pořád stejně jako během dne (26 %), 6 respondentů dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní omezuje příjem tekutin (43 %), 3 respondenti dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní nepijí žádné tekutiny (21 %), žádný respondent neodpověděl nepijí kávu a alkohol (0 %), žádný respondent neodpověděl jinak (0 %).

**Graf 20 Kegellovo cvičení (k otázce 19)**



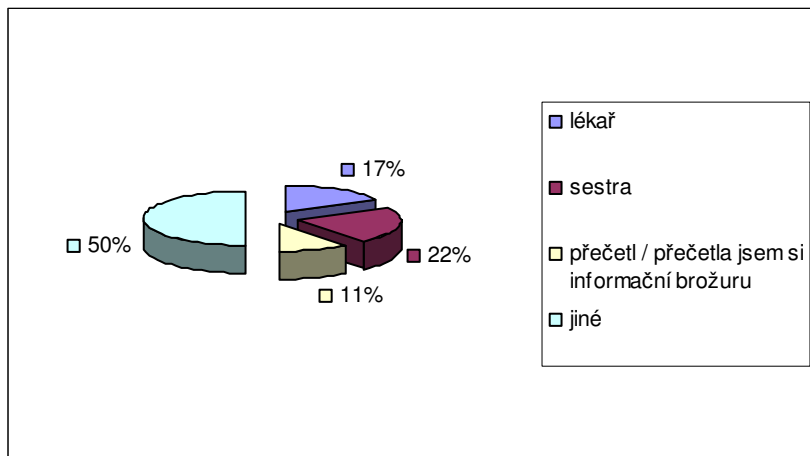
Celkem na otázku 19 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 20 vyplývá, že 9 respondentů provádí Kegellovo cvičení (64 %) a 5 respondentů neprovádí Kegellovo cvičení (36 %).

**Graf 21 Poloha pro cvičení Kegellova cvičení (podotázka k otázce 19)**



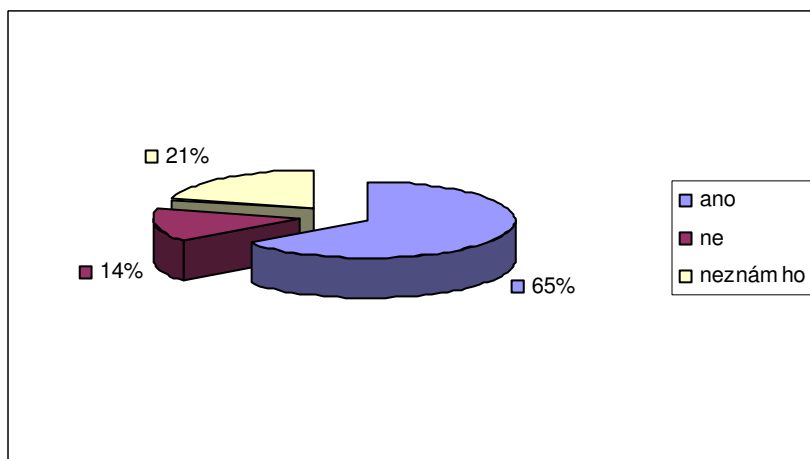
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 19 zvoleno 8 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 21 vyplývá, že 5x uvedli respondenti odpověď v lehu na zádech (62 %), 0x uvedli odpověď v poloze v lehu na břiše (0 %), 2x uvedli odpověď ve stoje (25 %) a 1x uvedli respondenti odpověď v jiné poloze (vsedě) (13 %).

**Graf 22 Informovanost respondentů o Kegellově cvičení (k otázce 20)**



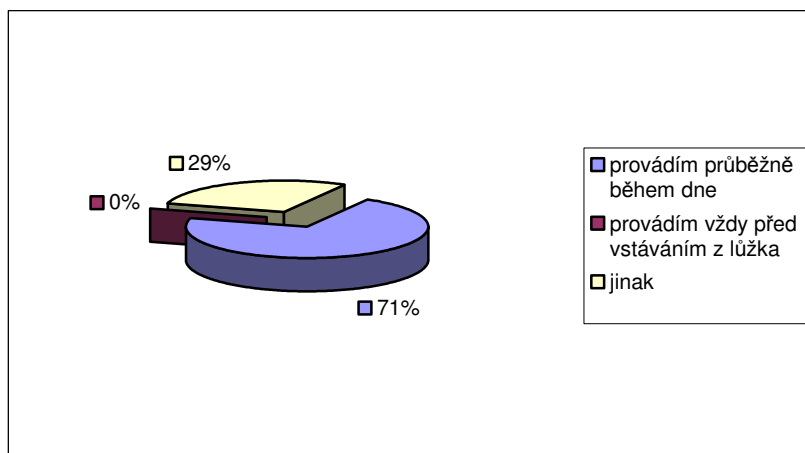
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 20 zvoleno 18 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 22 vyplývá, že 3x zvolili respondenti odpověď lékař (17 %), 4x odpověď sestra (22 %), 2x odpověď přečetl / přečetla jsem si informační brožuru (11 %) a 9x zvolili respondenti odpověď jiné (z toho 4x zvolili odpověď neznám ho, 2x odpověď nikdy jsem o tom neslyšel a 3x odpověď nikdo) (50 %).

**Graf 23 Technika přerušovaného močení (k otázce 21)**



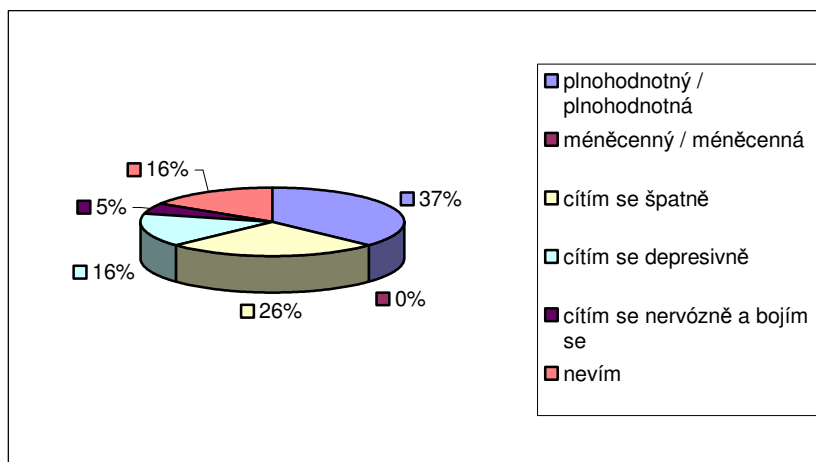
Celkem na otázku 21 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 23 vyplývá, že 9 respondentů provádí techniku přerušovaného močení (65 %), 2 respondenti neprovádí techniku přerušovaného močení (14 %), 3 respondenti techniku přerušovaného močení neznají (21 %).

**Graf 24 Stahování svalů pánevního dna (k otázce 22)**



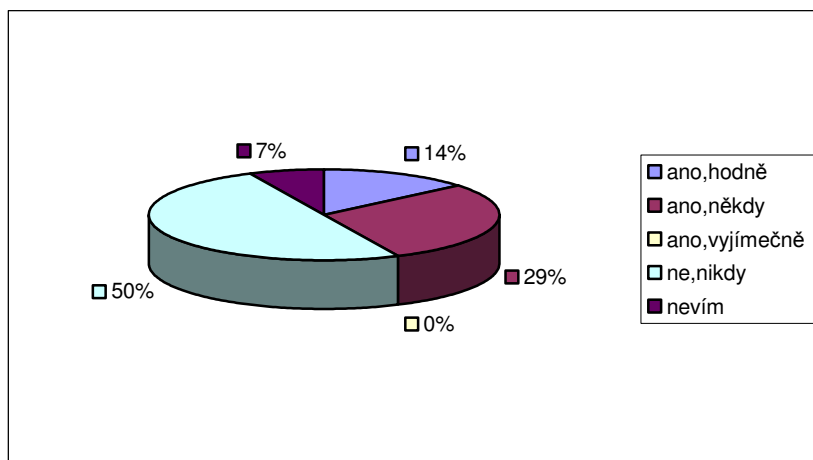
Celkem na otázku 22 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 24 vyplývá, zda respondenti provádí stahování svalů pánevního dna. 10 respondentů odpovědělo provádím průběžně během dne (71 %), žádný respondent neodpověděl provádím vždy před vstáváním z lůžka (0 %) a 4 respondenti odpověděli jinak (1 respondent provádí stahování svalů pánevního dna někdy, 3 respondenti odpověděli neprovádím stahování svalů pánevního dna) (29 %).

**Graf 25 Jak hodnotí inkontinentní respondent sám sebe (k otázce 23)**



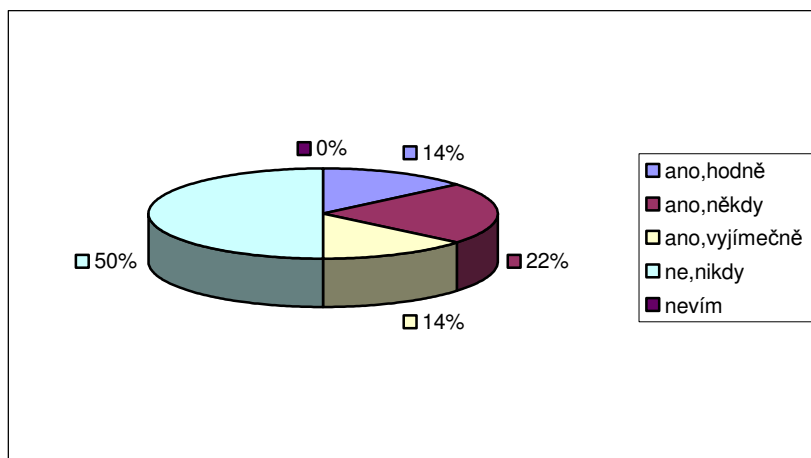
U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 23 zvoleno 19 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 25 vyplývá, jak hodnotí respondenti sami sebe. 7x zvolili respondenti odpověď plnohodnotný / plnohodnotná (37 %), 0x zvolili odpověď méněcenný / méněcenná (0 %), 5x zvolili odpověď cítím se špatně (26 %), 3x zvolili odpověď cítím se depresivně (16 %), 1x odpověď cítím se nervózně a bojím se (5 %) a 3x zvolili respondenti odpověď nevím (16 %).

**Graf 26 Ovlivnění vztahu s partnerkou / partnerem (k otázce 24)**



Celkem na otázku 24 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 26 vyplývá, zda ovlivňuje močová inkontinence vztah respondentů s jejich partnerkou / partnerem. 2 respondenti odpověděli ano, hodně (14 %), 4 respondenti odpověděli ano, někdy (29 %), žádný respondent neodpověděl ano, výjimečně (0 %), 7 respondentů odpovědělo ne, nikdy (50 %) a 1 respondent odpověděl nevím (7 %).

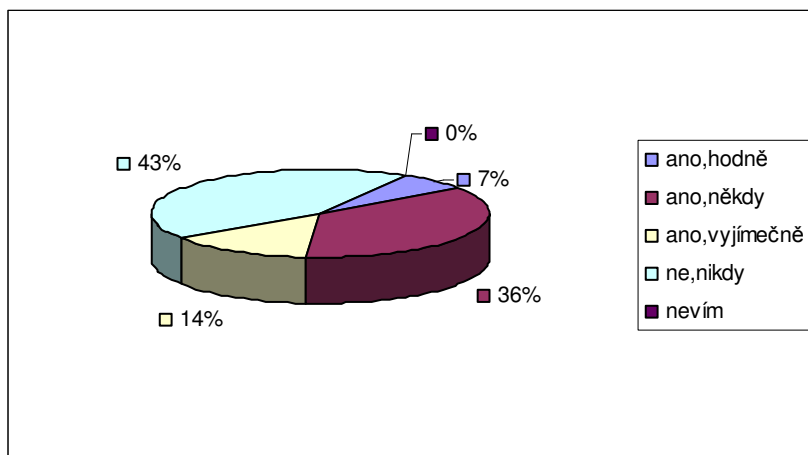
**Graf 27 Ovlivnění rodinného života (k otázce 25)**



Celkem na otázku 25 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 27 vyplývá, zda ovlivňuje močová inkontinence rodinný život respondentů. 2 respondenti odpověděli ano, hodně (14 %), 3 respondenti odpověděli ano, někdy (22 %), 2 respondenti odpověděli ano, výjimečně (14 %), 7 respondentů odpovědělo ne, nikdy (50 %) a žádný respondent neodpověděl nevím (0 %).



**Graf 28 Navštěvování příbuzných a přátel (k otázce 26)**



Celkem na otázku 26 odpovědělo 14 respondentů, což je 100 %. Z grafu 28 vyplývá, zda ovlivňují močové potíže respondentů navštěvování příbuzných a přátel. 1 respondent odpověděl ano, hodně (7 %), 5 respondentů odpovědělo ano, někdy (36 %), 2 respondenti odpověděli ano, výjimečně (14 %), 6 respondentů odpovědělo ne, nikdy (43 %) a žádný respondent neodpověděl nevím (0 %).

## 5. Diskuse

Otázky byly rozděleny do několika částí. V dotazníku pro sestry byly první otázky identifikační.

V otázce č. 1 jsem zjišťovala zastoupení pohlaví. Nejvíce zastoupená je kategorie žen, což činí 98 %. V mužské kategorii vyplnil dotazník pouze 1 muž, což činí 2 %.

V otázce č. 2 jsem zjišťovala věkové kategorie respondentů. Nejvíce zastoupená je věková kategorie sester nad 40 let, což činilo 49 %. Dále bylo hodně sester ve věku 30-40 let a to 11, což činí 24 %. Kategorie 20-30 let byla zastoupena 12 respondenty (27 %) a žádný respondent nebyl ve věku méně než 20 let (0 %).

V otázce č. 3 jsem zjišťovala kategorie vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou- SZŠ, to bylo 26 respondentů, což činí 58 %. Další kategorií bylo vyšší odborné vzdělání- Dis., kterou udalo 6 respondentů (13 %). Vysokoškolské vzdělání- Bc. měli 4 respondenti (9 %) a vysokoškolské vzdělání- Mgr. neměl žádný respondent (0 %). 9 respondentů udalo, že má specializační studium při zaměstnání- PSS., což činí 20 %. Na možnost jiné neodpověděl žádný respondent (0 %).

V otázce č. 4 jsem zjišťovala oddělení, na kterém respondenti pracují a na kterém jsem prováděla výzkum. Nejvíce respondentů v dotazníku uvedlo, že pracuje na gynekologickém oddělení (24), což činí 53 %. 21 respondentů uvedlo, že pracuje na urologickém oddělení (47 %). Žádný respondent neuvedl interní oddělení ani možnost jiné, což činí u obou (0 %).

V otázce č. 5 jsem zjišťovala názor respondentů na otázku, ve které věkové kategorii se setkáváme nejčastěji s inkontinencí moči. Nejvíce respondentů odpovědělo, že s inkontinencí moči se setkáváme nejčastěji ve stáří, což činilo 67 %. Dále 15 respondentů odpovědělo, že s inkontinencí moči se setkáváme nejčastěji v produktivním věku (33 %). Žádný respondent neodpověděl v dětství ani v dospívání, což u obou činí 0 %. Předpokládala jsem, že většina respondentů odpoví v této otázce

na odpověď ve stáří (nad 60 let). Výzkum potvrdil můj předpoklad. Většina respondentů (67 %) odpověděla, že s inkontinencí moči se setkáváme nejčastěji ve stáří.

V hypotéze 1 jsem zkoumala, jak se sestry v rámci ošetrovatelského procesu zaměřují na podporu pacientova sebehodnocení. Této hypotézy se týkaly otázky z dotazníku pro sestry č. 6, 7, 19, 20, podotázka k otázce 20, 21, 22 a otázka č. 23 z dotazníku pro pacienty.

V otázce č. 6 jsem zjišťovala názor respondentů, zda si myslí, že inkontinence moči ovlivňuje život pacientů. 43 respondentů odpovědělo na možnost ano, což činí 96 %. 1 respondent si myslí, že inkontinence moči neovlivňuje život pacientů (2 %) a 1 respondent odpověděl nevím, což činí také 2 %. Domnívám se, že inkontinence moči ovlivňuje kvalitu života pacienta. Inkontinence s sebou přináší řadu problémů sociálních, psychologických, ale i zdravotních. Ve výzkumu jsem zjistila, že z celkového počtu dotazovaných respondentů si 43 respondentů také myslí, že inkontinence moči ovlivňuje život pacientů.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, zda respondenti zjišťují u pacientů, jak močová inkontinence ovlivňuje jejich život. 34 respondentů odpovědělo, že zjišťují u pacientů, jak močová inkontinence ovlivňuje jejich život (76 %), 11 respondentů nezjišťuje, jak močová inkontinence ovlivňuje život pacientů (24 %).

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, zda mají respondenti možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí, bez přítomnosti jiných pacientů. 29 respondentů odpovědělo, že má možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí, což činí 64 %. 15 respondentů uvedlo, že má možnost komunikovat s pacientem na toto téma jen někdy, což činí 34 %. Pouze 1 respondent uvedl, že nemá možnost komunikovat s pacientem na toto téma v soukromí, což činí 2 %.

V otázce č. 9 jsem u respondentů zjišťovala jaké pomůcky používají pro snížení rizik komplikací u pacientů s inkontinencí moči. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u této otázky zvoleno 129 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 9 vyplývá, že 28x zvolili respondenti odpověď permanentní katétr (22 %), 38x zvolili respondenti odpověď plenkové kalhotky na jedno použití (29 %),

28x zvolili respondenti odpověď podložky (22 %), 26x zvolili respondenti odpověď vložné pleny (20 %), 5x zvolili respondenti odpověď urinální kondomy (4 %), 4x zvolili respondenti odpověď, že používají jiné pomůcky (z toho 2x inkontinenční vložky, 1x kapsičky a 1x pouze léky) (3 %). Předpokládala jsem, že většina respondentů bude odpovídat, že používá pro snížení rizik komplikací u pacientů s inkontinencí plenkové kalhotky na jedno použití. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V otázce č. 10 jsem zjišťovala, zda používají respondenti v praxi Gaudenzův dotazník. Pouze 8 respondentů odpovědělo, že používá v praxi tento dotazník, což činí 18 %. 20 respondentů nepoužívá tento dotazník v praxi, což činí 44 % a 17 respondentů uvedlo, že Gaudenzův dotazník nezná (38 %). Předpokládala jsem, že většina respondentů bude odpovídat, že Gaudenzův dotazník v praxi nepoužívá nebo že ho nezná. Výzkum potvrdil můj předpoklad. Gaudenzův dotazník jsem také předtím neznala. Až při studiu knih na téma inkontinence moči jsem zjistila k jakému účelu Gaudenzův dotazník slouží. Jeho cílem je pomoci lékařům typizovat anamnézu.

V otázce č. 11 jsem zjišťovala, zda si hospitalizovaní pacienti vedou mikční kartu. 13 respondentů odpovědělo možnost ano, tedy, že si inkontinentní pacienti hospitalizovaní na oddělení vedou mikční kartu (28 %), 25 respondentů odpovědělo možnost ne, tedy, že si inkontinentní pacienti hospitalizovaní na oddělení nevedou mikční kartu (56 %) a 7 respondentů odpovědělo nevím (16 %).

V podotázce k otázce č. 11 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 11 možnost ano (což činilo 13 respondentů), co všechno si pacienti do mikční karty zaznamenávají. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u této podotázky k otázce 11 zvoleno 52 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 12 vyplývá, co všechno si pacienti do mikční karty zaznamenávají. 2x zvolili respondenti odpověď pálení a řezání při močení (4 %), 11x odpověď počet mikcí (21 %), 13x odpověď objem vymočené moči (26 %), 7x odpověď močové residuum (13 %), 1x odpověď příměsí v moči (2 %), 9x odpověď rozložení četnosti během dne a noci (17 %), 8x odpověď epizody nutkání a inkontinence (15 %), 1x odpověď prodělané záněty močového měchýře (2 %), 0x odpověď nevím (0 %) a 0x odpověď jiné (0 %).

V hypotéze 4 jsem zkoumala, zda sestry poučují nemocné trpící inkontinencí o pitném režimu. Této hypotézy se týkaly otázky z dotazníku pro sestry č. 12, 13, 14 a z dotazníku pro pacienty otázky č. 16, 17, 18.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, jaký pitný režim doporučují respondenti pacientům s močovou inkontinencí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 12 zvoleno 73 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 13 vyplývá, že 33x zvolili respondenti odpověď neomezovat příjem tekutin (45 %), 2x zvolili odpověď omezovat celkové množství přijímaných tekutin (3 %), 36x zvolili respondenti odpověď omezovat příjem kávy, čaje a alkoholu (49 %) a 2x odpověď žádný pitný režim (3 %). Předpokládala jsem, že sestry budou pacientům s inkontinencí moči doporučovat správný pitný režim. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, které tekutiny (nápoje) doporučují respondenti pacientům s močovou inkontinencí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 13 zvoleno 189 odpovědí, což je 100 %. 0x zvolili respondenti odpověď kávu (0 %), 8x zvolili respondenti odpověď černý čaj (4 %), 27x zvolili odpověď zelený čaj (14 %), 35x zvolili odpověď ovocný čaj (19 %), 41x zvolili odpověď vodu (22 %), 29x odpověď vodu se šťávou (15 %), 33x odpověď minerálky (17 %), 5x odpověď pivo (3 %), 0x zvolili respondenti odpověď víno (0 %), 11x odpověď džusy (6 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné tekutiny (0 %). Při rozhovoru s jednou sestrou, která se zabývá touto problematikou, jsem zjišťovala jaké tekutiny doporučují inkontinentním pacientů oni. Říkala mi, že doporučují pacientům s inkontinencí moči pít ovocné čaje, ale ne tmavé a občas pít i urologický čaj.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala, které tekutiny (nápoje) nedoporučují respondenti pacientům s močovou inkontinencí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 14 zvoleno 140 odpovědí, což je 100 %. 42x zvolili respondenti odpověď kávu (30 %), 22x odpověď černý čaj (16 %), 2x odpověď zelený čaj (1 %), 0x odpověď ovocný čaj (0 %), 0x odpověď vodu (0 %), 0x odpověď vodu se šťávou (0 %), 3x zvolili odpověď minerálky (2 %), 32x odpověď pivo (23 %), 28x odpověď víno (20 %), 7x odpověď džusy (5 %) a 4x zvolili respondenti odpověď

jiné tekutiny (z toho 3x odpověď tvrdý alkohol a 1x odpověď jakékoliv močopudné nápoje) (3 %). V literatuře se uvádí, že by pacienti trpící močovou inkontinencí neměli omezovat celkové množství přijímaných tekutin. Měli by ale omezovat příjem kávy, kofeinu, tmavého čaje a alkoholu a to proto, protože mají diuretický účinek.

V hypotéze 2 jsem zkoumala, zda sestry poučují nemocné o cvičení svalů pánevního dna. Této hypotézy se týkaly otázky z dotazníku pro sestry č. 15, 16, 17 a z dotazníku pro pacienty otázky č. 9, 10, 19, podotázka k otázce 19, 20, 22.

V otázce č. 15 jsem zjišťovala, zda respondenti učí pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna. 37 respondentů (82 %) uvedlo, že učí pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna a 8 respondentů (18 %) uvedlo, že neučí pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna. Předpokládala jsem, že většina respondentů odpoví, že učí pacienty s inkontinencí moči posilovat svaly pánevního dna. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

Hypotéza, že sestry poučují nemocné o cvičení svalů pánevního dna se potvrdila.

V otázce č. 16 jsem zjišťovala, při jakém typu močové inkontinence doporučují respondenti pacientům Kegelovo cvičení. 32 respondentů (71 %) odpovědělo, že Kegelovo cvičení doporučuje pacientům při stresové inkontinenci, 1 respondent (2 %) odpověděl při inkontinenci z přetékání a 1 respondent (2 %) nedoporučuje pacientům toto cvičení. 11 respondentů (25 %) odpovědělo nevím. Žádný respondent neodpověděl možnost při reflexní inkontinenci ani možnost při urgentní inkontinenci, což činí u obou 0 %. Předpokládala jsem, že když většina respondentů odpoví, že učí pacienty s inkontinencí moči posilovat svaly pánevního dna, že budou i vědět, při jakém typu močové inkontinence doporučovat pacientům Kegelovo cvičení. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, jaké sporty doporučují respondenti pacientům s močovou inkontinencí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 17 zvoleno 92 odpovědí, což je 100 %. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 6x zvolili odpověď jízdu na kole (7 %), 0x odpověď vzpírání (0 %), 17x zvolili odpověď plavání (18 %), 43x odpověď posilování svalů pánevního dna (47 %), 12x odpověď střídání sedu a lehu při

pokrčených kolenech (13 %), 14x odpověď turistiku (15 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

V hypotéze 3 jsem zkoumala, zda pacienti, kteří trpí inkontinencí jsou informováni o pomůckách, které kompenzují jejich inkontinenci. Této hypotézy se týkaly otázky z dotazníku pro sestry č. 18, podotázka k otázce 18 a z dotazníku pro pacienty otázky č. 7, 8, 11, 12, 13.

V otázce č. 18 jsem zjišťovala, zda respondenti provádí edukaci hospitalizovaných pacientů s močovou inkontinencí. 31 respondentů (69 %) odpovědělo, že provádí edukaci hospitalizovaných pacientů na oddělení a 14 respondentů (31 %) neprovádí edukaci hospitalizovaných pacientů na oddělení.

V podotázce k otázce č. 18 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 18 na možnost ano (což činilo 31 respondentů), o čem pacienty edukují. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 18 zvoleno 115 odpovědí, což je 100 %. 19x zvolili respondenti odpověď o jejich onemocnění (17 %), 28x odpověď o pomůckách pro inkontinentní (24 %), 29x odpověď o pitném režimu (25 %), 22x odpověď o vhodných sportech (19 %), 14x odpověď o Kegelově cvičení (12 %) a 3x zvolili respondenti odpověď jiné ( z toho 1x odpověď o hygieně, 1x odpověď o možnostech řešení onemocnění a 1x odpověď o poradnách a centrech) ( 3 %).

V otázce č. 19 jsem zjišťovala, zda respondenti hodnotí u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti. 26 respondentů (58 %) odpovědělo, že hodnotí u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti a 19 respondentů (42 %) nehodnotí u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti.

V otázce č. 20 jsem zjišťovala, zda se respondenti zaměřují na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů. 38 respondentů (84 %) se zaměřuje na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů a 7 respondentů (16 %) se nezaměřuje na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů.

V podotázce k otázce č. 20 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří odpověděli v otázce 20 možnost ano (což činilo 38 respondentů), jak se zaměřují

na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 20 zvoleno 117 odpovědí, což je 100 %. 24x zvolili respondenti odpověď pochvala (21 %), 12x zvolili odpověď empatie (10 %), 17x odpověď aktivní zapojení pacienta do rozhodování a činností (14 %), 26x odpověď projev zájmu (22 %), 28x odpověď používat vhodné pomůcky pro inkontinenci (24 %), 10x odpověď zajistit podporu pacienta jeho rodinou a přáteli (9 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jinak (0 %).

V otázce č. 21 jsem zjišťovala, zda respondenti sledují u inkontinentních pacientů jak hodnotí sami sebe. 35 respondentů (78 %) uvedlo, že sleduje u inkontinentních pacientů, jak hodnotí sami sebe a 10 respondentů (22 %) uvedlo, že nesleduje u inkontinentních pacientů jak hodnotí sami sebe. Předpokládala jsem, že respondenti nebudou u pacientů s inkontinencí moči sledovat, jak hodnotí sami sebe. Výzkum vyvrátil můj předpoklad. Domnívám se, že je důležité vědět, jak hodnotí inkontinentní pacient sám sebe. Vždyť inkontinence moči může způsobovat pacientovi významné psychologické i sociální problémy.

V otázce č. 22 jsem zjišťovala, jakým způsobem respondenti zajišťují ošetrovatelský proces u pacientů s močovou inkontinencí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 22 zvoleno 116 odpovědí, což je 100 %. 33x zvolili respondenti odpověď, že při péči o pacienta podporují tělesnou aktivitu, která má pozitivní tonizující vliv na CNS a na uretrální svěrače (28 %), 28x zvolili odpověď, že se zaměřují na optimalizaci pitného režimu pacientů (24 %), 30x odpověď, že se zaměřují na vhodné ošetření pokožky pacientů (26 %), 22x odpověď, že se zaměřují na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů (19 %) a 3x zvolili respondenti odpověď jiné (z toho 2x zvolili respondenti odpověď posilovat pacienta i po psychické stránce a 1x zvolili odpověď volit vhodné pomůcky) (3 %).

Hypotéza, že sestry se v rámci ošetrovatelského procesu nezaměřují na podporu pacientova sebehodnocení se nepotvrdila.

V otázce č. 23 jsem zjišťovala odpovědi respondentů na otázku, zda se někdy účastnili vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči. 26 respondentů (58 %) uvedlo, že se někdy účastnilo vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči



a 19 respondentů (42 %) se nikdy neúčastnilo vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči. Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila proto, protože mě zajímalo, kolik z dotazovaných respondentů se někdy účastnilo vzdělávacího semináře na toto téma.

Otázky v dotazníku pro pacienty byly rozděleny do několika částí. První otázky byly také identifikační.

V otázce č. 1 jsem zjišťovala zastoupení pohlaví. Dotazník mi vyplnilo 12 žen (86 %) a 2 muži (14 %). V literatuře se uvádí odhad, že 30-50 % žen udává občasný únik moči a přibližně u 30 % z nich jde o urgentní typ inkontinence. (17) Domnívám se, že psychosociální dopad poruch funkce dolních močových cest je do různých oblastí života člověka tak závažný, že vyžaduje kvalifikovaný přístup lékaře. Dále se v literatuře také uvádí, že inkontinencí moči trpí častěji ženy než muži.

V otázce č. 2 jsem zjišťovala u respondentů, kteří trpí močovou inkontinencí, věkové rozložení. Ve věku méně než 20 let nebyl žádný pacient (0 %), ve věku 20-30 let nebyl také žádný pacient (0 %), ve věku 30-40 let byli 2 pacienti (14 %) a ve věkové kategorii více než 40 let bylo 12 pacientů (86 %). V literatuře se uvádí, že Čurdová ve svém výzkumu v rámci bakalářské práce zjistila, že průměrný věk respondentek se stresovou inkontinencí byl 41 let /22-53 let/. Dále ve svém výzkumu Čurdová udává, že z výsledků vyplývá, že stresovou inkontinencí už trpí velmi mladé ženy. (8) To souhlasí i s mým výzkumem. Mě také vyšlo, že většina respondentů byla ve věkové kategorii více než 40 let.

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, kdy respondentům začala moč nechtěně odtékat. 5 respondentů (36 %) uvedlo, že jim moč začala nechtěně odtékat s příchodem klimakteria, 3 respondentům (21 %) začala moč nechtěně odtékat po porodu, 2 respondentům (14 %) začala moč nechtěně odtékat při onemocnění prostaty, žádný respondent neuvedl, že mu začala moč nechtěně odtékat po břišní operaci ani po zánětu močového měchýře, což činí u obou 0 %. 4 respondenti (29 %) odpověděli na možnost jindy (z toho 1 respondent odpověděl při zhoršení zdravotního stavu, 2 respondenti

odpověděli při kašli a smíchu, 1 respondent odpověděla při rychlé chůzi, skákání a ohýbání).

V otázce č. 4 jsem zjišťovala, jak dlouho trpí respondenti močovou inkontinencí. 10 respondentů (71 %) odpovědělo, že trpí močovou inkontinencí 1-4 roky, 3 respondenti (22 %) trpí močovou inkontinencí déle než 5 let a 1 respondent (7 %) trpí močovou inkontinencí měsíc. Žádný respondent (0 %) neodpověděl, že trpí močovou inkontinencí týden a žádný respondent (0 %) neodpověděl na možnost nevím.

V literatuře se uvádí, že Čurdová ve svém výzkumu v rámci bakalářské práce zjistila, že průměrná doba pocitování příznaků u pacientek s močovou inkontinencí byla 8,2 let /2-23 let/. (8) V mém výzkumu vyšlo, že většina respondentů trpí močovou inkontinencí 1-4 roky.

V otázce č. 5 jsem zjišťovala odpovědi respondentů na otázku, co pro ně znamená močová inkontinence. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 5 zvoleno 21 odpovědí, což je 100 %. 4x zvolili respondenti odpověď neschopnost udržet moč (19 %), 8x odpověď nedobrovolný únik moči (38 %), 0x zvolili respondenti odpověď nemožnost vymočit se a potřebu zapojit břišní lis (0 %), 8x odpověď nechtěný únik moči (38 %), 0x odpověď odkapává mi samovolně moč z močového měchýře (0 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (nemožnost zcela se vymočit) (5 %). V této otázce jsem chtěla zjistit, co pro inkontinentní nemocné znamená močová inkontinence. Výzkum potvrdil můj předpoklad, že většina dotazovaných bude odpovídat na možnost nedobrovolný únik moči.

V otázce č. 6 jsem zjišťovala, jaký typ močové inkontinence respondenti mají. 11 respondentů (79 %) odpovědělo, že má stresovou inkontinenci. 2 respondenti (14 %) odpověděli, že mají inkontinenci z přetékání a 1 respondent (7 %) odpověděl, že trpí urgentní inkontinencí. Žádný respondent (0 %) neodpověděl, že trpí reflexní inkontinencí, ani žádný respondent (0 %) neodpověděl na možnost nevím.

V literatuře se uvádí, že Fischer ve svém výzkumu zjistil, že nejčastějším druhem inkontinence jsou inkontinence stresová a urgentní eventuelně jejich smíšená forma. Dále Fischer udává tento poměr mezi jednotlivými formami inkontinence: stresovou

inkontinencí trpí 35-45 % pacientů, urgentní inkontinencí trpí 25-35 % pacientů, smíšenou formou inkontinence trpí 20-40 % pacientů a ostatními formami trpí 5-10 % pacientů. (26) To souhlasí i s mým výzkumem. Mě také vyšlo, že nejvíce dotazovaných respondentů (79 %) trpí stresovou inkontinencí.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, jaké pomůcky respondenti používají pro inkontinenci. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 7 zvoleno 15 odpovědí, což je 100 %. 9x zvolili respondenti odpověď vložky pro inkontinentní (60 %), 0x zvolili odpověď vložné pleny (0 %), 2x odpověď absorpční sáčky (13 %), 0x zvolili odpověď plenkové kalhotky (0 %), 0x odpověď urinální kondomy (0 %), 1x odpověď jiné (vložky pro muže) (7 %) a 3x zvolili respondenti odpověď žádné (20 %).

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, od koho byli respondenti informováni o pomůckách. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 8 zvoleno 27 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 8 vyplývá, že 8x zvolili respondenti odpověď informován od lékaře (30 %), 5x zvolili odpověď informován od sestry (19 %), 10x odpověď přečetl / přečetla jsem si informační brožuru (37 %), 3x zvolili odpověď informován z médií (10 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (informován od bratra) (4 %). Domnívám se, že v dnešní době je veřejnost stále více informována o těchto problémech nejenom od lékařů a sester, ale hlavně i z televizních reklam a reklam v časopisech. Reklamy nabízí lidem možnost objednat si zdarma vzorky pomůcek pro inkontinenci. Předpokládala jsem, že inkontinentní pacienti budou informováni o kompenzačních pomůckách pro inkontinenci. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, jaké sporty doporučily sestry respondentům. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 9 zvoleno 17 odpovědí, což je 100 %. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 3x zvolili respondenti odpověď jízdu na kole (18 %), 0x zvolili odpověď vzpírání (0 %), 2x zvolili odpověď plavání (12 %), 7x odpověď posilování svalů pánevního dna (40 %), 0x odpověď střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech

(0 %), 2x odpověď turistiku (12 %), 3x zvolili respondenti odpověď žádné sporty mi nedoporučily (18 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

V otázce č. 10 jsem zjišťovala, jaké sporty respondenti provozují. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 10 zvoleno 31 odpovědí, což je 100 %. 0x zvolili respondenti odpověď aerobik s tvrdými doskoky (0 %), 7x zvolili odpověď jízdu na kole (23 %), 0x zvolili respondenti odpověď vzpírání (0 %), 5x zvolili odpověď plavání (16 %), 8x odpověď posilování svalů pánevního dna (26 %), 2x odpověď střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech (6 %), 8x odpověď turistiku (26 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiný (žádné sporty neprovozují) (3 %).

V otázce č. 11 jsem zjišťovala, jak často si respondenti s inkontinencí moči vyměňují inkontinenční pomůcky. 5 respondentů odpovědělo (36 %) možnost jedenkrát denně, též 5 respondentů (36 %) odpovědělo každé 3-6 hodin, 1 respondent (7 %) odpověděl častěji, dle potřeby a 3 respondenti (21 %) odpověděli, že nepoužívají inkontinenční pomůcky. Žádný respondent neodpověděl možnost každé 2 hodiny ani každou půlhodinu, což činí u obou 0 %.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, zda se respondenti obávají při používání pomůcek pro inkontinenci zápachu. 11 respondentů (79 %) odpovědělo, že se obává při používání pomůcek pro inkontinenci zápachu. 3 respondenti (21 %) odpověděli, že nepoužívají pomůcky pro inkontinenci. Žádný respondent (0 %) odpověděl možnost ne, tedy, že se neobává při používání pomůcek pro inkontinenci zápachu.

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, kdy respondenti používají pomůcky pro inkontinenci. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 13 zvoleno 19 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 13 vyplývá, že 7x zvolili respondenti odpověď pravidelně, každý den (37 %), 1x odpověď zřídka (5 %), 5x odpověď při odchodu z domova do společnosti (26 %), 1x odpověď doma (5 %), 2x odpověď v noci (11 %), 0x zvolili odpověď jen při cvičení (0 %), 3x zvolili odpověď nepoužívám je (16 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jinak (0 %).

Hypotéza, že pacienti, kteří trpí inkontinencí jsou informováni o pomůckách, které kompenzují jejich inkontinenci se potvrdila.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala, jak na nemoc respondentů reagují jejich přátelé. 13 respondentů (93 %) uvedlo nevědí o nemoci, 1 respondent (7 %) uvedl nemají / neprojevují zájem. Žádný respondent neuvedl možnost projevují zájem ani možnost jinak, což činí u obou 0 %. V literatuře se uvádí, že PhDr. H. Chloubová ve svém výzkumu zjistila, že důvody utajování inkontinence u starých žen byly jiné než u žen středního věku. (26) V mém výzkumu jsem zjistila, že u většiny respondentů (u 93 %) rodina a přátelé nevědí o jejich nemoci.

V otázce č. 15 jsem zjišťovala, zda respondenti navštěvují společenské akce. 6 respondentů (43 %) uvedlo možnost ano, někdy. 5 respondentů (36 %) uvedlo ano, výjimečně. 1 respondent (7 %) uvedl ano, často a 2 respondenti (14 %) odpověděli na možnost ne.

V podotázce k otázce č. 15 jsou znázorněny odpovědi respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 15 možnost ne (což činili 2 respondenti), z jakého důvodu se straní společnosti. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem byly u podotázky k otázce 15 zvoleny 4 odpovědi, což je 100 %. 1x zvolili respondenti odpověď obavy ze zápachu (25 %), 0x zvolili odpověď stud (0 %), 2x zvolili odpověď obavy z pomočení (50 %), 0x zvolili odpověď nevím (0 %) a 1x zvolili respondenti odpověď jiné (nestráním se, ale v mém věku nikam nechodím) (25 %). Literatura uvádí, že PhDr. H. Chloubová při výzkumu zjistila, že inkontinentní ženy nejvíce trápí znečištění oděvu a zápach moče. (26) Domnívám se, že většina respondentů inkontinenci tají proto, protože se za svojí nemoc stydí, má obavy a strach z pomočení, ze zápachu, atd. Ale i obavy z toho, že kdyby se někdo z rodiny a příbuzných o jejich nemoci dozvěděl, bral by je jako méněcenné a neplnohodnotné.

V otázce č. 16 jsem zjišťovala, kolik tekutin denně respondenti vypijí. 9 respondentů (64 %) uvedlo, že vypije denně 1-2 litry tekutin, 5 respondentů (36 %) vypije denně více než 2 litry tekutin. Žádný respondent (0 %) neuvedl, že vypije denně množství tekutin pouze do 0,5 litru. Předpokládala jsem, že respondenti trpící inkontinencí moči budou mít správné informace o pitném režimu. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, jaké tekutiny respondenti nejčastěji pijí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 17 zvoleno 57 odpovědí, což je 100 %. 9x zvolili respondenti odpověď kávu (16 %), 1x odpověď černý čaj (2 %), 3x odpověď zelený čaj (5 %), 10x odpověď ovocný čaj (18 %), 7x odpověď vodu (12 %), 4x odpověď vodu se šťávou (7 %), 7x odpověď minerálky (12 %), 5x odpověď pivo (9 %), 4x odpověď víno (7 %), 7x odpověď džusy (12 %) a 0x zvolili respondenti odpověď jiné (0 %).

V otázce č. 18 jsem zjišťovala, jaký pitný režim dodržují respondenti 2-3 hodiny před ulehnutím ke spaní. 6 respondentů (43 %) uvedlo, že dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní omezuje příjem tekutin, 5 respondentů (26 %) dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní pije pořád stejně jako během dne, 3 respondenti (21 %) dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní nepijí žádné tekutiny. Žádný respondent neodpověděl nepiji kávu a alkohol ani neodpověděl na možnost jinak, což činí u obou 0 %.

Hypotéza, že sestry poučují nemocné trpící inkontinencí o pitném režimu se potvrdila.

V otázce č. 19 jsem zjišťovala, zda respondenti provádějí Kegelovo cvičení. 9 respondentů (64 %) uvedlo, že provádí Kegelovo cvičení a 5 respondentů (36 %) uvedlo, že neprovádí Kegelovo cvičení. Předpokládala jsem, že většina respondentů trpících inkontinencí moči bude mít informace o Kegelově cvičení. Výzkum potvrdil můj předpoklad.

V podotázce k otázce č. 19 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 19 možnost ano (což činilo 9 respondentů), v jaké poloze cvičí. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u podotázky k otázce 19 zvoleno 8 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 21 vyplývá, že 5x uvedli respondenti odpověď v lehu na zádech (62 %), 0x uvedli odpověď v poloze v lehu na břicho (0 %), 2x uvedli odpověď ve stoje (25 %) a 1x uvedli respondenti odpověď v jiné poloze (vsedě) (13 %).

V otázce č. 20 jsem zjišťovala, kdo respondenty naučil Kegelovo cvičení. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 20 zvoleno 18 odpovědí, což je 100 %. Z grafu 22 vyplývá, že 3x zvolili respondenti odpověď lékař

(17 %), 4x odpověď sestra (22 %), 2x odpověď přečetl / přečetla jsem si informační brožuru (11 %) a 9x zvolili respondenti odpověď jiné (z toho 4x zvolili odpověď neznám ho, 2x odpověď nikdy jsem o tom neslyšel a 3x odpověď nikdo) (50 %).

V otázce č. 21 jsem zjišťovala, zda respondenti provádí techniku přerušovaného močení. 9 respondentů (65 %) uvedlo, že provádí techniku přerušovaného močení, 3 respondenti (21 %) techniku přerušovaného močení neznají a 2 respondenti (14 %) uvedli, že neprovádí techniku přerušovaného močení.

V otázce č. 22 jsem zjišťovala, zda respondenti provádí stahování svalů pánevního dna. 10 respondentů (71 %) odpovědělo na možnost provádím průběžně během dne, 4 respondenti (29 %) odpověděli na možnost jinak (z toho 1 respondent provádí stahování svalů pánevního dna někdy, 3 respondenti odpověděli neprovádím stahování svalů pánevního dna). Žádný respondent (0 %) neodpověděl na možnost provádím vždy před vstáváním z lůžka.

V otázce č. 23 jsem zjišťovala, jak hodnotí respondenti sami sebe. U této otázky bylo možno zakroužkovat více odpovědí. Celkem bylo u otázky 23 zvoleno 19 odpovědí, což je 100 %. 7x zvolili respondenti odpověď plnohodnotný / plnohodnotná (37 %), 0x zvolili odpověď méněcenný / méněcenná (0 %), 5x zvolili odpověď cítím se špatně (26 %), 3x zvolili odpověď cítím se depresivně (16 %), 1x odpověď cítím se nervózně a bojím se (5 %) a 3x zvolili respondenti odpověď nevím (16 %).

V otázce č. 24 jsem zjišťovala, zda ovlivňuje močová inkontinence vztah respondentů s jejich partnerkou / partnerem. 7 respondentů (50 %) odpovědělo na možnost ne, nikdy, 4 respondenti (29 %) odpověděli ano, někdy, 2 respondenti (14 %) odpověděli ano, hodně a 1 respondent (7 %) odpověděl nevím. Žádný respondent neodpověděl na možnost ano, vyjimečně (0 %).

V otázce č. 25 jsem zjišťovala, zda ovlivňuje močová inkontinence rodinný život respondentů. 7 respondentů (50 %) odpovědělo na možnost ne, nikdy, 3 respondenti (22 %) odpověděli ano, někdy, 2 respondenti (14 %) odpověděli ano, hodně a 2 respondenti (14 %) odpověděli ano, vyjimečně. Žádný respondent (0 %) neodpověděl nevím.

V otázce č. 26 jsem zjišťovala, zda ovlivňují močové potíže respondentů navštěvování příbuzných a přátel. 6 respondentů (43 %) odpovědělo na možnost ne, nikdy, 5 respondentů (36 %) odpovědělo ano, někdy, 2 respondenti (14 %) odpověděli ano, vyjimečně a 1 respondent (7 %) odpověděl ano, hodně. Žádný respondent (0 %) neodpověděl nevím.



## 6. Závěr

V bakalářské práci na téma Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných byla hypotéza, že sestry se v rámci ošetrovatelského procesu nezaměřují na podporu pacientova sebehodnocení nepotvrzena. Hypotéza, že sestry poučují nemocné o cvičení svalů pánevního dna byla potvrzena. Hypotézy, že pacienti, kteří trpí inkontinencí jsou informováni o pomůckách, které kompenzují jejich inkontinenci, a že sestry poučují nemocné trpící inkontinencí o pitném režimu byly potvrzeny.

Tato práce byla od začátku až do konce výzkumu doprovázena řadou dotazů od rodiny, známých i spolužaček „Co píšeš za téma? Proč jsi si vybrala právě tohle téma? Jak se posilují svaly pánevního dna? Co je to to Kegelovo cvičení?“. Spousta lidí mi řeklo, že jsem si vybrala zajímavé a pěkné téma, ale dost obtížné. Ze začátku jsem se v této problematice moc neorientovala, ale po prostudování odborné literatury jsem získala spousty informací. I výzkum byl velmi zajímavý a poučný. Stále jsem ale měla v paměti to, že musím napsat práci co nejlépe a upozornit na tuto problematiku, na problematiku inkontinence moči.

Inkontinence moči je v naší společnosti ještě pořád tabu. Mnozí ji považují za přirozenou součást stárnutí. V dnešní době už existuje účinná léčba, jen je třeba se se svým problémem svěřit lékaři. Důležitá je zde ale také prevence. V podstatě jednoduchá a většinou i všeobecně známá prevence ušetří mnoho financí a v první řadě potíží.

Práce by mohla být využita ke zpracování informační brožury a jako výukový materiál. Tím by se upozornilo na problematiku inkontinence moči, jako na stále aktuálnější problém, a přispělo k jejímu řešení.

## 7. Seznam použité literatury

1. DOENGES, M. E., MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. II. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. 565 s. ISBN 80- 247- 0242- 8.
2. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. II. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80- 86297- 05-5.
3. EICHENAUER, R. H., VANHERPE, H. *Urologie*. I. vyd. Praha: Scientia Medica, spol. s.r.o., 1996. 597 s . ISBN 80- 85526- 36- 0.
4. FOREJTOVÁ, J. Péče o inkontinentní ženy. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, č. 1. s. 18-20. ISSN 1210-0404.
5. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. I. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 97 s. ISBN 80- 7169- 950- 0.
6. (online) HANUŠ, T. *Prevence inkontinence*. Cit. 31.12.2006. Dostupné z : [http://www.incoforum.cz/info\\_pacientky.html](http://www.incoforum.cz/info_pacientky.html).
7. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. I. vyd. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno
8. HORÁČEK, J. *Sborník příspěvků ze studentské vědecké konference u příležitosti vzniku 15. výročí vzniku Ostravské univerzity v Ostravě*. I. vyd. Ostrava: ZSF OU, 2006. 106 s. ISBN 80- 7368- 179- X.
9. (online) HOŘČIČKA, L. *Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci*. Cit. 22.12.2006. Dostupné z : <http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky.html>.
10. (online) HOUŽVIČKOVÁ, E., VLKOVÁ-KUČEROVÁ, J. *Rehabilitační léčba funkčních poruch pánevního dna*. Cit. 1.12.2006. Dostupné z: <http://www.zenskapanev.cz>.
11. CHMEL, R. *Močová inkontinence u žen*. I. vyd. Praha: Vasut, 2001. 32 s. ISBN 80- 7236- 021- 3.
12. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. I. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80- 85866- 55- 2.

13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'sto* 2. I. vyd. Martin: Osveta, 1995. s. 1187-1231. ISBN 80-217-0528-0.
14. MALINKOVÁ, M. Inkontinence moči z pohledu sestry. *Sestra*. Praha: 2003, roč. XIII, č. 2, s. 32-34. ISSN 1210- 0404.
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. I. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80- 247- 1399- 3.
16. MARTAN, A. A KOL. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. I. vyd. Praha: PanMed, 2001.190 s. ISBN 80- 903049- 0- 7.
17. MARTAN, A. A KOL. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. I. vyd. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2005. 79 s. ISBN 80- 7345- 076- 3.
18. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.(Ošetrovatelský proces při sledování fyziologických funkcí klienta, nemocného)*. I. vyd. Valašské Meziříčí: Nalios, 2002. 72 s. ISBN neuvedeno
19. NEUWIRTH, J. Inkontinence a dekubity. *Sestra*. Praha: 2003, roč. XIII, č. 3. s. 28. ISSN 1210- 0404.
20. NOVÁKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o nemocné s inkontinencí. *Sestra*. Praha: roč. XII, č. 4. s. 42-45. ISSN 1210- 0404.
21. PACÍK, D. A KOL. AUTORŮ. *Urologie pro sestry*. I. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. 175 s. ISBN 80- 7013- 235- 3.
22. ŠUSTROVÁ, I. Péče o inkontinentního pacienta. *Sestra*. Praha: 2002, roč. XII, č. 7-8. s. 60-62. ISSN 1210- 0404.
23. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. II. vyd. Brno: Mikadapress spol. s.r.o., 2004. 186 s. ISBN 80- 7013- 324- 4.
24. VANKOVÁ, L. Inkontinencia v geriatrici. *Sestra*. Bratislava: 2005, roč. IV., č. 9. s. 23. ISSN 1335- 9444.
25. ZÁMEČNÍK, L. Inkontinence moči. *Medicína pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. , č. 2. s. 99-102. ISSN 1214- 8687.
26. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. I. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80- 246- 0164- 8.

27. ZVONÍČKOVÁ, M. Trochu opakování neuškodí. *Diagnóza v ošetrovatelství*.

Praha: 2006, roč. 2, č. 2, s. 55-56. ISSN 1801- 1349.

## **8. Klíčová slova**

Inkontinence moči

Kegelovo cvičení

Kompenzační pomůcky pro inkontinentní

Nemocní s močovou inkontinencí

Ošetrovatelský proces

Podpora kontinence

Sestra

## **9. Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1- Dotazník pro sestry

Příloha 2- Dotazník pro pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí

Příloha 3- Gaudenzův dotazník

Příloha 4- Structures of the kidney

Příloha 5- BERO CATH, močový katétr Foley

Příloha 6- Inkontinenční pomůcky

Příloha 7- Posilování svalů pánevního dna

## DOTAZNÍK

**Dobrý den. Jmenuji se Zdeňka Kukačková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma „Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných“.**

**Dotazník, který právě držíte v ruce, je anonymní a data budou použita k vypracování mé bakalářské práce. Je určen pro sestry. Prosím Vás o jeho vyplnění zakroužkováním možností. U otázek, u kterých můžete zakroužkovat více možností, to bude uvedeno .**

**Za ochotu a spolupráci Vám děkuje Zdeňka Kukačková**

**1. Jste:**

- a) muž
- b) žena

**2. Váš věk:**

- a) méně než 20 let
- b) 20-30 let
- c) 30-40 let
- d) více než 40 let

**3. Vaše vzdělání:**

- a) středoškolské s maturitou (SZŠ)
- b) vyšší odborné – Dis.
- c) vysokoškolské – Bc.
- d) vysokoškolské- Mgr.
- e) PSS: specializační studium při zaměstnání
- f) jiné, uveďte prosím jaké .....

**4. Oddělení, na kterém pracujete:**

- a) urologické oddělení
- b) interní oddělení
- c) gynekologické oddělení
- d) jiné, uveďte prosím jaké .....

**5. Ve které věkové kategorii se setkáváme nejčastěji s inkontinencí moči?**

- a) v dětství (3-12 let)
- b) v dospívání (12-25let)
- c) v produktivním věku (25-60 let)
- d) ve stáří (nad 60 let)

**6. Myslíte si, že inkontinence moči ovlivňuje život pacientů?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**7. Zjišťujete u pacientů, jak močová inkontinence ovlivňuje jejich život?**

- a) ano
- b) ne

**8. Máte možnost komunikovat s pacientem na téma inkontinence moči v soukromí, bez přítomnosti jiných pacientů?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**9. Jaké pomůcky používáte pro snížení rizik komplikací u pacientů s inkontinencí moči?**

- a) permanentní katétr (můžete zakroužkovat více možností)
- b) plenkové kalhotky na jedno použití
- c) podložky
- d) vložné pleny
- e) urinální kondomy
- f) jiné pomůcky, uveďte prosím jaké .....

**10. Používáte v praxi Gaudenzův dotazník?**

- a) ano
- b) ne
- c) neznám ho

**11. Vedou si inkontinentní pacienti hospitalizovaní na Vašem oddělení mikční kartu?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



↳ **Pokud jste odpověděla ANO: Co všechno si pacienti do mikční karty zaznamenávají?**

- a) pálení a řezání při močení (můžete zakroužkovat více možností)
- b) počet mikcí
- c) objem vymočené moči
- d) močové reziduum
- e) příměsi v moči
- f) rozložení četnosti během dne a noci
- g) epizody nutkání a inkontinence
- h) prodělané záněty močového měchýře
- i) nevím
- j) jiné, uveďte prosím jaké .....

**12. Jaký pitný režim doporučujete pacientům s močovou inkontinencí?**

- a) neomezovat příjem tekutin (můžete zakroužkovat více možností)
- b) omezovat celkové množství přijímaných tekutin
- c) omezovat příjem kávy, čaje a alkoholu
- d) žádný

**13. Které tekutiny (nápoje) pacientům s inkontinencí doporučujete?**

- a) kávu (můžete zakroužkovat více možností)
- b) černý čaj
- c) zelený čaj
- d) ovocný čaj
- e) vodu
- f) vodu se šťávou
- g) minerálky
- h) pivo
- i) víno
- j) džusy
- k) jiné, uveďte prosím jaké .....

**14. Které tekutiny (nápoje) pacientům s inkontinencí nedoporučujete?**

- a) kávu (můžete zakroužkovat více možností)
- b) černý čaj
- c) zelený čaj
- d) ovocný čaj
- e) vodu
- f) vodu se šťávou
- g) minerálky
- h) pivo
- i) víno
- j) džusy
- k) jiné, uveďte prosím jaké .....

**15. Učíte pacienty s močovou inkontinencí posilovat svaly pánevního dna?**

- a) ano
- b) ne

**16. Při jakém typu močové inkontinence doporučujete pacientům Kegelovo cvičení?**

- a) při inkontinenci z přetékání
- b) při reflexní inkontinenci
- c) při stresové inkontinenci
- d) při urgentní inkontinenci
- e) nedoporučuji toto cvičení
- f) nevím

**17. Jaké sporty doporučujete pacientům s inkontinencí?**

- a) aerobik s tvrdými doskoky (můžete zakroužkovat více možností)
- b) jízdu na kole
- c) vzpírání
- d) plavání
- e) posilování svalů pánevního dna
- f) střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech
- g) turistiku
- h) jiné, uveďte prosím jaké .....

**18. Provádíte edukaci inkontinentních pacientů hospitalizovaných na Vašem oddělení?**

- a) ano
- b) ne

**└ Pokud jste odpověděla ANO: O čem pacienty edukujete?**

- a) o jejich onemocnění (můžete zakroužkovat více možností)
- b) o pomůckách pro inkontinentní
- c) o pitném režimu
- d) o vhodných sportech
- e) o Kegelově cvičení
- f) jiné, uveďte prosím jaké .....

**19. Hodnotíte u inkontinentních pacientů jejich subjektivní pocit životní spokojenosti?**

- a) ano
- b) ne

**20. Zaměřujete se na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů?**

- a) ano
- b) ne

↳ **Pokud jste odpověděla ANO: jak? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) pochvala
- b) empatie
- c) aktivní zapojení pacienta do rozhodování a činností
- d) projev zájmu
- e) používat vhodné pomůcky pro inkontinenci (snížení obavy ze zápachu a z pomočení)
- f) zajistit podporu pacienta jeho rodinou a přáteli
- g) jinak, uveďte prosím jak .....

**21. Sledujete u inkontinentních pacientů jak hodnotí sami sebe?**

- a) ano
- b) ne

**22. Jakým způsobem zajišťujete ošetrovatelský proces u pacientů s močovou inkontinencí? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) při péči o pacienta podporujeme tělesnou aktivitu, která má pozitivní tonizující vliv na CNS a na uretrální svěrače
- b) zaměřujeme se na optimalizaci pitného režimu pacientů
- c) zaměřujeme se na vhodné ošetření pokožky pacientů
- d) zaměřujeme se na posilování sebevědomí inkontinentních pacientů
- e) jiné, uveďte prosím jaké .....

**23. Účastnila jste se někdy vzdělávacího semináře na téma inkontinence moči?**

- a) ano
- b) ne

**Děkuji Vám za spolupráci. Zdeňka Kukačková**

Příloha 2- Dotazník pro pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí

## DOTAZNÍK

**Dobrý den. Jmenuji se Zdeňka Kukačková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma „Zajišťování ošetrovatelského procesu u inkontinentních nemocných“.**

**Dotazník, který právě držíte v ruce, je anonymní a data budou použita k vypracování mé bakalářské práce. Je určen pro pacienty, kteří trpí močovou inkontinencí. Prosím Vás o jeho vyplnění zakroužkováním možností. U otázek, u kterých můžete zakroužkovat více možností, to bude uvedeno .**

**Za ochotu a spolupráci Vám děkuje Zdeňka Kukačková**

### **1. Jste:**

- a) muž
- b) žena

### **2. Váš věk:**

- a) méně než 20 let
- b) 20-30 let
- c) 30-40 let
- d) více než 40 let

### **3. Kdy Vám začala moč nechtěně odtékat?**

- a) po porodu
- b) s příchodem klimakteria
- c) po břišní operaci
- d) při onemocnění prostaty
- e) po zánětu močového měchýře
- f) jindy, uveďte prosím v jaké souvislosti .....

### **4. Jak dlouho trpíte močovou inkontinencí?**

- a) týden
- b) měsíc
- c) 1-4 roky
- d) déle než 5 let
- e) nevím

**5. Co pro Vás znamená močová inkontinence?**

- a) neschopnost udržet moč **(můžete zakroužkovat více možností)**
- b) nedobrovolný únik moči, který vnímám a který pro mě představuje hygienický a sociální problém
- c) nemožnost se vymočit a potřebu zapojit břišní lis, abych se vymočil / vymočila
- d) nechtěný únik moči
- e) odkapává mi samovolně moč z močového měchýře
- f) jiné, uveďte prosím jaké .....

**6. Jaký typ močové inkontinence máte?**

- a) stresovou inkontinenci (*projevuje se únikem zpravidla malého množství moči při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu, skákání, zvedání břemen*).
- b) urgentní inkontinenci (*projevuje se náhlým neovladatelným nucením s únikem většího množství moči následkem křečovitých stahů svalstva močového měchýře*).
- c) reflexní inkontinenci (*měchýř se vyprazdňuje bez nutkání a reflexně*).
- d) inkontinenci z přetékání (paradoxní ischurii) (*projevuje se neúplným vyprazdňováním měchýře se zvyšujícím se zůstatkem moči v měchýři po vymočení*).
- e) nevím

**7. Jaké pomůcky pro inkontinenci používáte? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) vložky pro inkontinentní
- b) vložné pleny
- c) absorbční sáčky
- d) plenkové kalhotky
- e) urinální kondomy
- f) jiné, uveďte prosím jaké .....
- g) žádné

**8. Od koho jste byl/a informován /a o pomůckách?**

- a) od lékaře **(můžete zakroužkovat více možností)**
- b) od sestry
- c) přečetl / přečetla jsem si informační brožuru
- d) z médií (televize, rádio, atd.)
- e) jiné, uveďte prosím jaké .....

**9. Jaké sporty Vám sestry doporučily? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) aerobik s tvrdými doskoky
- b) jízdu na kole
- c) vzpírání
- d) plavání
- e) posilování svalů pánevního dna
- f) střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech
- g) turistiku
- h) žádné mi nedoporučily
- i) jiné, uveďte prosím jaké .....

**10. Jaký sport provozujete Vy? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) aerobik s tvrdými doskoky
- b) jízdu na kole
- c) vzpírání
- d) plavání
- e) posilování svalů pánevního dna
- f) střídání sedu a lehu při pokrčených kolenech
- g) turistiku
- h) jiný, uveďte prosím jaký .....

**11. Jak často si vyměňujete inkontinenční pomůcku?**

- a) jedenkrát denně
- b) každé 3-6 hodin
- c) každé 2 hodiny
- d) každou půl hodinu
- e) častěji, uveďte prosím jak často .....
- f) nepoužívám inkontinenční pomůcky

**12. Obáváte se při používání pomůcek pro inkontinenci zápachu?**

- a) ano
- b) ne
- c) nepoužívám je

**13. Pomůcky pro inkontinenci používáte: (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) pravidelně, každý den
- b) zřídka
- c) při odchodu z domova do společnosti
- d) doma
- e) v noci
- f) jen při cvičení
- g) nepoužívám je
- h) jinak, uveďte prosím jak .....

**14. Jak na Vaši nemoc reagují přátelé?**

- a) projevují zájem
- b) nemají / neprojevují zájem
- c) nevědí o nemoci
- d) jinak, uveďte prosím jak .....

**15. Navštěvujete společenské akce (kino, restaurace, návštěvy přátel, atd.)?**

- a) ano, často (5-10krát za měsíc)
- b) ano, někdy (2-3krát za měsíc)
- c) ano, výjimečně (1krát za měsíc)
- d) ne

**└ Pokud jste odpověděl / odpověděla NE: Z jakého důvodu se straníte společnosti?**

- a) obavy ze zápachu (můžete zakroužkovat více možností)
- b) stud
- c) obavy z pomočení
- d) nevím
- e) jiné, uveďte prosím jaké .....

**16. Kolik tekutin denně vypijete?**

- a) do 0,5 litru
- b) 1 – 2 litry
- c) více než 2 litry

**17. Jaké tekutiny nejčastěji pijete? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) kávu
- b) černý čaj
- c) zelený čaj
- d) ovocný čaj
- e) vodu
- f) vodu se šťávou
- g) minerálky
- h) pivo
- i) víno
- j) džusy
- k) jiné, uveďte prosím jaké .....

**18. Dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spaní:**

- a) piji pořád stejně jako během dne
- b) omezují příjem tekutin
- c) nepiji žádné tekutiny
- d) nepiji kávu a alkohol
- e) jinak, uveďte prosím jak .....

**19. Provádíte Kegelovo cvičení?**

- a) ne
- b) ano

**└ Pokud jste odpověděl / odpověděla ANO: V jaké poloze cvičíte?**

- a) v lehu na zádech (můžete zakroužkovat více možností)
- b) v lehu na břiše
- c) ve stoje
- d) v jiné, uveďte prosím v jaké .....

**20. Kdo Vás toto Kegelovo cvičení naučil? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) lékař
- b) sestra
- c) přečetl / přečetla jsem si informační brožuru
- d) jiné, uveďte prosím jaké .....

**21. Provádíte techniku přerušovaného močení ?**

- a) ano
- b) ne
- c) neznám ho

**22. Provádíte stahování svalů pánevního dna?**

- a) provádím průběžně během dne
- b) provádím vždy před vstáváním z lůžka
- c) jinak, uveďte prosím jak .....

**23. Jak hodnotíte sám sebe / sama sebe? (můžete zakroužkovat více možností)**

- a) plnohodnotný / plnohodnotná
- b) méněcenný / méněcenná
- c) cítím se špatně
- d) cítím se depresivně
- e) cítím se nervózně a bojím se
- f) nevím

**24. Ovlivňuje močová inkontinence Váš vztah s partnerkou / partnerem?**

- a) ano, hodně
- b) ano, někdy
- c) ano, vyjímečně
- d) ne, nikdy
- e) nevím



**25. Ovlivňuje močová inkontinence Váš rodinný život?**

- a) ano, hodně
- b) ano, někdy
- c) ano, výjimečně
- d) ne, nikdy
- e) nevím

**26. Ovlivňují Vaše potíže navštěvování příbuzných a přátel?**

- a) ano, hodně
- b) ano, někdy
- c) ano, výjimečně
- d) ne, nikdy
- e) nevím

**Děkuji Vám za spolupráci. Zdeňka Kukačková**

## Gaudenzův dotazník

Cílem je typizovat anamnézu. 15 otázek statisticky významně poukazuje na motorickou urgentní inkontinenci nebo inkontinenci stresovou. 12 dalších otázek pomáhá upřesnit diagnózu. Body urgentní inkontinence (arabské číslice) a stresové inkontinence (římské číslice) sečteme. Jestliže urgentní skóre je více nebo rovno 13 a stresové méně nebo rovno 6, jde s největší pravděpodobností o urgentní inkontinenci. U stresové inkontinence jsou hodnoty opačné.

### Otázky:

- 1) Odtéká Vám někdy nechtěně moč?
  - a) ano
  - b) ne
  
- 2) Jak často odtéká nechtěně moč?
  - a) zřídka, např. po prochladnutí I
  - b) náhodně I
  - c) denně, vícekrát za den 1
  - d) prakticky trvale 1
  
- 3) Jak velké je množství odteklé moči?
  - a) několik kapek I
  - b) ustříknutí
  - c) větší množství 1
  
- 4) Kolikrát denně musíte měnit spodní prádlo?
  - a) není nutno
  - b) vícekrát denně
  
- 5) Používáte vložku nebo vatu?
  - a) při odchodu z doma
  - b) také doma
  - c) také v noci

- 6) Když si vložku měníte je tato
- a) suchá
  - b) zvlhlá
  - c) mokrá
  - d) promočená, ukapávají kapky
- 7) Únik moče pro mne je
- a) vlastně žádný problém
  - b) občas mne trápí I
  - c) silně mne rozrušuje
  - d) značně mně vadí 1
- 8) Při kterých situacích uniká nechtěně moč?
- a) při kašli a kýchnutí I
  - b) při smíchu
  - c) při chůzi nebo chůzi do schodů
  - d) při chůzi se schodů
  - e) při skákání, cvičení, poskakování
  - f) ve stoji
  - g) v sedu, vleže 1
- 9) Po které příhodě začala moč nechtěně utíkat?
- a) po porodu
  - b) po břišní operaci
  - c) s příchodem klimakteria
  - d) jindy
- 10) Kolik dětí jste porodila?
- a) žádné
  - b) 1 -3
  - c) více jak 4
- 11) Počet dětí přes 4 000 g hmotností
- a) 0
  - b) 1
  - c) více než 2
- 12) Máte ještě měsíčky?
- a) ano
  - b) ne
- 13) Měla jste břišní operaci?
- a) ano - kterou?
  - b) ne

- 14) Pálí vás při močení?  
a) ano, během močení  
b) ano, po vymočení  
c) ne
- 15) Jak často uniká moč dne, jak často chodíte močit?  
a) každé 3 - 6 hod. III  
b) každé 2 hod. 2  
c) každou půlhod. nebo častěji  
d) zcela rozdílně, po rozčlenění
- 16) Probudí vás v noci nucení na močení?  
a) ne III  
b) jednou, nepravidelně  
c) 2 - 4 krát 3  
d) více než 5 krát
- 17) Uniká v noci nepozorovaně při spánku moč?  
a) ne I  
b) příležitostně, zřídka  
c) část, pravidelně 1
- 18) Když máte nucení na močení, musíte jít ihned nebo můžete posečkat?  
a) mohu posečkat III  
b) musím jít během 10-15 min. II  
c) musím jít během 1 - 5 min. 3
- 19) Přihodí se, že když se opozdíte vám na cestě na WC unikne moč?  
a) ne  
b) zřídka, např. při prochlazení III  
c) příležitostně  
d) pravidelně, často 3
- 20) Přihodí se vám, že když dostanete tlak na močení a krátce nato nechtěně unikne moč, není ve vašich silách tomu zabránit?  
a) ne III  
b) zřídka  
c) často 3
- 21) Můžete chtěně přerušit proud močení?  
a) ano  
b) ne  
c) nevím

22) Máte pocit, že je měchýř po vymočení prázdný?

- a) ano I
- b) ne 1
- c) ne vždy
- d) nevím

23) Potlačit nucení na močení je pro mne

- a) vlastně žádný problém III
- b) občas mne ruší III
- c) silně mne ruší 3
- d) značně mne obtěžuje 2

24) Hmotnost pacientky

- a) do 50 kg
- b) 51-60 kg
- c) 61-70 kg
- d) 71-80 kg
- e) 81 kg a více I

25) Máte návaly?

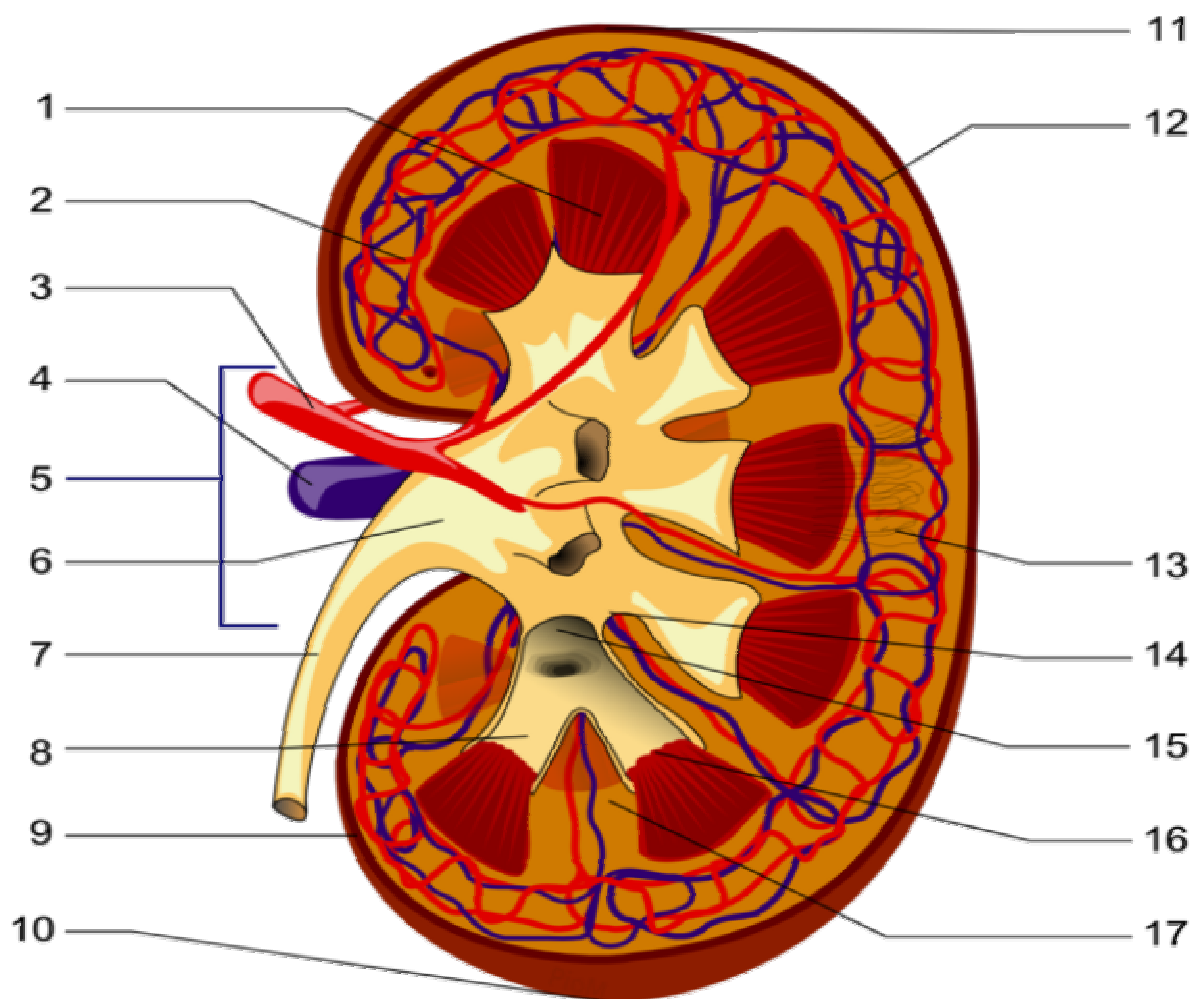
- a) ano
- b) ne

26) Berete hormonální tablety nebo inj.?

- a) ano
- b) ne

ZDROJ: ZIKMUND, J. HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. II. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 22-25 s. ISBN 80- 7013- 096- 2.

Příloha 4- Structures of the kidney



- |                      |                            |                   |
|----------------------|----------------------------|-------------------|
| 1. Renal pyramid     | 8. Minor calyx             | 15. Major calyx   |
| 2. Interlobar artery | 9. Renal capsule           | 16. Renal papilla |
| 3. Renal artery      | 10. Inferior renal capsule | 17. Renal column  |
| 4. Renal vein        | 11. Superior renal capsule |                   |
| 5. Renal hilum       | 12. Interlobar vein        |                   |
| 6. Renal pelvis      | 13. Nephron                |                   |
| 7. Ureter            | 14. Minor calyx            |                   |

ZDROJ: (online) *Wikipedia, otevřená encyklopedie*. Cit. 23.4.2007.

Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ledvina>

Příloha 5- BEROCATH, močový katétr Foley



ZDROJ: (online) *MEDIFORM s.r.o.* Cit. 23.4.2007.

Dostupné z: [http:// www.mediform.cz/default.asp?nDepartmentID=346](http://www.mediform.cz/default.asp?nDepartmentID=346)

## Příloha 6- Inkontinenční pomůcky

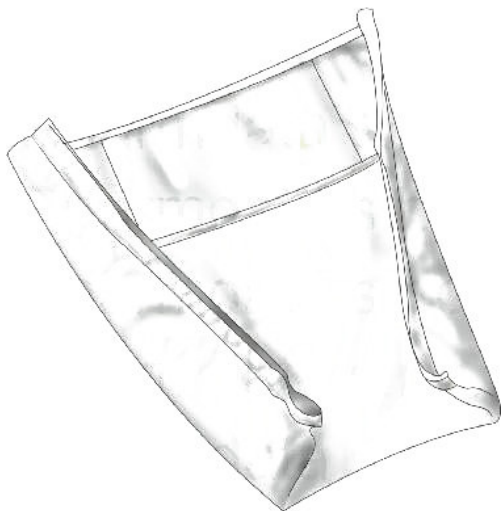
Inkontinenční kalhotky Abri-form



Inkontinenční kalhotky Molicare



Inkontinenční kapsa Abri-man



Inkontinenční plena Abri-let



ZDROJ: (online) *Lékárna Uherský Brod*. Cit. 1.12.2006.

Dostupné z: <http://www.lekarna-uhbrod.cz>

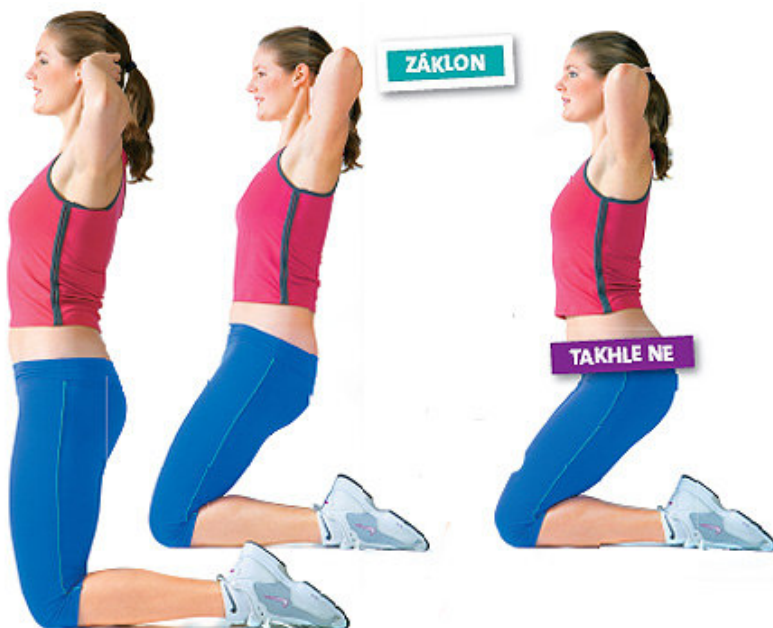


## Příloha 7- Posilování svalů pánevního dna



### ZVEDÁNÍ PÁNVE

Položte se na zem, nohy pokrčte v kolenou v šíři boků, paže nechte volně podél těla. Procítěně zvedejte pánev od podsazení směrem nahoru (ne pasivně) - obě půlky hýždí jakoby secvakněte a poté obratel po obratli rolujte vzhůru. V poloze „nahore“ vydržte asi 3 sekundy a vraťte se zpátky stejným způsobem (rolování) do výchozí polohy. Opakujte 10x ve třech sériích.



### ZÁKLON

Zaujměte pozici jako na obrázku. Zpevněte trup včetně celé spodní oblasti - hýždě a svaly dna pánevního. Ve zpevněné poloze jděte do mírného záklonu (záklon nepřehánějte, hýždě rozhodně nepokládejte na paty!). Poté se vraťte zpět do výchozí pozice.



### ZVEDÁNÍ PÁNVE II.

Natažené nohy zvedněte do výšky (nezapleťte!). Doporučujeme položit dlaně na břicho. Poté zvedejte celou spodní část těla směrem vzhůru, ovšem ne švihem „do svíčky“, ale tahem nahoru. V poloze nahoře pár sekund setrvejte (pokud je to možné) a plynulým pohybem se vraťte zpět dolů. Opakujte 10-15x ve třech sériích.



#### CVIČENÍ VSTOJE

Postavte se, nohy od sebe, špičky ven, mírný podřep. Břišní svaly vtáhněte, „secvakněte“ hýždě a znovu si uvědomte procítěné vtažení svalů - aktivně stáhněte půlky k sobě, uvědomte si stažení svěřačů. V této pozici podsazujte pánev. Neprohýbejte se v bedrech a nevystřkujte zadeček!

#### PRO KAŽDÝ DEN

Posilovat svaly pánevního dna stahováním hýždí můžete v podstatě kdekoli a kdykoli (např. v tramvaji, na zastávce, ve frontě). Pokud tedy nemáte extrémně elastické, slabé oblečení. Dělejte to ovšem soustředěně a vědomě, myslete přitom na stahování svěřačů. Lehčí stažení nejsou tolik účinná.

ZDROJ: (online) JURÁČKOVÁ, L. *Posilování svalů pánevního dna*. Cit. 5.5.2007.  
Dostupné z: <http://www.mladazena.cz>

