

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**UROGYNEKOLOGICKÉ OPERACE A OŠETŘOVATELSKÁ
PÉČE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Vlasta Koudelková

Autor práce:
Vlasta Špilauerová

2009

Abstract

The Bachelor's work is called Urogynecological Operations and Nursing Care. The aim of this work has been to summarise up-to-date ways of surgical treatment of urinary incontinency and following nursing care in the theoretical part and to find out common reasons why women search for a professional help in the practical part. In this part I have also tried to find out if women are informed of possible options of urogynecological treatment and if they are provided with a good-quality nursing care.

The qualitative research method, a questionnaire, was used. The information was collected at the gynecological department of the hospital in České Budějovice. Eighty clients (100%) were asked to complete the questionnaire. There were options offered in some questions. The return rate was 92.5% (74 questionnaires) but only 66 of them (82.5%) could be used for final evaluation. This number (66) finally represents 100%.

There were three hypotheses stated. The first hypothesis should have proved that women search for professional help in case of their urinary incontinence. It has proved in 100%. The second hypothesis should have proved that women-clients are informed of urogynecological treatment options. The hypothesis has proved. The third hypothesis should have proved that women-clients are provided with a good-quality nursing care. This hypothesis has also proved as the clients are satisfied with the nursing care.

The findings of this research could be beneficial for clinic work. Midwifery is supposed to be a mission in life. Women should be cared for all their lives. If we wish to be respected, we should help women throughout their lives, not only in the time when they deliver their child.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Urogynekologické operace a ošetrovatelská péče“ vypracovala samostatně a použila jen z pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne:.....

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Vlastě Koudelkové, R.M. za odborné vedení, věnovaný čas, ochotu a rady při zpracovávání této bakalářské práce.

OBSAH	str.
ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Klasifikace a druhy močové inkontinence	5
1.2 Vyšetřovací metody používané při diagnostice inkontinence	7
1.2.1 Anamnéza	7
1.2.2 Klinická vyšetření	8
1.2.3 Urodynamické vyšetření	9
1.2.4 Zobrazovací metody	10
1.2.5 Pomocné vyšetřovací metody a testy	10
1.3 Způsoby léčby močové inkontinence	11
1.3.1 Konzervativní léčba	11
1.3.1.1 Změna životního stylu	11
1.3.1.2 Rehabilitace svalů pánevního dna	12
1.3.1.3 Elektrostimulace	13
1.3.1.4 Farmakoterapie	14
1.3.2 Operační léčba – invazivní	14
1.3.2.1 TVT operace	15
1.3.2.2 TVT – O tahu prostá transobturatorní páska	15
1.3.2.3 Nejnovější inovace TVT pásky – mini páska	16
1.3.2.4 Kolpopexie dle Burche	16
1.3.2.5 Poševní plastika přední (kollyporhaphia anterior)	16
1.3.2.6 Úloha porodní asistentka v předoperační přípravě	16
1.3.2.7 Úloha porodní asistentky v pooperační péči	18
1.3.2.8 Uspokojování potřeb u pacientek s operačním výkonem v ošetrovatelském procesu	19
1.3.2.9 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u pacientek s operačním výkonem	22
2. CÍLE A HYPOTÉZY	23
2.1 Cíl práce	23

2.2 Hypotézy práce	23
3. METODIKA	24
3.1 Popis metodiky	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	25
5. DISKUZE	44
6. ZÁVĚR	51
7. SEZNAM UVEDENÝCH ZDROJŮ	53
8. KLÍČOVÁ SLOVA SEZNAM ZDROJŮ	55
9. PŘÍLOHY	56
9.1 Seznam příloh	56

ÚVOD

Motto:

„Není více obtěžující poruchy než je neudržení moči...“

Stálé odkapávání páchnoucí moči prosakující prádlem lnoucím vlhce a chladně k tělu vylučuje pacientku z rodiny i společnosti.“

Howard T. Kelly

Nedostatečné udržení moči je diagnóza, se kterou se všichni setkáváme denně na pracovišti nebo v osobním životě. Při denní rutině může na nás působit zlehčujícím dojmem. Na mírné pomočování se přeci neumírá. Je to závažný zdravotní, ale i hygienický problém, který ženy nejrůznějšího věku nesou s sebou. Je to handicap, se kterým se moderní žena jen těžko vyrovnává (13).

Věk populace se prodlužuje a spolu s tímto potěšujícím vývojem narůstá i výskyt některých chorob i stavů, mezi kterými je inkontinence moči u žen, poruchy morfologie a funkce pánevního dna. Ty představují již po dlouhou dobu inspirující problém pro celé generace lékařů, ale až ve druhé polovině 20. století byly vytvořeny podmínky pro jejich diferenciální diagnostiku a kauzální léčbu. Tyto pokroky byly umožněny vznikem interdisciplinárního oboru – urogynekologie.

Poruchy funkce orgánů malé pánve, kde sousedí močové ústrojí, pohlavní orgány a rektum, si toto spojení znalostí a možností urologů a gynekologů, v poslední době i proktologů, vynutily. Výsledkem těchto integračních tendencí bylo založení Mezinárodní společnosti pro kontinenci (International Continence Society – ICS, 1971), která poskytuje prostor pro diskuzi o otázkách terminologie, anatomie, neurofyzologie, diagnostiky a léčby poruch funkce a polohy orgánů malé pánve. Další významnou formou spolupráce na tomto poli je Mezinárodní urogynekologická společnost (International Urogynaecological Association – IUGA) a řada národních organizací odborníků, laiků, pacientů, šířících nové poznatky. V České republice je to

Urogynekologická společnost, Urologická společnost a Urologická sekce České gynekologicko-porodnické společnosti, které sdružují odborníky z mnoha pracovišť (6).

Neexistuje žádná shodná definice kvality života, při definování je hlavně míněna kombinace pacientkou hodnocených aspektů zdraví, včetně fyzických, sociálních funkcí, emočního a duševního stavu, zatížení symptomy nemoci a pocit celkové pohody. Ženy zůstávají déle aktivní a nechtějí tolerovat sníženou kvalitu života, která doprovází inkontinenci a sestup pánevních orgánů. Světová zdravotnická společnost (WHO) definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody“ (12).

Cílem práce je shrnutí současných poznatků o močové inkontinenci, léčebných přístupů z hlediska urogynekologie a ošetrovatelské péče. Ve výzkumném šetření bude zjišťováno co přesně vede ženy k vyhledání odborné pomoci, do jaké míry jsou informovány o možnostech urogynekologické léčby a zda je ženám z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče.

1. SOUČASNÝ STAV

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav. Nezávisle na věku je močovou inkontinencí ovlivněno mnoho žen ve všech oblastech života – fyzické, psychické, sociální, v sexuální, doma i v zaměstnání. Mnoho těchto inkontinentních žen pomoc nevyhledá nikdy a nebo tak učiní po mnoha letech strádání. Jedním z důvodů je jejich stud před lékařem, nevědí, na kterého odborného lékaře se mají obrátit. Rozhodne-li se žena k řešení svého problému, je velmi důležité získat její důvěru a poskytnout ji kvalitní, citlivou ošetrovatelskou péči.

Mezinárodní společnost pro kontinenci definovala inkontinenci jako stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné.

1.1 Klasifikace a druhy močové inkontinence

Definice inkontinence. Mezinárodní společnost pro kontinenci definovala inkontinenci jako stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné.

V roce 1973 byla doporučena Mezinárodní společností pro kontinenci (ICS) za účelem sjednocení diagnostiky a léčby používání jednotné, níže uvedené klasifikace močové inkontinence.

První oblast je extrauretrální inkontinence, která je buď vrozená ve formě extrofie nebo ektopického ureteru, nebo se vytvářejí uretrální, vezikální uretrální píštěle.

Druhá oblast je uretrální inkontinence a můžeme jí rozdělit na urgentní, reflexní, overflow, přepadovou, přetlakovou, stresovou, pravou nebo genuinní a smíšenou. Dále je to inkontinence tranzitorní a trvalá.

Urgentní inkontinence je mimovolní únik moči spojený se silným nucením k mikci. Bývá idiopatická nebo neurogenní a podle přítomnosti svalové kontrakce motorická (nestabilní detruzor) nebo senzorická (hypersenzitivita) (6). Tato inkontinence je charakterizována spontánní nebo vyprovokovanou kontrakcí močového měchýře během plnicí fáze provázenou silným nucením, kterou žena nemůže potlačit (6). Žena se obává, že se na toaletu nedostane v čas, že tzv. nedoběhne. Několikrát za

noc ji probudí nutková potřeba se vymočit. Tento typ je známý také jako hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder-OAB). Je způsoben přerušением nervových signálů mezi mozem a močovým měchýřem. Žena musí chodit na toaletu mnohem častěji a naléhavěji, než je běžné.

Reflexní inkontinence má projevy zvýšené aktivity spinálního mikčního reflexu netlumeného z CNS.

Overflow, přepadová, přetlaková inkontinence je akutní nebo chronická. Je to retence moči v důsledku nervové poruchy nebo blokády močové trubice, která brání plynulému odtoku moče. Moč odtéká z přeplněného močového měchýře (ischuria paradoxa).

Stresová, pravá nebo genuinní inkontinence je mimovolní únik moči, když intravezikální tlak převyší intrauretrální bez přítomné kontrakce detruzoru. Je také označována jako inkompetence uretry. Dochází k ní např. při kašli, kýchnutí, smíchu, zvednutí těžkého břemene. V etiologii hraje patrně největší roli dislokace močové trubice z oblasti působení nitrobřišního tlaku, který se pak při svých změnách na ni přenáší (6).

Smíšená inkontinence zahrnuje příznaky inkontinence urgentní a stresové.

Tranzitorní (přechodná) inkontinence se vyskytuje např. při onemocnění dolních močových cest (uroinfekce, cystitidy, radiační cystitis), při patologii v oblasti malé pánve (nádory, úrazy – fr. malé pánve, impaktovaná stolice v rektu), při stavech spojených s polyurií (diuretika, osmol. diuréza), při podávání některých léků a při mechanických překážkách.

Trvalá inkontinence se vyskytuje při onemocnění CNS, u stavů po chirurgických výkonech v oblasti krčku močového měchýře, po úrazech s postižením míšní nervové soustavy a u anatomických defektů.

Příčiny inkontinence moči jsou různé, např. infekce dolních cest močových, dráždivý měchýř, těžký průběh porodu, těžká fyzická práce, neurologická onemocnění jako důsledek celkového onemocnění např. diabetes (14).

1.2 Vyšetřovací metody používané při diagnostice inkontinence

Díky funkční síti ambulantních zařízení máme možnost pacientkám s dysfunkcí močového systému poskytnout specializovanou zdravotní péči.

Při zjišťování charakteru potíží souvisejících s vyprazdňováním moči je důležité použít komplexní přístup zahrnující správné odebrání anamnézy, přes klinické testy až po přístrojová vyšetření, aby byla porucha správně diagnostikována a mohla být adekvátně řešena (19).

1.2.1 Anamnéza

Anamnéza, která je nejzákladnějším vyšetřením, umožňuje nám získat cenné informace a pomoci v orientaci o typu inkontinence i následné léčbě. Je nedílnou součástí vyšetřovacího procesu.

Při vstupním rozhovoru je důležité dbát na objasnění otázek souvisejících se způsobem a závažností úniku moči, prodělanými infekcemi močového ústrojí, s gynekologickým a neurologickým nálezem, s porody, všeobecnou anamnézou, současnou medikací, předchozí léčbou inkontinence, prodělanými operacemi, vrozenými vadami, pracovním zařazením, rodinným a sexuálním životem (6).

V rodinné anamnéze pátráme po vrozených vývojových vadách (vady uropoetického traktu, rozštěpové vady a anomálie v oblasti sakrální míchy).

V osobní anamnéze nás zajímají především prodělaná onemocnění, která by mohla mít podíl na vzniku inkontinence. Léky, které pacientka užívá (některé ovlivňují inkontinenci, mohou ji způsobit, vyvolat nebo zhoršit, patří sem např. diuretika, antihypertenzíva).

V gynekologické a porodnické anamnéze se zajímáme o údaje: menarche (první menstruace), délka menstruačního cyklu, doba trvání menstruace a její bolestivost. Dále jsou to údaje o pre nebo postmenopauzálním stavu, počet těhotenství i porodů, jejich ukončení, hmotnost narozených dětí (nad 4000g), byl-li porod spontánní, protrahovaný či ukončený operačně, zda došlo k nějakému závažnému porodnímu poranění a jak se hojilo. Důležité je zjistit, zda žena prodělala gynekologickou operaci, zvláště pak v malé pánvi. Zajímají nás eventuelní prodělané operace pro močovou inkontinenci.

V sociální a pracovní anamnéze je zjišťováno, jaké povolání žena vykonává, neboť inkontinence je častější u těch žen, které musejí zvedat těžká břemena. Například pacientky, které jsou vystavovány trvalému stresu v zaměstnání (např. učitelky), jsou mnohem častěji postiženy urgentní inkontinencí. Tato anamnéza má důležitý charakter při zpětném začlenění ženy zpět do zaměstnání.

Urologická anamnéza, zde se zaměřujeme na příznaky, které poruchy kontinence moči doprovázejí a to na příznaky doprovázející poruchy shromažďování moči a příznaky doprovázející poruchy vylučování moči.

Dále získáme informace od pacientky, která subjektivně vylíčí své obtíže a pak pomocí cílených dotazů údaje upřesní. Mezi potíže, které ženy nejčastěji udávají patří: polakisurie (časté močení), dyspareunie (bolestivost při pohlavním styku), dysurie (bolestivost při močení), hematurie (krev v moči).

Zjišťujeme počátek ženinych potíží, je-li souvislost s porodem či úrazem nebo operačním výkonem. Nutné je zjistit okolnosti, za kterých žena moč neudrží, je-li to v klidu, při smíchu, při kašli, kýchnutí, poskočení nebo popoběhnutí. Je důležité vysledovat, dochází-li k úniku moči po zvýšení nitrobřišního tlaku nebo je-li inkontinence spojena s nucením na močení. Součástí urologické anamnézy bývá také vyplnění dotazníku kvality života pro močovou inkontinenci (SF 36), který napomáhá zjištění vlivu inkontinence na život ženy. K rozlišení urgentní a stresové inkontinence slouží tzv. Gaudenzův dotazník, žena by jej měla vyplnit nelépe doma v klidu. Citován bývá také často specifický dotazník autorů z Kings College Hospital v Londýně.

1.2.2 Klinická vyšetření

Důležité je důkladné gynekologické vyšetření. Při pohledu odhalí příznaky a patologické stavy, např. macerace kůže rodidel, fluor, caruncula, orientačně se zhodnotí stav hormonální saturace sliznic a případné defekty závěsu pochvy a dělohy v klidu a při zatlačení.

Při palpačním vyšetření se posuzuje velikost a uložení dělohy, její pohyblivost, palpační citlivost (cervicitida může být příčinou urgentní inkontinence sensorického typu). Oblast uretrovezikálního spojení se vyšetřuje palpačně v klidu i při zatlačení a

sleduje se její mobilita. Přesvědčit se musí rovněž o stavu hráze a funkční zdatnosti svalstva dna pánevního (6).

Některé dysurické potíže mohou být způsobeny strikturou uretry, proto je možné přesvědčit se o jejím průsvitu kalibračními sondami. Dále se posuzuje vchod poševní a poševní stěny v klidu a při zatlačení tzv. Vasalův manévr (22).

U inkontinentních žen se posuzuje stav přední stěny poševní, kde může docházet k izolovanému poklesu nebo poklesu s hrdlem či s celou dělohou, čímž dochází ke vzniku cystokély, která se může projevit inkontinencí nebo naopak retencí moči.

1.2 Urodynamické vyšetření

Urodynamika je věda o transportu moči z močového měchýře mimo tělo a o jeho poruchách. Moderní urodynamika hodnotí tři veličiny: tlak, průtok a elektrické svalové potenciály (6).

Cystometrie zkoumá chování močového měchýře a močové trubice při postupném plnění fyziologickým roztokem. Sledujeme při jakém objemu začíná pacientka vnímat náplň, kdy by normálně vyhledala toaletu a jaká je maximální kapacita močového měchýře (14).

Uretrální profil je zjišťován při postupném vytahování cévky, kdy jsou snímány tlaky v močovém měchýři a v močové trubici. Výsledkem jsou informace o funkci stěny močového měchýře (14).

Uroflowmetrie (průtoková studie) se provádí v závěru vyšetření, kdy pacientka vymočí objem močového měchýře do speciální toalety, která umožňuje změřit močený objem v závislosti na čase – tedy maximální a průměrnou rychlost průtoku moči. Vyšetření je nebolestivé. Zavede se cévka do močového měchýře a snímač tlaku do konečníku. V obou případech se užívají sterilní tenké cévky. Podmínkou vyšetření je negativní kultivace moči a cytologie (14).

Elektromyografie zaznamenává elektrické potencionály vzniklé depolarizací svalu a v urogynekologii sleduje amplitudu, trvání, frekvenci potencionálů (6).

1.2.4 Zobrazovací metody

Ultrazvuk je neinvazivní a nejjednodušší vyšetření. Provádí se přes stěnu břišní, transvaginálně, transperineálně nebo introitálně. Nahrazuje rtg vyšetření ve srovnatelné kvalitě. Tímto ultrasonografickým vyšetřením je možné např. vyšetřovat močový měchýř a měřit uretrovezikální junkci nebo jakékoliv místo v průběhu uretry, měřit reziduum.

Rentgenové metody – UCG – rtg laterální uretrocystografie, intravenózní vylučovací urografie jsou metody, při kterých se používá k zobrazení kontrastní látka.

Cystoskopie je endoskopická metoda, která se provádí za pomoci optiky. Svůj význam má v případech, kdy na léčbu nereaguje urgentní inkontinence, jinak se využívá pouze jako doplňující vyšetření při neobjasněných dysurických potížích a průkazu hematurie (22).

1.2.5 Pomocné vyšetřovací metody a testy

Doplňujeme jimi klinická vyšetření. Slouží k upřesnění příčiny vzniku potíží pacientky.

Marshallův či Bonneyův test je test, kdy pacientka zakašle při naplněném močovém měchýři a při stresové inkontinenci uniká moč, po elevaci parauretrální tkáně prsty v oblasti krčku močového měchýře potom moč neodtéká (6).

Q tip test (cotton swab test) spočívá v zavedení pevné cévky do uretry a pokud při zatlačení nemění svou polohu, jde o normální stav či izolovanou cystokélu. Při uvolněním uretrovezikálním spojení opisuje cévka úhel vzhůru (6).

Při PAD testu je popsáno několik provedení, jejichž podstatou je vážení vložek před a po jasně definované tělesné aktivitě (6).

Froewistův test je taková test, kdy při malé náplni a vstoje pacientka zakašle, když udrží náplň močového měchýře, je kontinentní (6).

Mikční deníky jsou zvláštním typem urogynekologického vyšetření, sledují příjem a výdej tekutin v průběhu 24 hodin. Tyto záznamy objektivně informují o frekvenci mikce, distribuci mikce mezi denní a noční dobou a o každém objemu mikce. Slouží také k zaznamenávání epizod urgencye a úniku moči. Pacientka si sama do

předtištěného formuláře zaznamenává svůj mikční režim. To umožňuje aktivní zapojení pacientky do diagnostického procesu. O způsobu vyplnění je proto nutné pacientku podrobně poučit. Pouze správně vyplněný mikční deník nám může poskytnout využitelné informace. Mikční deník představuje neocenitelnou pomůcku pro hodnocení výsledku konzervativní i chirurgické terapie inkontinence moči (6).

Nedílnou součástí klinického vyšetření je vyšetření močového sedimentu, kultivace moči a kultivace z pochvy, hematologické vyšetření a onkologická cytologie. Moč se odebírá ze středního proudu moči po důkladném omytí genitálu nebo pomocí cévkování. Sěr z pochvy se provádí sterilní štětičkou. Je-li prokázána přítomnost patogenních mikrobů, je zapotřebí nejprve zaléčit infekci.

1.3 Způsoby léčby močové inkontinence

Léčba močové inkontinence vychází z typu a stupně inkontinence a z fyzického a psychického stavu nemocné a jejího přání. Po stanovení co nejpřesnější diagnózy by měl vždy následovat pohovor s pacientkou s podrobným vysvětlením jak příčin jejích potíží, tak i terapeutických možností. Současné metody terapie nabízejí významné možnosti konzervativního i operačního řešení močové inkontinence. Získání spolupráce pacientky a její motivace pro určitý terapeutický postup je jednou ze základních podmínek úspěšnosti terapie.

1.3.1 Konzervativní léčba – neinvazivní

Při ovlivnění funkce močového měchýře se snažíme o znovuzískání kortikální (CNS) kontroly močového měchýře (15).

1.3.1.1 Změna životního stylu

Změna životního stylu platí obzvláště v situacích, kdy k pravděpodobným etiologickým faktorům potíží s močením patří nesprávné návyky nebo nezdravý životní styl. Toho může být dosaženo změnou pacientčina chování, jejího prostředí nebo obojího. Proto by léčba měla být zahájena posouzením životního stylu pacientky a

zhodnocením potenciálních rizik, které se mohou podílet na vzniku patologie močení (6).

Mezi lokálně se uplatňující rizikové faktory patří: těhotenství, porod (plod nad 4000g), parita 4 a více porodů, nadměrná fyzická aktivita, nadměrný či naopak nedostatečný příjem tekutin.

Mezi přidružené, situačně se uplatňující rizikové faktory patří: obezita, kouření, zácpa, stravovací návyky, močové infekce, drogy a medikamenty, které se mohou přímým či nepřímým efektem podílet na narušení kontinence např. alkohol (může vést k sedaci, narušení mobility a má současně diuretický účinek) nebo z medikamentů pak diuretika, antihypertenzíva z řad alfy-blokátorů, ACE inhibitory, analgetika, anticholinergika, antacida, kalcium aj., komorbidity mohou způsobit kardiovaskulární problémy, městnavou srdeční slabost, cerebrovaskulární poruchy, diabetes, zhoršenou mobilita při polyartróze atd.

Je důležité omezit nadměrnou fyzickou aktivitu, zredukovat tělesnou hmotnost, vyvarovat se zvedání těžkých břemen (zejména po břišních operacích) a dodržovat správný pitný režim.

1.3.1.2 Rehabilitace svalů pánevního dna

Rehabilitace svalů pánevního dna je efektivní, neriziková terapie, která významně redukuje inkontinenci moči a je vhodné ji doporučit jako primární léčebný postup. Jako první na tuto problematiku upozornil americký chirurg A. Kegel, který zjistil, že pacientky s časnou recidivou po úspěšné operaci stresové inkontinence moči vykazují chabost svalů pánevního dna. Následné zavedení „Kegelových cvičení“ prokázalo u mnohých pacientek efekt na snížení stupně inkontinence, vyloučilo dříve plánované operace a zlepšilo sexuální funkce. Efekt cvičení lze očekávat, pokud je pacientka schopna správně cvičení provádět a dodržovat specifický léčebný režim.

Záměrné přetěžování je vyvolávání maximálních kontrakcí prodlužováním stahů, zvyšováním počtu opakování a redukcí relaxačních intervalů, které prokazuje zlepšení síly od 25-50 % po šestiměsíčním tréninku. Proto je minimální trvání k hodnocení efektu cvičení 15-20 týdnů. Během rehabilitace je vhodné změřit kontrakce

jen na cílovou svalovou skupinu. Pravidelné cvičení svalů zlepšuje stahy, sílu a vytrvalost. Nepravidelnost nebo redukce cvičení vede k nedostatečnému efektu a následnému ubývání oxidativní kapacity svalů. Proto se obvykle doporučuje režim cvičení 3-4 série s 8-12 maximálními pomalými kontrakcemi 3x týdně.

K dosažení efektu cvičení jsou zapotřebí dostatečná síla a potřebné trvání, správná frekvence cvičení a dostatečná doba cvičení. Důležité je sestavení individuálního cvičebního režimu, instruktáž, vaginální palpce a biofeedback kvalitního zhodnocení.

1.3.1.3 Elektrostimulace

Efekt je založen na stimulaci aferentních vláken n. pudendus, což vyvolá i podráždění aferentních vláken a zvýší se kontraktilita příčně pruhovaného uretrálního svalu a svaloviny pánevního dna. Současně se ovlivňuje i vegetativní systém, inhibuje se účinek parasymptiku a stimulují se beta-sympatické receptory ve stěně močového měchýře (15).

Elektrostimulace je nezbytná pro pacientky neschopné provést volní kontrakci svalů pánevního dna. Tato léčba vyžaduje použití vaginálních elektrod a zdroj nízkofrekvenčního bifázického proudu dostatečné intenzity k aktivaci motorických jednotek svalů pánevního dna. V současnosti existují dva typy elektrostimulačních přístrojů vhodných pro tuto fyzioterapii a jsou to přístroje připojené na elektrickou síť a nebo bateriové stimulátory vhodné pro nemocniční i domácí použití. Pomocí nich je možno provádět léčbu pravidelně a denně.

Léčebné úspěchy se udávají kolem 50 %, ale studie nejsou dobře dokumentované. Užití elektrostimulace je vhodné u pacientek, které nemohou být z nějakého důvodu operovány (6).

Indikace terapie je při hypofunkci a funkce svalů pánevního dna primární nebo jako následek spontánního porodu, při stresové inkontinenci při funkci svalů pánevního dna, při smíšené inkontinenci, neschopnosti přerušit močení, při poruše činnosti svalů pánevního dna při anorgasmii a některých sexuálních poruchách.

Využívají se vaginální elektrody. Anální elektrody jsou vhodné při současné ochablosti análního sfinkteru, při úzké pochvě i bolestivé inzerci vaginální sondy a u mladých dívek.

Při kontraindikacích nutno je vyloučit i přeléčit uroinfekci a atrofickou kolpitudu, pacientky s pacemakerem, s tumorem, s recidivujícím krvácením a v těhotenství.

Vedlejší účinky terapie je vaginální podráždění, bolest v pánvi, nepravidelné krvácení po vaginální stimulaci, křečovitě bolesti, průjmy a krvácení po transrektální stimulaci. Většinou však rychle vymizí.

1.3.1.4 Farmakoterapie

V praxi se při léčbě OAB také používají tricyklická antidepresíva (Imipramin), lokální aplikace estrogenů a intravezikální aplikace botulotoxinu (pouze u vybraných pacientek po selhání ostatní konzervativní léčby).

U hyperaktivního měchýře (OAB – overactive bladder) se používají především anticholinergika, zkusela se tricyklická antidepresíva (Imipramin), sympatomimetika (Efedrin, Terbutalin), blokátory kalciových kanálů (Nifedipin) nebo analog vazopresinu. Farmakoterapií lze velmi výrazně zmírnit např. symptom hyperaktivního močového měchýře (Desmopresin). Nejlepší zkušenosti jsou v současnosti s anticholinergiky (Oxybutinin, Trospium, Tolterodin, Solifenacin, Darifenacin) (1).

1.3.2 Operační léčba – invazivní

V dnešní době je už známa pravá příčina stresové inkontinence a proto se začala používat stále častěji nová miniinvazivní metodaTVT páska, která vytváří stálou podporu močové trubice a tím zabraňuje nekontrolovatelnému úniku moči. Mezi další nejčastěji používané operace pro léčbu močové inkontinence patří kolpopexie dle Burche a přední poševní plastika.

Výběr operace je ovlivněn stavem – tažností a kvalitou poševní stěny, intenzitou sexuálního života, obezitou, stářím a celkovým stavem pacientky (10).

1.3.2.1 TVT operace

Za normálních podmínek svalstvo pánevního dna podpírá močovou trubici a udržuje ji pevně zavřenou. Ženy se stresovou inkontinencí moče nemají močovou trubici v normální poloze, protože oslabené pánevní dno a pojivová tkáň ji nemohou poskytnout dostatečnou podporu. Tento nedostatek dokáže vyřešit TVT páska. Lékař zavede pásku ze speciální sítěky pod močovou trubici. Páska se stane trvalou podporou močové trubice, která odolá jakémukoliv tlaku, který působí v této oblasti (kašel, kýčání atd.). Močová trubice zůstává při zvýšení nitrobřišního tlaku uzavřena a k úniku moči nedochází (14).

Operativní výkon je krátký, trvá od 10 do 30 minut podle způsobu zavedení TVT pásky. Implantace pásky se provádí většinou v lokálním znecitlivění nebo se může provádět v epidurální anestézii či celkové narkóze. U lokální nebo epidurální anestézie může operátor pacientku požádat o spolupráci, aby zakašlala s naplněným močovým měchýřem, to aby lékař mohl pásku správně umístit. Než je pacientka propuštěna domů, lékař se přesvědčí, zda může normálně močit (14).

Páska je zavedena v místě drobného řezu v poševní sliznici asi 1 cm od zevního ústí močové trubice pod močovou trubici, páska se vede za symfýzu (stydskou sponu) a konec pásky se vyvede v podbřišku. Tah pásky se upravuje dle předoperačního vyšetření a pohyblivosti močové trubice nebo na základě perioperačního testu (pacientka zakašle) (14).

1.3.2.2 TVT-O tahu prostá transobturatorní páska

Z drobného řezu asi 1 cm od zevního ústí močové trubice se zavede páska pod močovou trubici a konec pásky se vyvede v oblasti genitofemorální rýhy (přechod mezi stehnem a velkými stydkými pysky) v úrovni 2 cm nad močovou trubicí. Páska se nefixuje. Je vyrobena z materiálu, který se dobře sám zafixuje v měkkých tkáních (14).

1.3.2.3 Nejnovější inovace TVT pásky - minipáska

Je umístěna pod močovou trubici jako v předchozích dvou způsobech (6). Metoda TVT není vhodná pro pacientky, které jsou těhotné nebo těhotenství plánují. Úspěšnost je udávána v 90 a více % (6).

1.3.2.4 Kolpopexie dle Burche

Nejčastěji používaná a velmi úspěšná operace stresové inkontinence moči. Cílem výkonu je elevace nebo suspenze (vyzdvižení a závěs) hrdla měchýře a proximální uretry pomocí sutury pevné paravaginální tkáně laterálních kleneb k lig. iliopectineum téže strany (10).

Operace se provádí Pfannenstielovým řezem vedeným 1 prst nad horním okrajem symfýzy.

Úspěšnost metody je udávána podle literárních zdrojů v rozmezí 84 – 91 % (6).

1.3.2.5 Poševní plastika přední (kollporhaphia anterior)

Operace se provádí vaginálním přístupem a její princip spočívá ve vytvoření podpůrného valu pod hrdlem močového měchýře a proximální uretrou (z diafragma urogenitale a pubovesikocervikální facie) (11).

Cílem je znovu obnovit a zajistit pozici uretrovezikální funkce v oblasti transmise abdominálního tlaku a jeho změn (6).

Přední plastika je navíc důležitou součástí rekonstrukce pochvy a v rámci řešení descenzu a prolapsu orgánů malé pánve. Bývá tak součástí vaginální hysterectomie (6).

Úspěšnost této operace literatura uvádí v 60 % (6).

1.3.2.6 Úloha porodní asistentky v předoperační přípravě

V krajské ambulanci obdrží žena od porodní asistentky tiskopis, kde jsou vyznačena potřebná vyšetření podle operačního výkonu (laboratorní testy – KO + FW, moč + sediment, základní koagulace, biochemická vyšetření – biochemický soubor, rtg, EKG + interní závěr), které zajišťuje praktický lékař. V den přijetí si žena přináší výsledky a závěry vyšetření s sebou. Délku vysazení antikoagulační, antiagregační,

antikoncepční léčby určí lékař. Dle stavu nemocné je zajištěna autotransfúze, dle ordinace lékaře jsou objednány krevní deriváty, provede se UZ ledvin. Doplní se pomocná vyšetření dle diagnózy – vylučovací urografie, cystoskopie, urodynamické vyšetření (8).

Je-li žena indikována k operaci a umožňuje to její zdravotní stav je hospitalizována lačná až v den operace .

Před operací si ambulantně vyřídí standardní předoperační vyšetření. Po proběhlém příjmu na oddělení, porodní asistentka pacientku oholí, vyčistí pupeční jizvu a podá ji glycerínový čípek na vyprázdnění. Pacientku seznámí s ošetrovací jednotkou dle zvyklostí oddělení. Večerní medikaci podá porodní asistentka dle ordinace ARO konzilia. Podává se miniheparinizace, hypnotika a léky na neutralizaci žaludečních šťáv. Premedikaci dle anesteziologa podává porodní asistentka na výzvu z operačního sálu.

Nezbytnou součástí předoperační přípravy je psychická příprava ženy, která je založená na informovanosti nemocné o povaze onemocnění, možných řešeních, způsobu operace a případných komplikacích tzv. Pozitivní revers. Tyto informace podává lékař nebo operatér. Toto poučení stvrdí všichni svými podpisy, včetně svědka (8).

Úloha porodní asistentky v předoperační přípravě spočívá v uklidnění a zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Porodní asistentka seznámí nemocnou s průběhem předoperační přípravy a předpokládané pooperační péči. Informovanost nemocné pomáhá zajistit větší spolupráci a psychickou vyrovnanost. Dále zajistí porodní asistentka doplnění vyšetření, která jsou ordinována ošetřujícím lékařem, anesteziologem nebo internistou. Dále zajišťuje neustálý kontakt mezi nemocnou a porodní asistentkou a umožní kontakt s rodinou. Při pohovoru s nemocnou získává sestra informace o zvyklostech a potřebách nemocné a důležité informace zaznamenává do dokumentace. Je důležité získání pocitu důvěry a jistoty nemocné, nemocná musí vědět, že je jí porodní asistentka kdykoliv k dispozici.

Provede se záznam fyziologických funkcí nemocné, hmotnosti, záznam o alergiích, záznam o užívaných lécích a záznam o podávání informací nejbližším příbuzným (8).

Porodní asistentka seznámí nemocnou s předoperačním režimem, do kterého patří také tělesná příprava nemocné. Je nutné zdůvodnit přípravu střev a zajistit dostatečné vyprázdnění (klyzma, glycerínový čípek) pacientky. Dále je potřebné seznámit nemocnou s přípravou kožního povrchu v operační oblasti (oholení) a koupele před operací s antimikrobiálními prostředky. Porodní asistentka podává informace o předoperační medikaci, vysvětlí ženě přiměřeně léčebné postupy nařízené lékařem, jako je intravenózní léčba, zavedení močového katétru a použití kompresivních punčoch. Vysvětlí klientce potřebu nepřijímání potravy a tekutin ústy nejméně 8 hodin před plánovanou operací. Poskytne jí všeobecný časový rozvrh perioperačních úkonů. Dále zdůvodní potřebu odstranění šperků, hodinek, protetických pomůcek (brýle, naslouchací aparát, zubní náhrady, event. ostatní protézy, oční čočky) bezprostředně před operací. Informuje ženu o místě, kde bude před operací a také případně, kde se nachází čekárna pro příbuzné (9).

1.3.2.7 Úloha porodní asistentky v pooperační péči

Po operaci přiveze sanitář v doprovodu anesteziologického lékaře nebo sestry (dle zvyklostí oddělení) pacientku na gynekologickou JIP, kde se pacientka zotaví do stabilizace.

Pacientka má z operačního sálu zaveden Folleyův katétr, popřípadě i tamponádu. Porodní asistentka sleduje kromě fyziologických funkcí také příjem i výdej tekutin, množství, specifickou hmotnost i barvu moči a krvácení. Je-li ženě případně při operaci zavedena tamponáda, je lékařem většinou večer odstraněna. Folleyův katétr je ponechán do rána. Analgezie je podávána dle potřeby a dle ordinace lékaře. Pokud je pacientka stabilizována, může přijímat tekutiny perorálně a večer již večeřet. Večer v den operace vstává žena za asistence porodní asistentky 6 hodin po výkonu.

Nemocná je vedena k aktivním pohybům dýchacím, pohybům zejména dolních končetin a je pokračováno v prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Ta spočívá jak

v časně mobilizaci pacientky, tak v bandáži dolních končetin i v péči medikamentózní, která je zajištěna podáváním nízkomolekulárních derivátů heparinu (Fraxiparin, Clexane, Fragmin) (3).

Rehabilitační péče se řídí podle typu operace, podléhá zvláštnímu vedení, kdy je nemocné doporučováno např. nesedat nebo necvičit pánevní dno.

Ráno při vizitě rozhodne lékař (při nekomplikovaném pooperačním průběhu) o předání pacientky na standardní oddělení perioperační gynekologie a tam je o ženu pečováno až do propuštění do domácího ošetřování. Za týden se pacientka pozve na kontrolu do urologické ambulance na kontrolní ultrazvukové vyšetření (10).

Pacientka je propuštěna a poučena o klidovém režimu a možných komplikacích (krvácení, infekce). Nesmí zvedat těžké předměty po dobu tří měsíců (maximálně 2 kg). Nesmí sportovat 3 měsíce po operaci, taktéž jezdit na kole, jízdu na kole může provádět až po 3 měsících po operaci. Důležité je také udržovat stálou tělesnou hmotnost.

1.3.2.8 Uspokojování potřeb u pacientek s operačním výkonem v ošetrovatelském procesu

Cílem péče po urogynekologické operaci je zajistit maximální péči o ženu, dosažení jejího pohodlí, seznámení s průběhem pooperační péče, zajištění dokumentace i odborných vyšetření a komplexní uspokojení všech somatických, psychických a sociálních potřeb ženy (16, 20).

Spánek a odpočinek jsou základními předpoklady pro zdraví. Spánek je základní lidskou potřebou. Nefyziologický zásah do organismu operačním výkonem a s tím spojená bolest, únava, nejistota, strach a cizí prostředí narušují tuto základní lidskou potřebu. Úkolem porodní asistentky je zhodnotit a zajistit prostor, podmínky a omezit rušivé podmínky (ztlumit osvětlení, zatemnit místnost žaluziemi, omezit zvukové podmínky, vhodně upravit lůžko a poskytnout dostatečné pohodlí). Případně podat léky s hypnotickým či sedativním účinkem (4, 9, 16, 20).

V souvislosti s operačním výkonem je důležité sledovat management bolesti. Porodní asistentka hodnotí intenzitu, lokalizaci, kvalitu, typ bolesti a doprovodné symptomy na základě slovního vyjádření nemocné. Hodnocení intenzity bolesti se

provádí pomocí vizuálních škál bolesti. Z farmakologických postupů je včasné pooperační péči indikováno podávání opioidů (např. Dipidolor, Dolsin) nebo analgetik (např. Tramal, Algifen aj.) intramuskulárně podle ordinace lékaře a zvyklosti oddělení. Z nefarmakologických postupů je možné nemocné doporučit různé typy relaxačních poloh a cvičení, termoterapie nebo hydroterapie (9, 20, 4, 16, 7).

Péče o výživu, která je také základní biologickou potřebou člověka, je potřebná k udržení biologické rovnováhy organismu a se odvíjí opět od vlivu operačního zákroku, kdy je narušena činnost gastrointestinálního traktu i motilita žaludku je narušena vlivem anestetických látek. Při ošetrovatelské péči je důležité šetrně zatěžovat trávicí systém až k původnímu typu stravy. Podmínkou je dostatečná hydratace. Tekutiny přijímá nemocná pomocí infúzní terapie a perorálně po doušcích může začít tekutiny přijímat po obnovení polykacího reflexu zhruba 2 hodiny po operačním zákroku (prevence aspirace do plic). Podáváme hořký čaj nebo neperlivou vodu, podle přání nemocné. První 2 hodiny jsou jí pouze otírány rty vlhkým mulem nebo speciální štětičkou s glycerínovým roztokem podle zvyklosti oddělení (oschlé rty, suchá ústa, jazyk). Večer po stabilizaci stavu ženy je možné podat normální stravu dle ordinace lékaře a zdůraznit dostatečný příjem tekutin, což činí 2,5-3,5 l denně i v následujících dnech po operaci.

Pravidelné vyprazdňování tlustého střeva je základní fyziologickou funkcí. Je to potřeba individuální a velmi intimní. Po operačním zákroku dochází k jejímu narušení, permanentní katétr snižuje tonus svalstva močového měchýře, anestézie a operační výkon snižují až zastavují motilitu střev. K vyprazdňování stolice dochází až po postupném zatěžování trávicího traktu. Meteorismus, který se může po operaci objevit, bývá způsoben útlumem peristaltiky a obvykle netrvá déle než 2 dny. K dobré peristaltice přispívá včasná mobilizace nemocné. Porodní asistentka musí věnovat i správnou péči při vyprazdňování močového měchýře. Pečuje o cévku a sleduje diurézu za 24 hodin dle množství přijatých tekutin. Po odstranění cévky (dle ordinace lékaře), zpravidla 1. pooperační den, by se žena měla vymočit do 6-8 hodin po extrakci katétru. Neobnoví-li se spontánní močení, porodní asistentka může zvolit podpůrné metody jako je např. přikládání teplého obkladu na podbřišek, nechat téct vodu nebo umožnit

nemocné namočení rukou do teplé vody, musí vybízet ženu k dostatečnému příjmu tekutin, zajistí jí soukromí a dostatek času na mikci. Nepomohou-li všechna opatření, je nutné močový měchýř za přísně sterilních podmínek vycévkovat pro hrozící nebezpečí retence moči a možný rozvoj infekce močového měchýře (2).

Čistota a hygiena patří také mezi základní biologické potřeby člověka. Po urogynekologické operaci žena vstává za 6 hodin po výkonu. Porodní asistentka musí zhodnotit celkový stav ženy a úroveň schopnosti sebezpečí a soběstačnosti a podporovat nezávislost ženy. Celkovou hygienu provádí žena ve sprše nebo u umyvadla za stálé přítomnosti sestry a její pomoci.

Součástí komplexní péče je rehabilitace. Hlavní zásadou cvičení po operaci je začít cvičit časně, jakmile to dovolí stav ženy. Předchází se tak tím i pooperačním komplikacím (např. tromboembolická nemoc). Cvičení provádí zpravidla rehabilitační sestra, která nemocnou poučí o zásadách cvičení po urogynekologických operacích, která mají svá specifika např. žena nesmí cvičit svaly pánevního dna nebo si sedat.

V následné péči je rovněž důležité dodržovat určité zásady, např. nezvedat těžká břemena po dobu minimálně 3 měsíců (max. 2 kg), nesportovat a nejezdit na kole minimálně 3 měsíce.

Dále je žena poučena o možnosti sdružování se v klubech pro osoby trpící nekontrolovaným únikem moči např. Pelvis kluby.

Pelvis kluby jsou součástí programu Inco Forum, jehož cílem je pomoci osobám trpícím nekontrolovaným únikem moči. Cílem klubu je poskytnout pacientkám základní informace o příčinách vzniku inkontinence a o možnostech léčby s důrazem kladeným na posilování svalů pánevního dna. Pelvis kluby poskytují také prostor pro klubovou činnost a výměnu zkušeností ženám trpícím inkontinencí. Nejdůležitější klubovou aktivitou je ovšem cvičení, které vedou zkušené fyzioterapeutky (21).

Do klubu se mohou přihlásit ženy všech věkových skupin, které trpí nekontrolovatelným únikem moči a mají z nějakého důvodu porušenou statiku pánevního dna. Doporučení ošetřujícího lékaře není nutné (21).

1.3.2.9 Vybrané ošetřovatelské diagnózy u pacientek s operačním výkonem

00004 Riziko infekce v souvislosti s operačním výkonem.

00016 Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s ochabnutím svalů pánevního dna, projevující se samovolným únikem moči.

00028 Riziko deficitu tekutin v souvislosti se ztrátou tělesných tekutin.

00093 Únava v souvislosti s psychickými faktory, projevující se verbalizací nemocného.

00095 Porušený spánek v souvislosti s operačním výkonem, projevující se nespavostí.

00126 Deficitní znalosti v souvislosti s nesprávným výkladem informací, projevující se neklidným chováním nemocného.

00132 Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem, projevující se verbalizací nemocného.

00134 Nauzea v souvislosti se stavem po anestezii, projevující se verbalizací nemocného.

00146 Úzkost v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem, projevující se neklidným chováním nemocného.

00148 Strach v souvislosti s přirozenými a intenzivními zdroji strachu – z bolesti po operačním zákroku, projevující se neklidem nemocného.

00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti v souvislosti se zájmem o nové informace, projevující se vyjádřením ochoty nemocného.

00166 Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči v souvislosti s porušeným vyprazdňováním moči, projevující se vyjádřením ochoty nemocného zlepšit svůj stav.

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, jaké nejčastější důvody vedou klientky k vyhledání odborné pomoci.

Cíl 2

Zjistit, zda jsou klientky informované o možnostech urogynekologické léčby.

Cíl 3

Zjistit, zda je klientkám z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1

Nejčastějším důvodem u žen k vyhledání odborné pomoci je močová inkontinence.

Hypotéza 2

Klientky jsou informované o možnostech urogynekologické léčby.

Hypotéza 3

Klientkám je z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče.

3. METODIKA

3.1 Popis metodiky

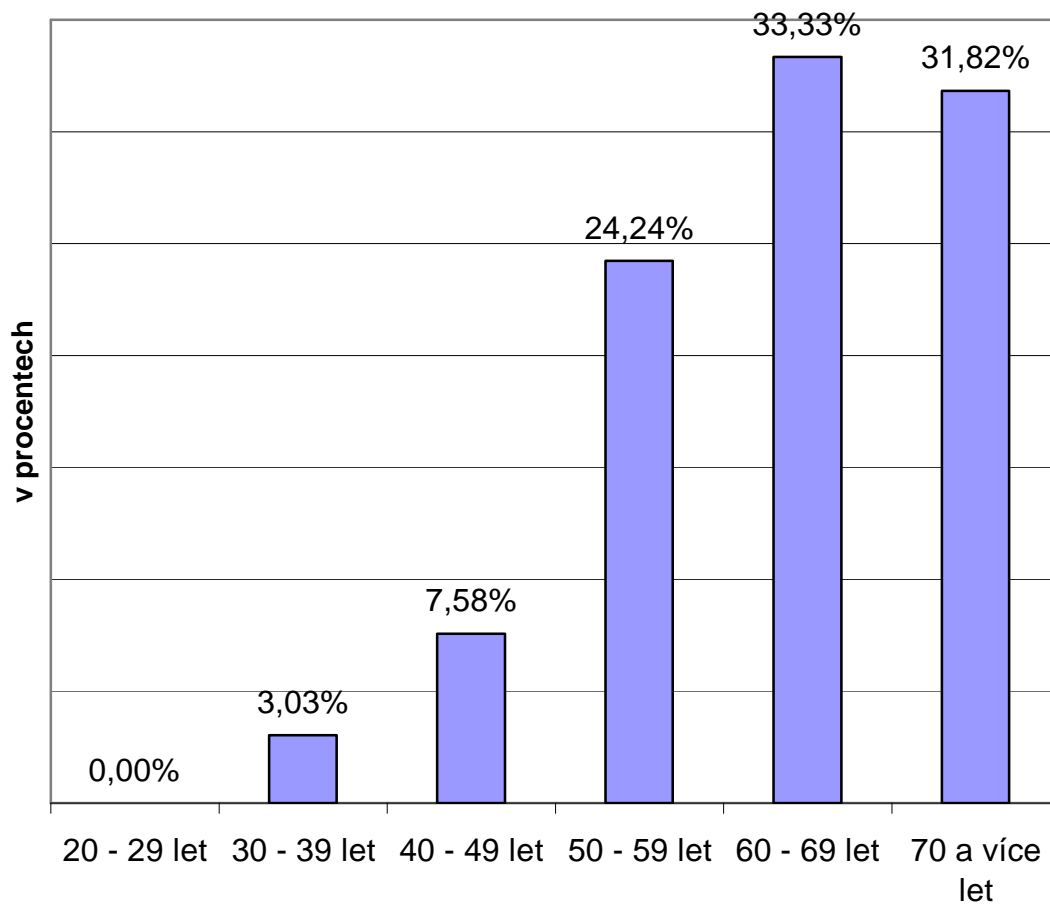
K výzkumnému kvantitativnímu šetření byla použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byl dotazník s uzavřenými i otevřenými otázkami s možnostmi výběru odpovědí. Dotazník (Příloha 1) se skládá z 29 otázek. První otázky byla identifikační a další otázky byly zaměřené na problematiku inkontinence u žen. Cílovou skupinou byly klientky ženského oddělení nemocnice České Budějovice, a.s.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Data pro výzkumné šetření byly získávány na ženském oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Dotazník byl předložen 80 klientkám. Z 80 (100%) dotazníků byla návratnost 74 (92,5%) dotazníků. Po zpracování výsledků muselo být 8 dotazníků vyřazeno, neboť některé otázky nebyly vůbec zodpovězeny. K výslednému zpracování výzkumného šetření bylo možné použít 66 (82,5%) dotazníků od klientek. Celkový počet respondentek činil 66 (100 %). Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do grafů. Výzkumné šetření bylo provedeno v průběhu od června 2008 do března 2009.

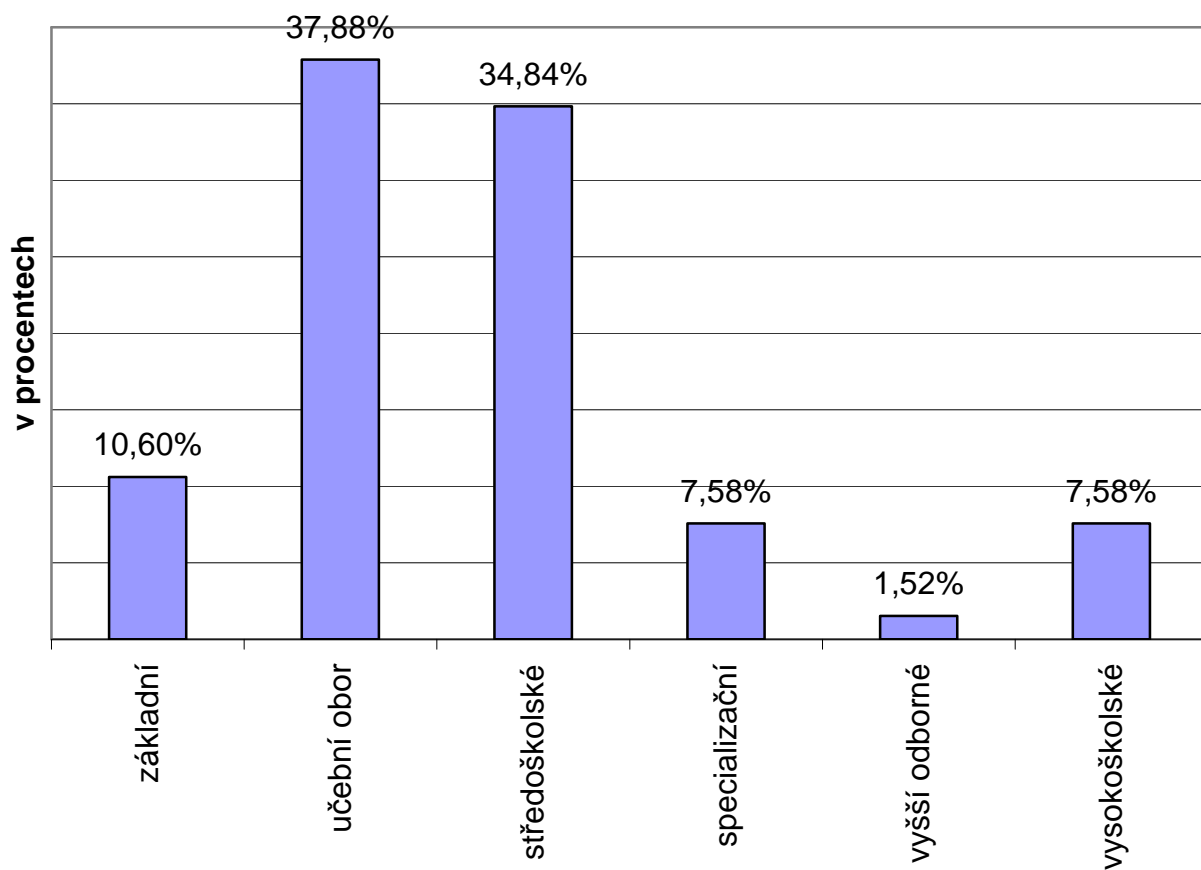
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Graf 1 Věk respondentek



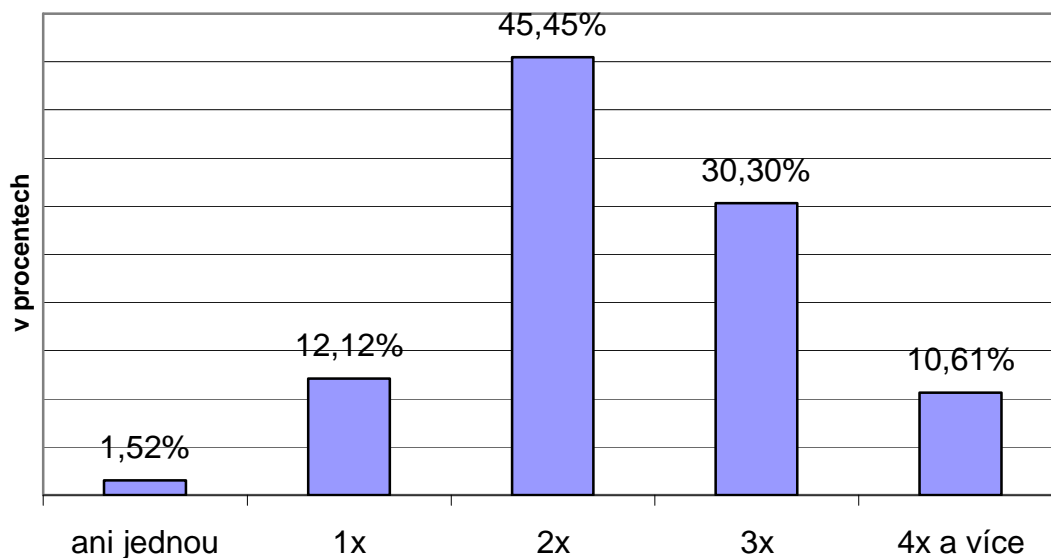
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, nejvíce bylo 22 (14,5 %) respondentek ve věkové kategorii 60 – 69 let, ve věkové kategorii 70 a více bylo 21 (13,86 %) respondentek, ve věkové kategorii 50 – 59 bylo 16 (10,56 %) respondentek, ve věkové kategorii 40 – 49 let bylo 5 (3,3 %) respondentek, ve věkové kategorii 30 – 39 let byly 2 (1,32 %) respondentky a ve věkové kategorii 20 – 29 let nebyla žádná respondentka.

Graf 2 Ukončené vzdělání



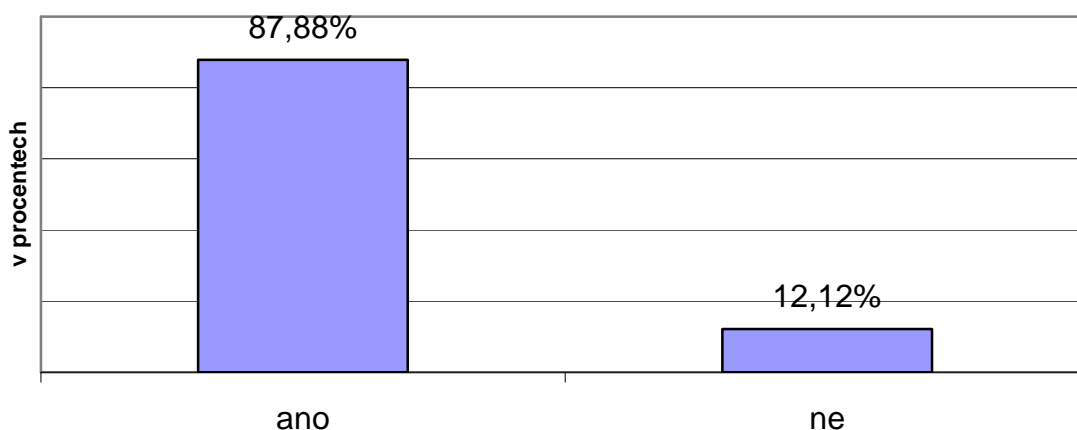
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 7 (10,60 %) mělo základní vzdělání, 25 (37,88 %) respondentek bylo vyučených, 23 (34,84 %) respondentek mělo středoškolské vzdělání, 5 (7,58 %) respondentek mělo vzdělání specializační, 1 (1,52 %) respondentka měla vyšší odborné vzdělání a 5 (7,58 %) respondentek mělo vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Počet porodů



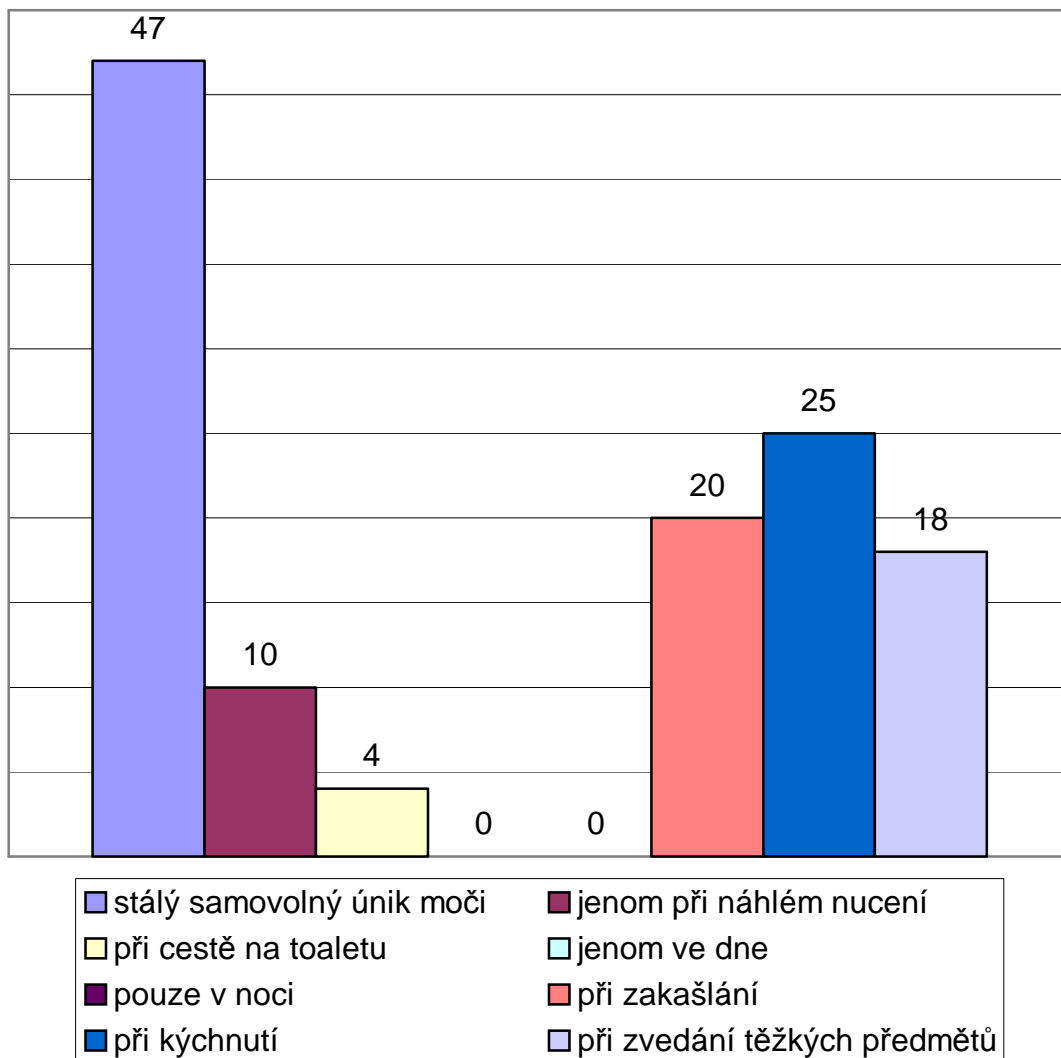
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 1 (1,52 %) respondentka nerodila nikdy, 8 (12,12 %) respondentek rodilo 1x, 30 (45,45 %) respondentek rodilo 2x, 20 (30,30 %) respondentek rodilo 3x a 7 (10,61 %) respondentek uvedlo 4 a více porodů.

Graf 4 Setkání se s pojmem močová inkontinence



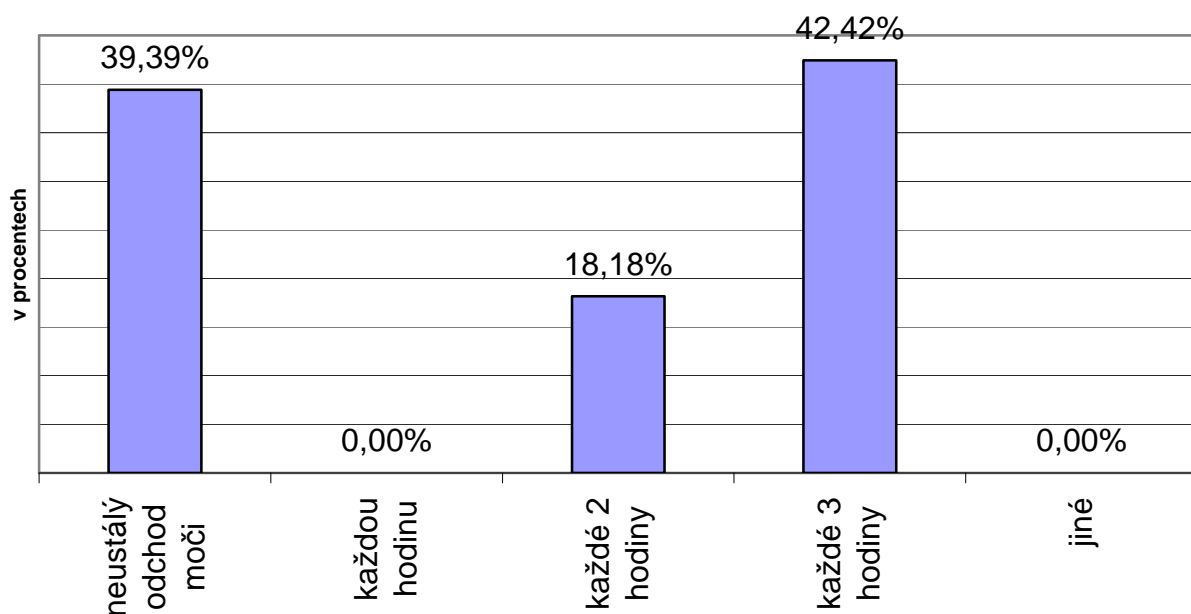
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 58 (87,88 %) respondentek uvedlo, že se s pojmem močová inkontinence setkalo a 8 (12,12 %) respondentek se s pojmem močová inkontinence nesetkalo.

Graf 5 Znalost pojmu močová inkontinence



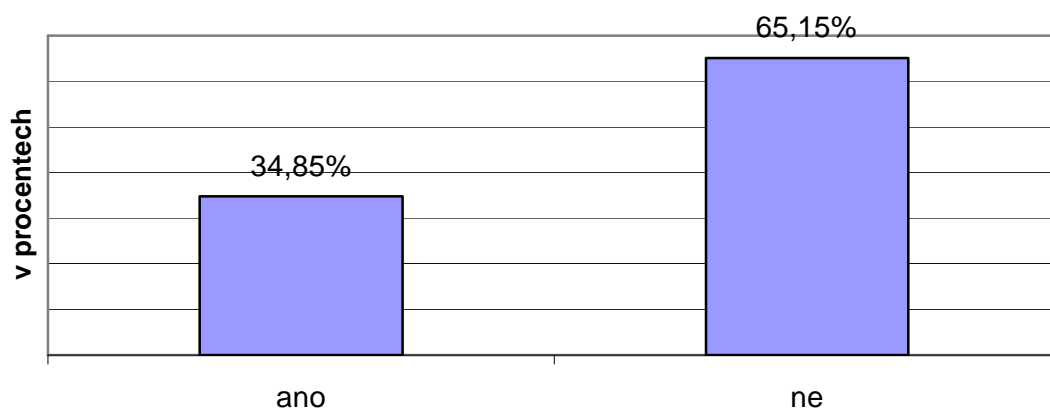
Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. 47 respondentek uvedlo, že se jedná o samovolný únik moči, 10 x respondentky uvedly, že se jedná o únik moči jenom při náhlém nucení. 4 x respondentky uvedly, že se jedná o únik moči při cestě na toaletu. Únik moči jenom ve dne a únik moči pouze v noci neuvedly respondentky vůbec. 20 x respondentky uvedly, že se jedná o únik moči při zakašlání. 25 x respondentky uvedly, že se jedná o únik moči při kýchnutí a 18 x respondentky uvedly, že se jedná o únik moči při zvedání těžkých předmětů.

Graf 6 Intenzita močení



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 26 (39,39 %) respondentek uvedlo, že moč jim odcházela neustále. 12 (18,18 %) respondentek uvedlo, že močit muselo každé 2 hodiny. 28 (42,42 %) respondentek uvedlo, že muselo močit každé 3 hodiny. V kategorii jiné a každou hodinu neodpověděla žádná respondentka.

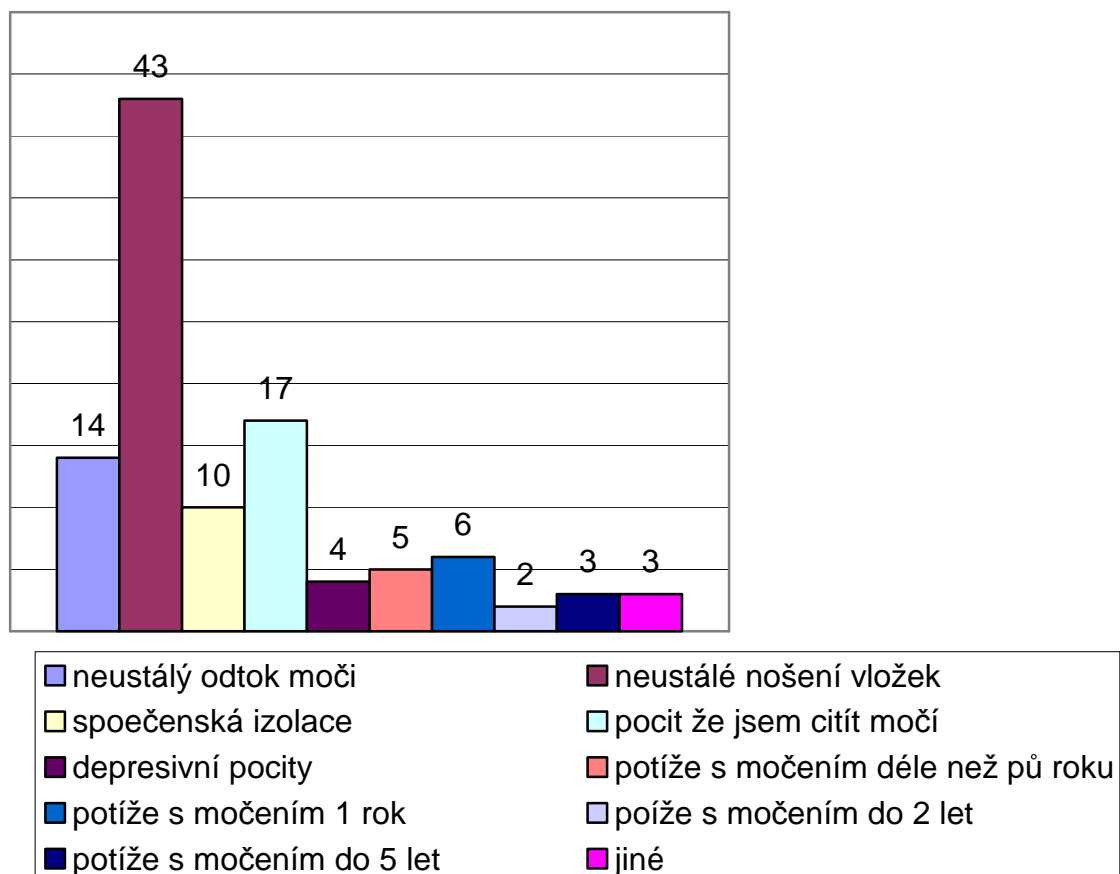
Graf 7 Vliv úniku moči na sexuální život



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 23 (34,85 %) respondentek uvedlo, že

únik moči na jejich sexuální život vliv měl. 43 (65,15 %) respondentek uvedlo, že únik na jejich sexuální život neměl.

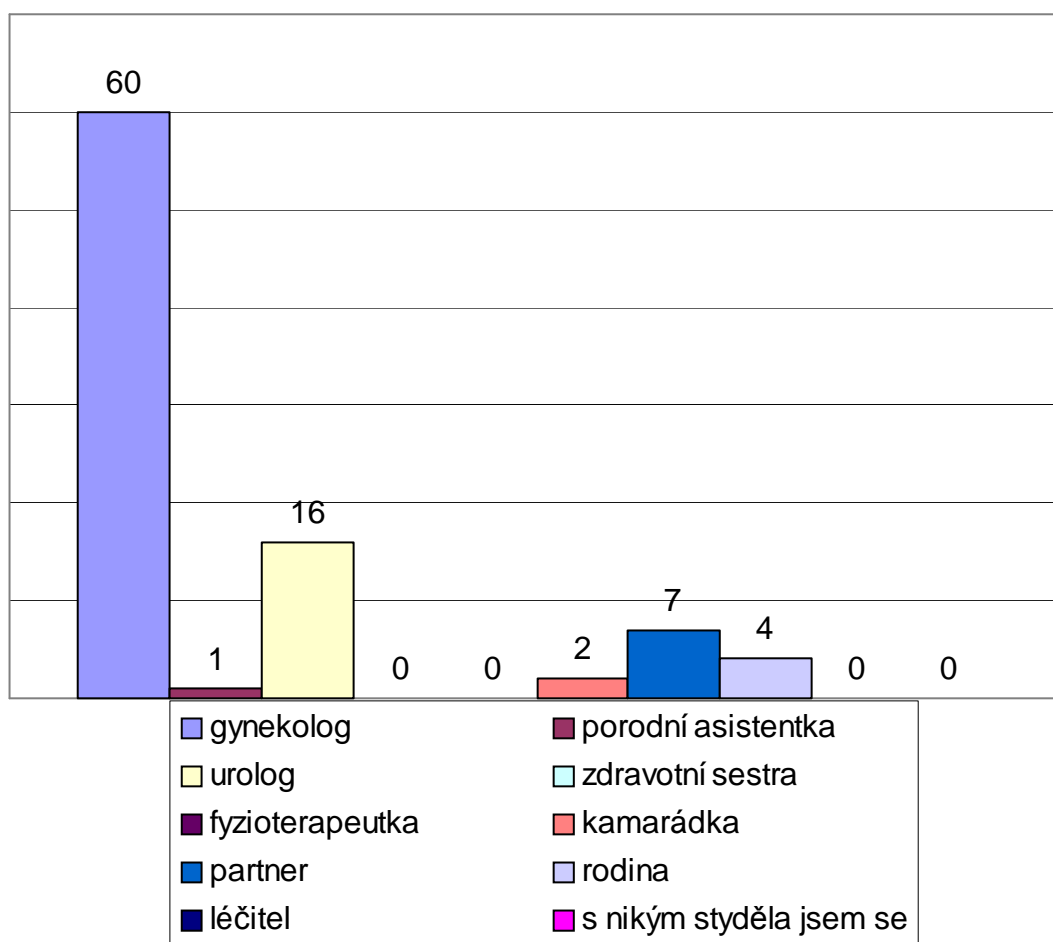
Graf 8
Důvody k vyhledání odborné pomoci



Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. Kategorii neustálý odtok moči uvedly respondentky 14 x. Kategorii musela jsem nosit neustále vložky, uvedly respondentky 43 x. Kategorii byla jsem společensky izolovaná, respondentky uvedly 10 x. Kategorii měla jsem pocit, že jsem cítit močí, uvedly respondentky 17 x. Kategorii měla jsem depresivní pocity, uvedly respondentky 4 x. Kategorii měla jsem potíže s močením déle než půl roku, uvedly respondentky 5 x. Kategorii měla jsem potíže s močením 1 rok, respondentky uvedly 6 x. Kategorii měla jsem potíže s močením do 2

let, uvedly respondentky 2 x. Kategorii měla jsem potíže s močením do 5 let, respondentky uvedly 3 x. Kategorii jiné uvedly respondentky 3 x.

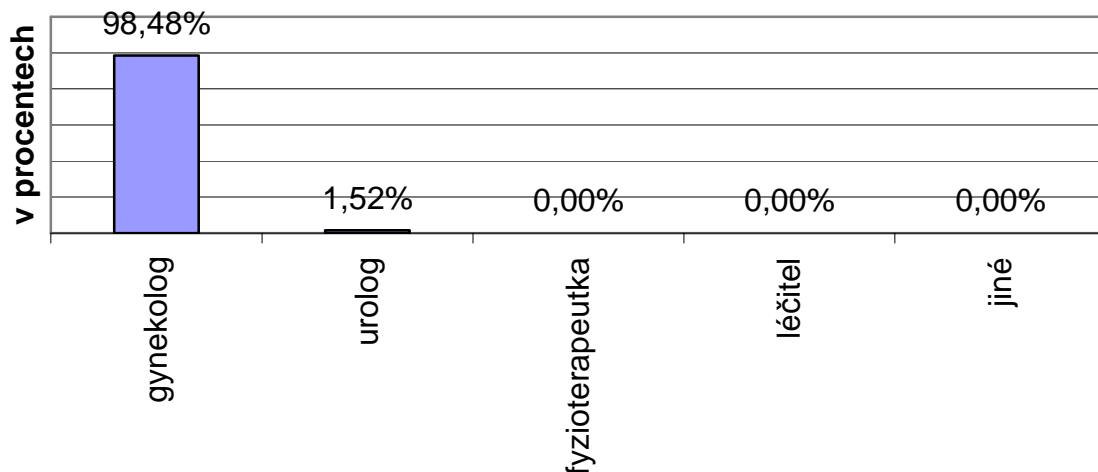
Graf 9 Kontaktní osoba



Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. Kategorii gynekolog uvedly respondentky 60 x. Kategorii porodní asistentka uvedly respondentky 1 x. Kategorii urolog uvedly respondentky 16 x. Kategorii kamarádka uvedly respondentky 2 x. Kategorii partner respondentky uvedly 7 x. Kategorii rodina uvedly respondentky 4 x.

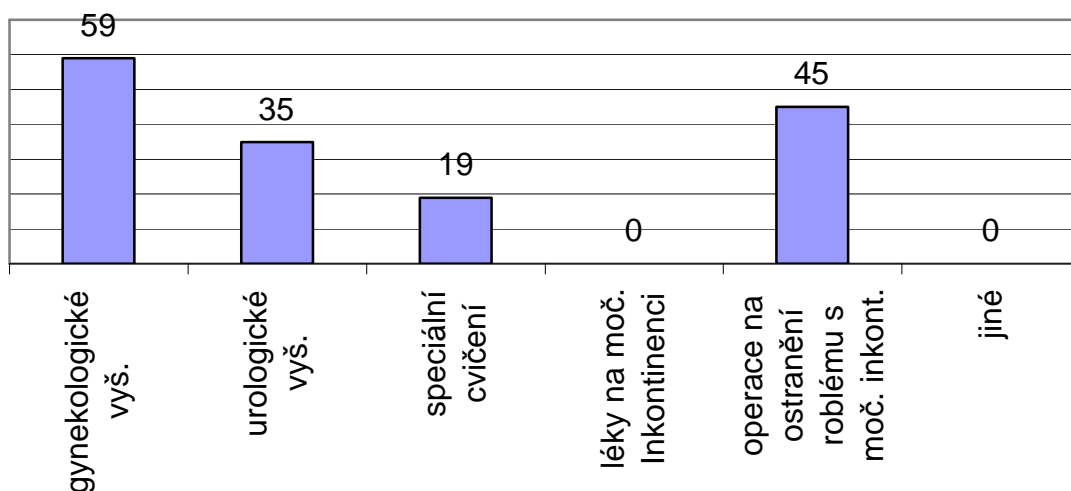
Kategorie zdravotní sestra, fyzioterapeutka a léčitel, respondentky neuvedly vůbec. Taktéž kategorii s nikým, styděla jsem se, respondentky neuvedly ani jednou.

Graf 10 Poskytnutí odborné pomoci



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 65 (98,48 %) respondentek uvedlo, že pomoc jim poskytl gynekolog. 1 (1,52 %) respondentka uvedla, že pomoc ji poskytl urolog. Kategorii fyzioterapeutka, léčitel a jiné, žádná respondentka neuvedla.

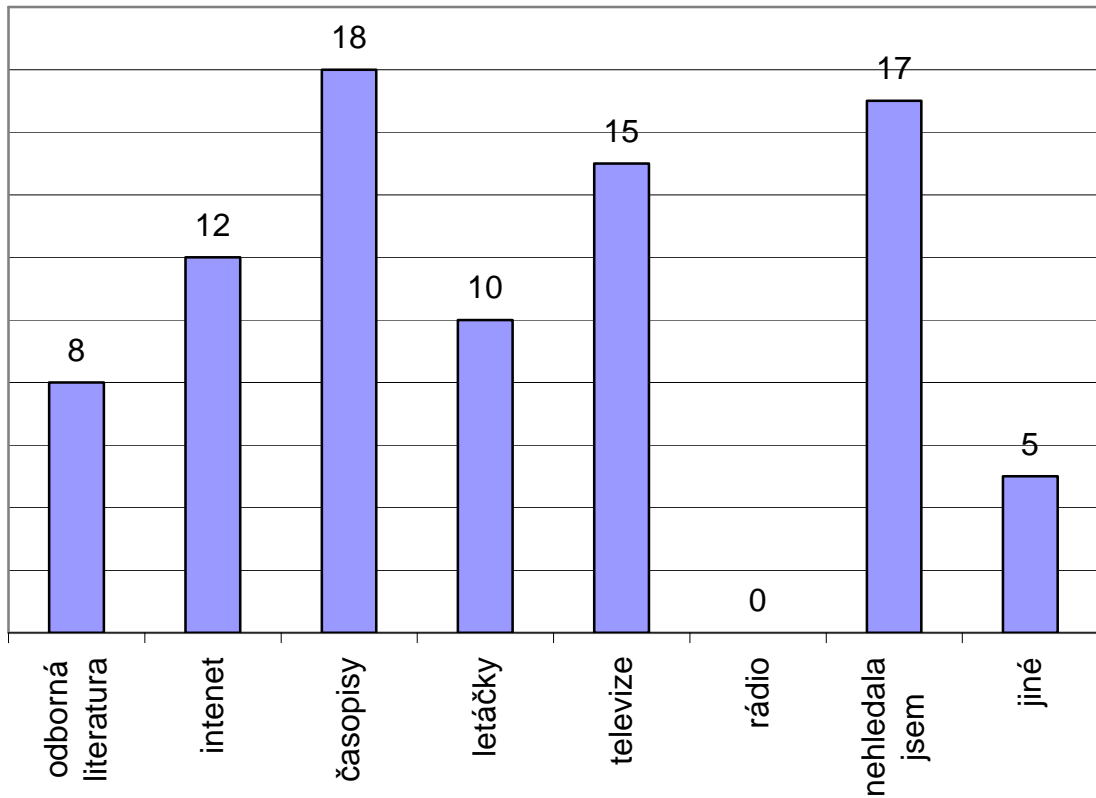
Graf 11 Způsob doporučené odborné pomoci



Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. Gynekologické vyšetření

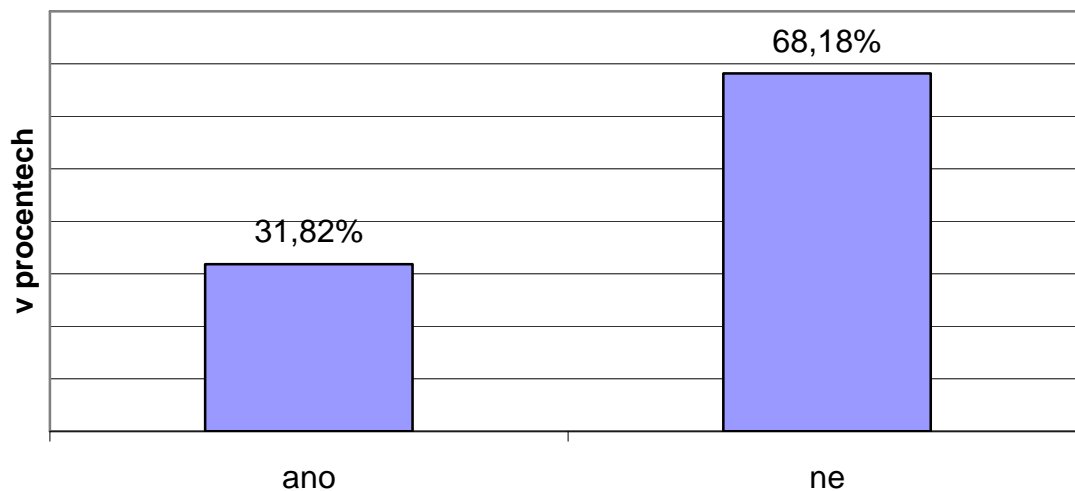
respondenty uvedly 59 x, urologické vyšetření 35 x, speciální cvičení na zpevnění svalů pánevního dna 19 x, operace na odstranění problémů s močovou inkontinencí 45 x. Kategorii užívání léků na močovou inkontinenci a v kategorii jiné neuvedla žádná respondentka.

Graf 12 Zdroje informací



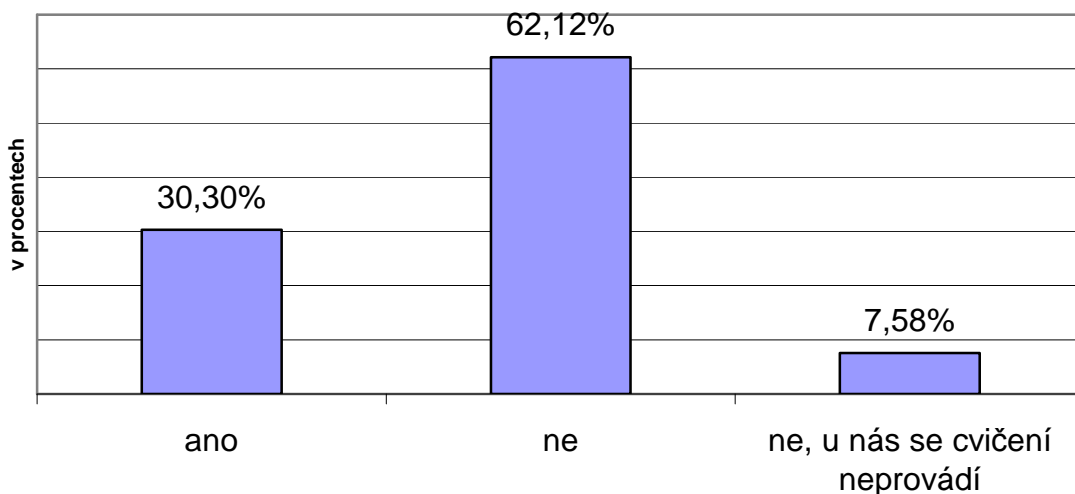
Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. 8 x respondentky uvedly, že informace získaly z odborné literatury, 12 x respondentky uvedly, že informace získaly z internetu. 18 x respondentky uvedly, že informace získaly z časopisů. 10 x uvedly, že informace získaly z letáčků. 15 x uvedly, že informace získaly z televize. 17 x uvedly, že informace nehledaly. 5 x respondentky uvedly, že informace získaly z jiných zdrojů a získání informací z rádia neuvedla žádná respondentka.

Graf 13 Provádění cviků



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 21 (31,82 %) respondentek uvedlo, že cviky prováděly a 45 (68,18 %) respondentek uvedlo, že cviky neprováděly.

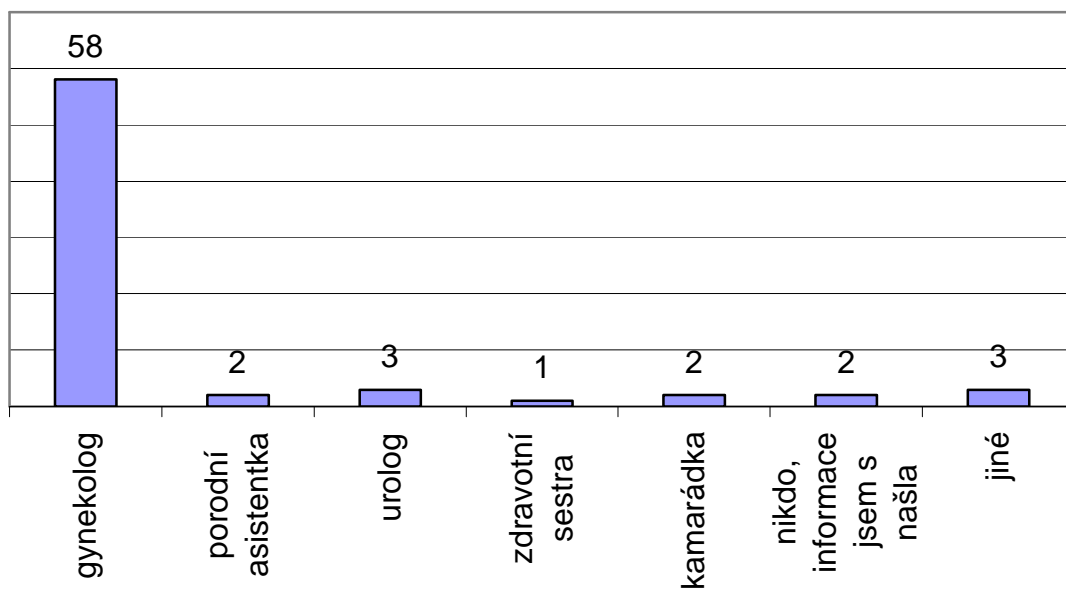
Graf 14 Informace o místě cvičení



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 20 (30,30 %) respondentek uvedlo, že ví, kde se cvičení v jejich okolí provádí. 41 (62,12 %) respondentek uvedlo, že neví, kde

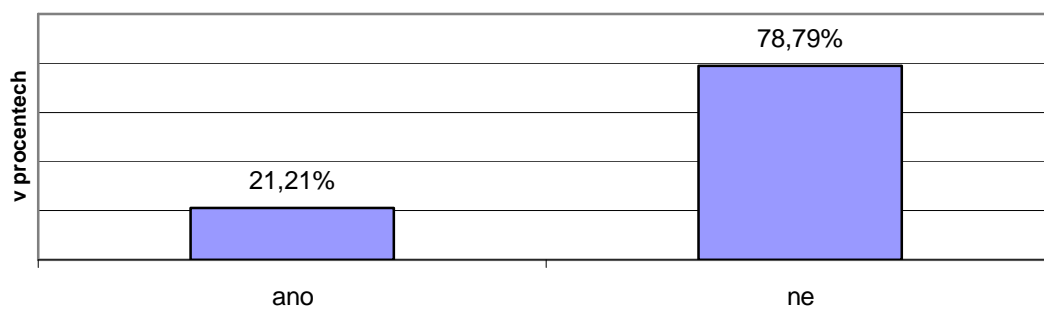
se v jejich okolí cvičení provádí. 5 (7,58 %) respondentek uvedlo, že v jejich okolí se cvičení neprovádí.

Graf 15 Zdroj informací o cvičení



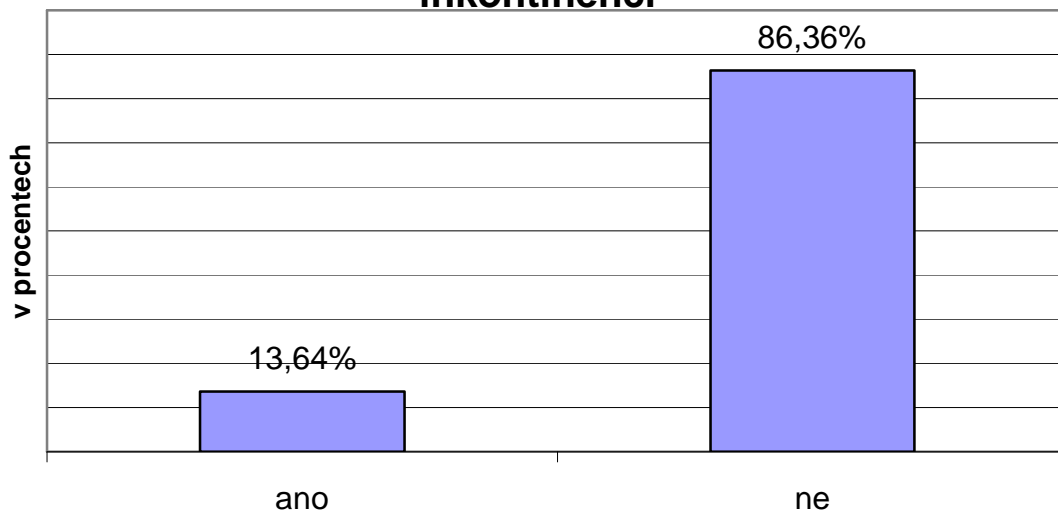
Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. 58 x respondentky uvedly získání informací od gynekologa, 2 x od porodní asistentky, 3 x od urologa, 1x od zdravotní sestry, 2x od kamarádky. 2 x respondentky uvedly, že informace jim nepodal nikdo, našly si je sami. 2 x uvedly, že informace získalo od jiných zdrojů.

Graf 16 Informace o existenci klubů



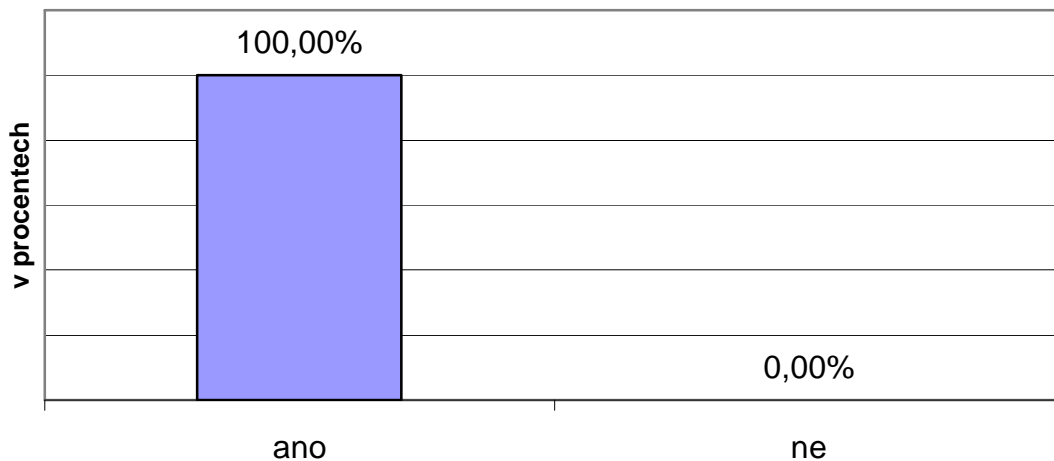
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 14 (21,21 %) respondentek uvedlo, že tuto informaci měly a 52 (78,79 %) jich uvedlo, že informaci neměly.

Graf 17 Užívání léků na močovou inkontinenci



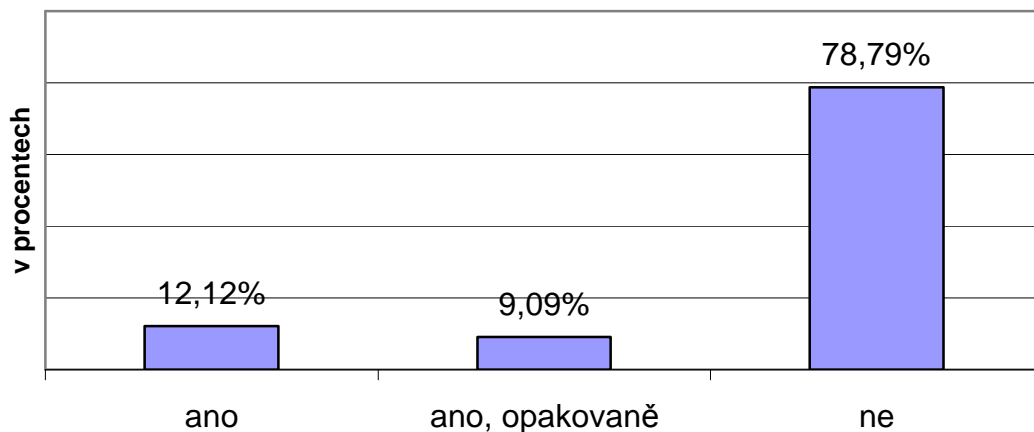
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 9 (13,64 %) respondentek uvedlo, že léky na močovou inkontinenci užívaly. 57 (86,36 %) respondentek uvedlo, že léky na močovou inkontinenci neužívaly.

Graf 18 Provedení operace



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 66 (100 %) respondentek uvedlo, že operace na odstranění potíží s inkontinencí moče jim provedena byla.

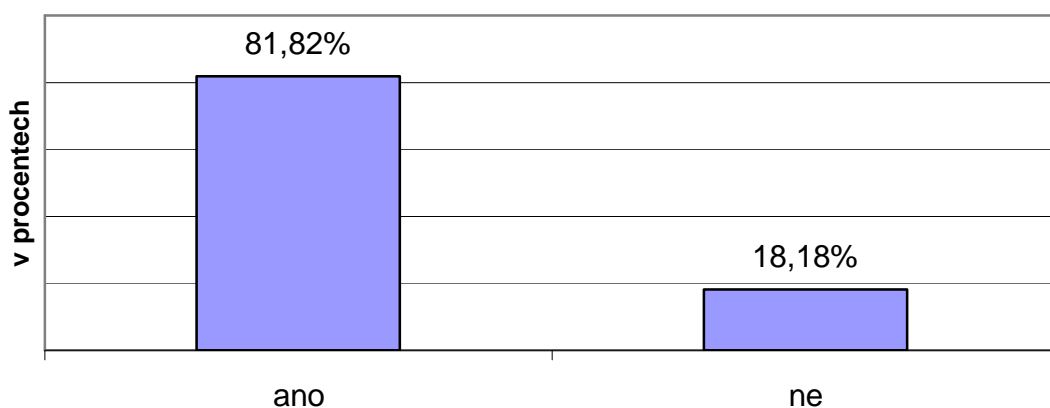
Graf 19 Operační zákrok v minulosti



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 8 (12,12 %) respondentek uvedlo, že jim již v minulosti byl proveden operační zákrok v souvislosti s močovou inkontinencí. 6 (9,09 %) respondentek uvedlo, že operační zákrok jim byl proveden již opakovaně. 52

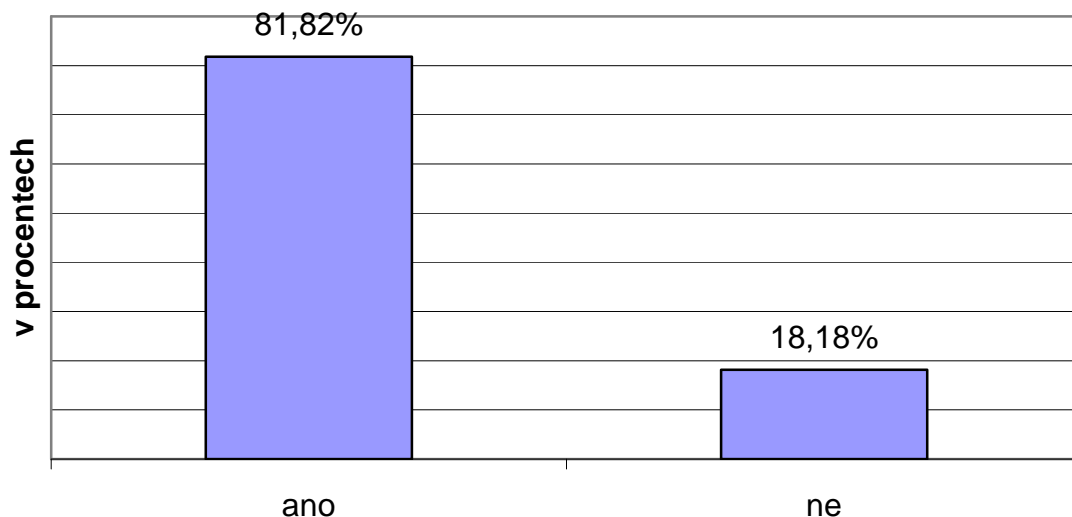
(78,79 %) respondentek uvedlo, že operační zákrok v souvislosti s močovou inkontinencí jim proveden nebyl.

Graf 20 Informace o předoperační přípravě



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 54 (81,82 %) respondentek uvedlo, že jim byly podány informace o předoperační přípravě. 12 (18,18 %) respondentek uvedlo, že informace jim podány o předoperační přípravě nebyly.

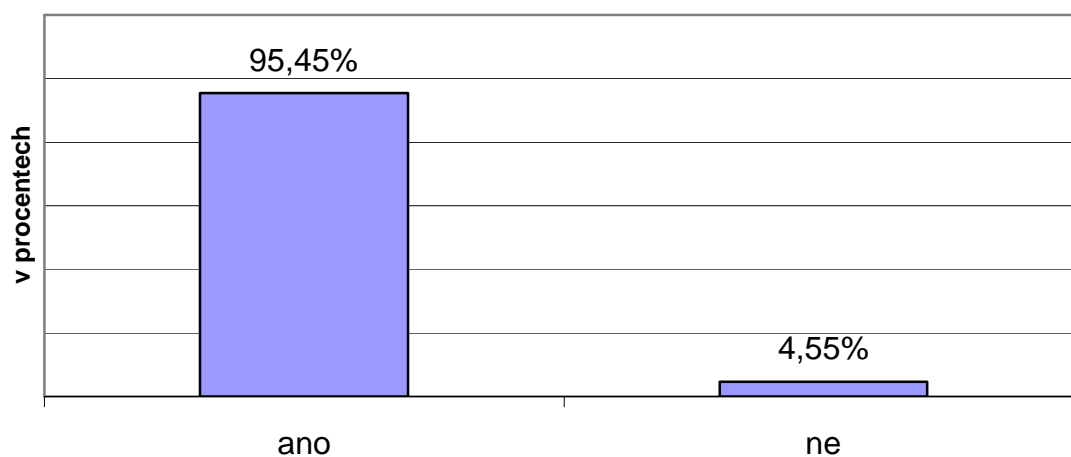
Graf 21 Vysvětlení Informovaného souhlasu s operací



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 54 (81,82 %) respondentek uvedlo, že

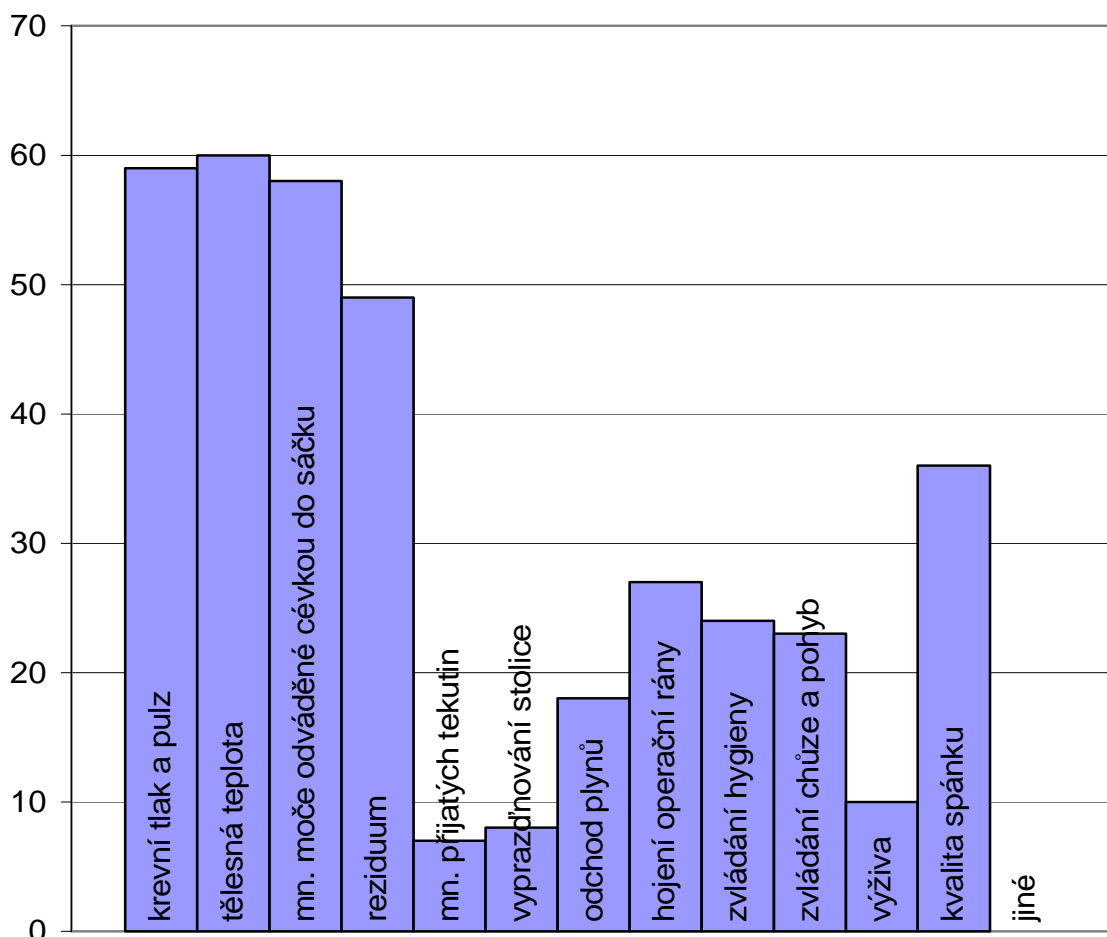
jim byl vysvětlen Informovaný souhlas s operací. 12 (18,18 %) respondentek uvedlo, že jim Informovaný souhlas s operací vysvětlen nebyl.

Graf 22 Informace o průběhu pooperační péče



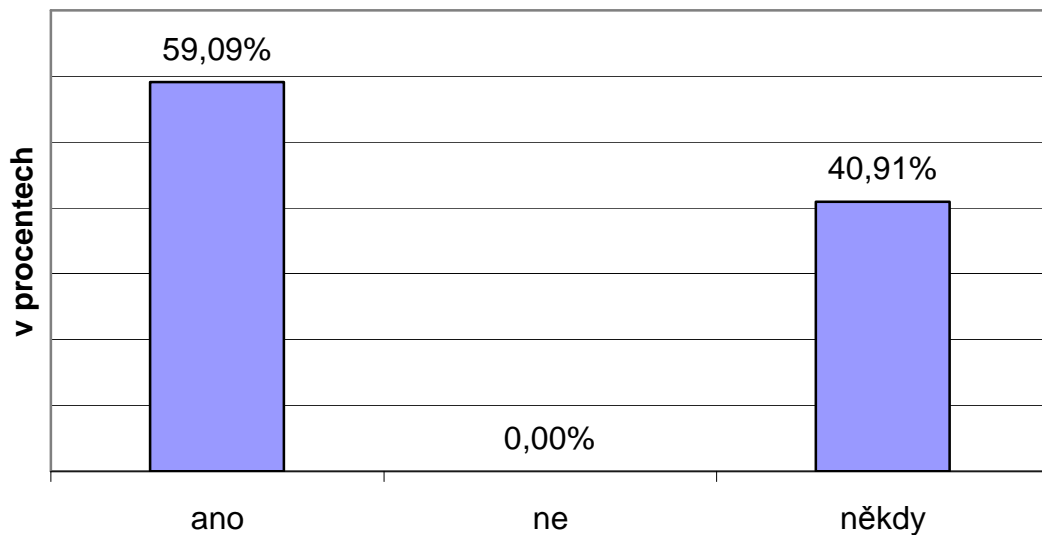
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 63 (95,45 %) respondentek uvedlo, že informovány byly o pooperační péči. 3 (4,55 %) respondentek uvedlo, že informovány o pooperační péči nebyly.

Graf č.23 Sledování a výkony porodních asistentek / sester v pooperačním období



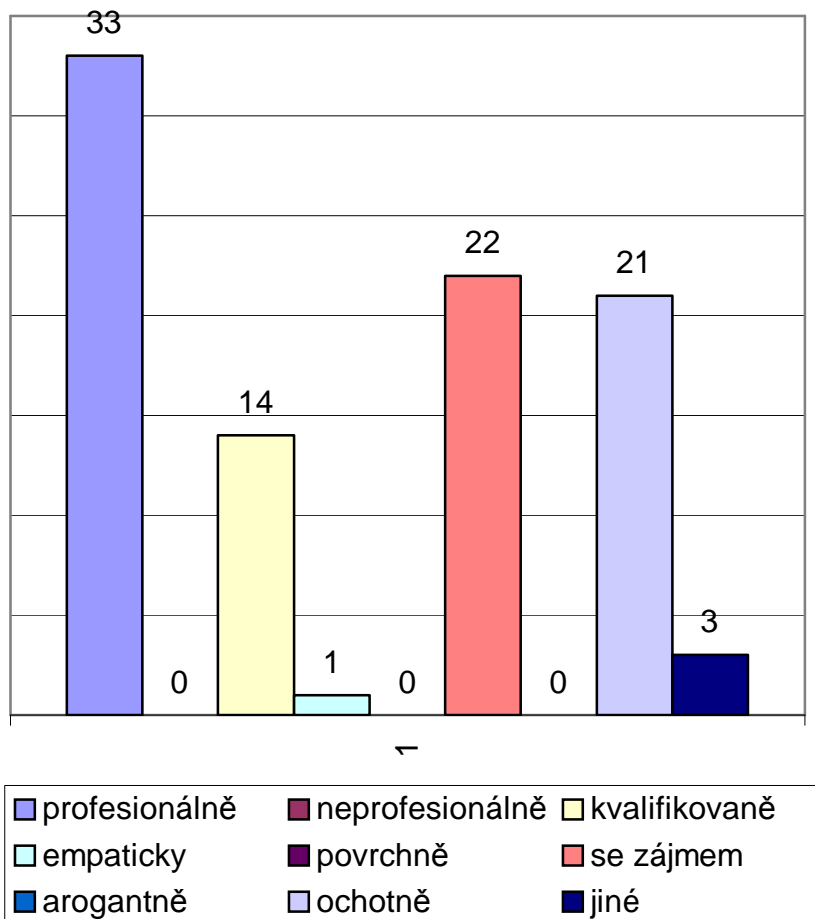
Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. Respondentky 59 x uvedly, že jim byl sledován krevní tlak a puls, 60 x uvedly sledování tělesné teploty, 58 x sledování množství moče odváděné cévkou do sáčku. 49 x uvedly sledování, kolik moče zůstává v močovém měchýři po vyndání cévky. 7 x uvedly sledování množství přijatých tekutin, 8 x vyprazdňování stolice, 18 x sledování odchodu plynů, 27 x sledování hojení operační rány, 24 x sledování zvládnání hygieny, 23 x sledování zvládnání chůze a pohybu, 10 x sledování výživy a 36 x sledování kvality spánku. Kategorii jiné, neuvedla žádná respondentka.

Graf 24 Zachování intimity



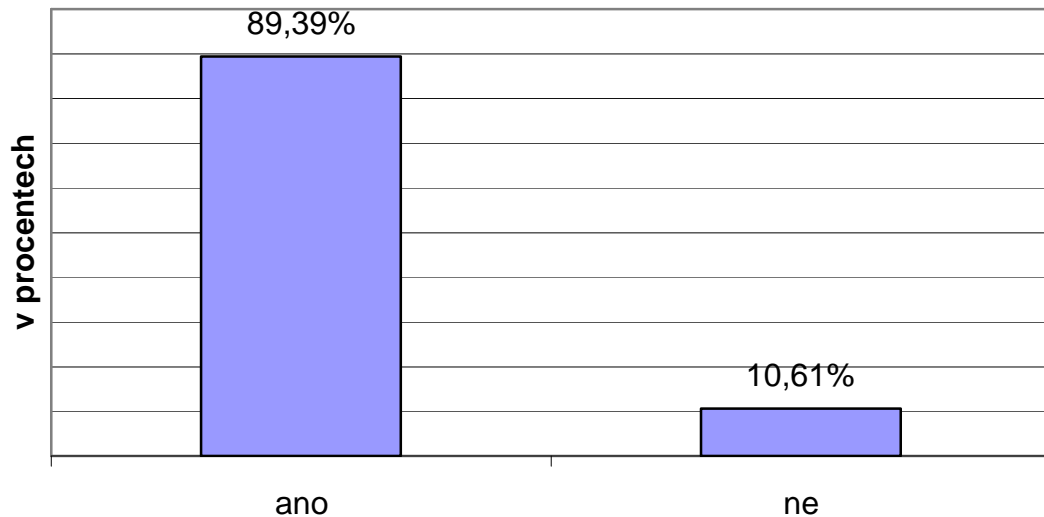
Graf 24 znázorňuje zachování intimity respondentkám při provádění ošetrovatelských výkonů (např. cévkování, převaz operační rány, hygiena). Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 39 (59,09 %) respondentek uvedlo, že intimita při provádění ošetrovatelských výkonů jim zachována byla. 27 (40,91 %) respondentek uvedlo, že intimita jim byla zachována někdy a žádná z respondentek neuvedla, že by jim intimita při provádění ošetrovatelských výkonů nebyla zachována.

Graf 25 Chování zdravotnického personálu



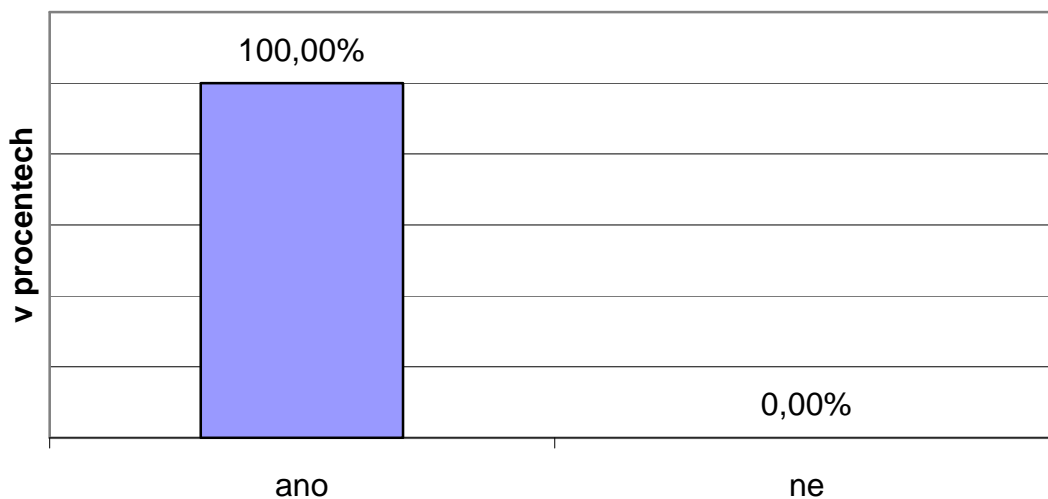
Respondentky si mohly vybrat z více možností odpovědí. 33 x respondentky uvedly, že se k nim zdravotnický personál choval profesionálně, 14 x kvalifikovaně, 1 x empaticky, 22 x se zájmem a 21 x ochotně. V kategorii neprofesionálně, povrchně, arogantně nebyla uvedena žádná odpověď a kategorie jiné, byla respondentkami uvedena 3 x.

Graf 26 Informace během hospitalizace



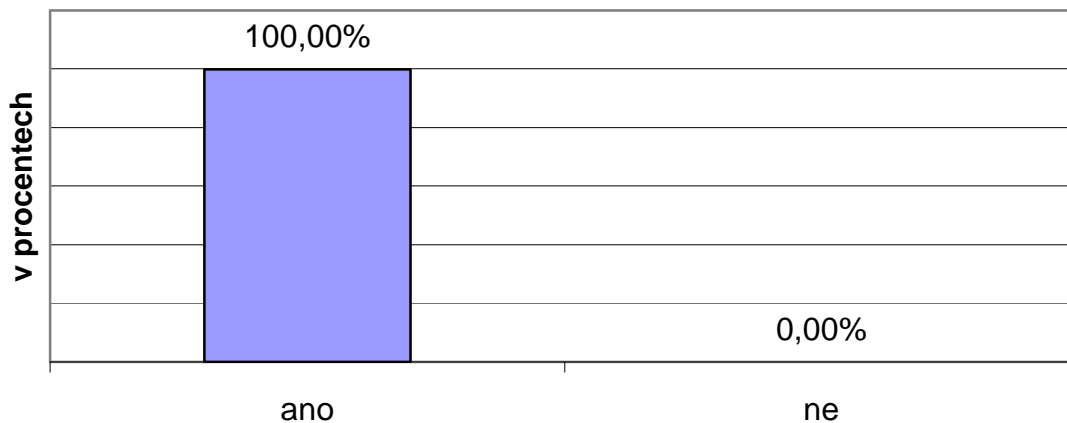
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 59 (89,39 %) respondentek uvedlo, že informace jim poskytnuty byly a 7 (10,61 %) respondentek uvedlo, že informace jim o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace poskytnuty nebyly.

Graf 27 Informace o péči po propuštění



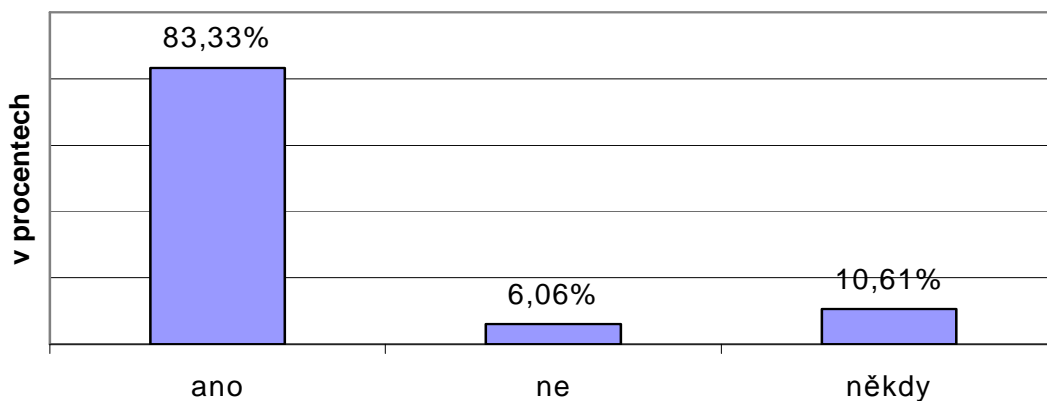
Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 66 (100 %) respondentek uvedlo, že informace jim byly poskytnuty.

Graf 28 Informace při výskytu komplikací



Graf 28 znázorňuje informovanost respondentek na koho se mohou obrátit při výskytu komplikací v domácím prostředí. Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 66 (100 %) respondentek uvedlo, že byly informovány na koho se mohou obrátit při výskytu možných komplikací v domácím prostředí.

Graf 29 Spokojenost v průběhu ošetřování



Z celkového množství 66 (100 %) respondentek, 55 (83,33 %) respondentek uvedlo, že byly spokojené s ošetřovatelskou péčí v průběhu ošetřování. 4 (6,06 %) respondentky uvedly, že spokojeny nebyly a 7 (10,61 %) respondentek uvedlo, že spokojeny byly někdy.

5. DISKUSE

Výzkumným vzorkem v bakalářské práci byly ženy ve věku od 20 let do 70 let a více, které podstoupily urogynekologickou léčbu na ženském oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

Bylo zjištěno, že z celkového počtu 66 dotazovaných žen, je nejvíce respondentek a to 33,33 % ve věku 60-69 let. Další téměř stejně početně zastoupenou skupinou 13,86 %, byly ženy ve věku 70 let a více, dále 10,56 % respondentek bylo ve věku 50-59 let, podstatně méně bylo respondentek ve věku 40-49 let 3,3 % a nejméně respondentek 1,32 % bylo ve věkové skupině 30-39 let. Ve věkové skupině 20-29 let nebyla respondentka žádná (Graf 1). Z toho vyplývá, že nejvíce a téměř stejně početně zastoupené věkové skupiny, jsou ženy ve věku 60-69 let a 70 let a více, které mají problém s močovou inkontinencí. Z ostatních věkových skupin je patrné, že tyto problémy se ale nevyhýbají ani mladším ženám. Profesor Halaška uvádí, že příznaky močové inkontinence bývají udávány ve 12-57 % celé populace (6).

Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentek bylo nejvíce ve 37,88 %, kdy byly respondentky vyučené a 34,84 % respondentek mělo středoškolské vzdělání. Základní vzdělání mělo 10,60 % respondentek, 7,58 % respondentek mělo specializační vzdělání, 1,52 % respondentek bylo s vyšším odborným vzděláním a 7,58 % respondentek bylo vysokoškolaček (Graf 2).

Počet porodů respondentek je znázorněn na Grafu 3. Nejvíce respondentek 45,45 % rodilo 2x, 30,30 % respondentek rodilo 3x, 4x a více rodilo 10,61 % respondentek a 1x rodilo 12,12 % respondentek. Pouze 1,52 % respondentek nerodilo nikdy. Zde je možné se zamyslet nad možností vlivu porodu na vznik problémů s močovou inkontinencí a z uvedených výsledků vyplývá, že většina respondentek rodilo 2x nebo 3x. Porody by tudíž mohly mít na vznik těchto potíží.

87,88 % respondentek se s pojmem močová inkontinence setkala, znají jej a 12,12 % respondentek se s tímto pojmem nesetkalo. Z toho se dá usuzovat, že více než tři čtvrtiny respondentek je o tomto pojmu informováno a že informovanost se v problematice močové inkontinence zvyšuje (Graf 4, 5).

Intenzita močení je znázorněná na Grafu 6. 42,42 % respondentek musely chodit močit každé tři hodiny a neustálým únikem moči trpěly 39,39 % respondentek. 18,18 % dotázaných žen musely močit každé dvě hodiny. Ve zbývajících skupinách respondentky neodpověděly. Z těchto údajů je možné usoudit, že většina žen začne problémy s močovou inkontinencí řešit, až když je velmi omezují. Proto je důležité, aby pomoc žena vyhledala hned, jakmile ji potřebuje.

Vliv úniku moče na sexuální život respondentek udává 34,85 % respondentek a 65,15 % respondentek ho popřely (Graf 7). Můžeme se domnívat, že se jedná nejspíše o ženy ve vyšších věkových skupinách nežijící již sexuálním životem anebo ženy nevnímaly možnou souvislost úniku moči a sexuálního života.

Jaké byly důvody k vyhledání odborné pomoci můžeme usoudit z několika možných odpovědí žen, kdy nejvíce uváděly jako důvod, neustálé nošení vložek 43x, neustálý odtok moči 14x a pocit, že byly cítit močí 17x. 10x uvedly respondentky, že se cítily společensky izolované. Nejméně pak udávaly jako důvod vyhledání odborné pomoci potíže s močením o různé délce trvání a to: déle než půl roku 5x, potíže s močením 1 rok 6x, potíže do 2 let 2x a do 5 let 3x. Ve skupině jiné uvedly respondentky 3x (Graf 8). Tyto informace potvrzuje i profesor Halaška, který říká, že ženy zůstávají déle aktivní a nechtějí tolerovat sníženou kvalitu života, která doprovází močovou inkontinenci a sestup pánevních orgánů a svůj problém se snaží řešit (6).

S kým ženy o svém problému hovořily je patrné z několika možných odpovědí, kdy respondentky nejvíce uvedly, že o svém problému s močovou inkontinencí hovořily s gynekologem 60x, urologem 16x. Svěření se se svým problémem partnerovi respondentky uvedly 7x, rodině 4x nebo kamarádce 2x, porodní asistentkou 1x (Graf 9). Ženy mají mnohem menší stud v případě problému obrátit se na odborníka, ale zřejmě větší stud mají hovořit o svém problému se svými blízkými. Ženy se na odborníka obrátí raději přímo, než by o problému hovořily např. s nelékařským zdravotnickým pracovníkem. A proto si myslím, že právě zde se pro nelékařské zdravotnické pracovníky naskytuje prostor pro své působení v oblasti edukace.

Valná většina 98,48 % respondentek uvedla, že pomoc jim byla poskytnuta gynekologem a 1,52 % respondentek uvedly poskytnutí pomoci urologem.

V ostatních skupinách neuvedla ani jednu odpověď žádná z dotázaných žen (Graf 10). I z těchto odpovědí vyplývá, že respondentky berou jako jistotu vyřešení svých problémů lékaře odborníka. Jaká pomoc byla respondentkám doporučena je patrné z několika možných odpovědí, kdy většina respondentek uvedla gynekologické vyšetření 59x, urologické vyšetření 35x a doporučení operace na odstranění problémů s močovou inkontinencí 45x. Pouze 19x respondentky uvedly, že jim bylo doporučeno např. speciální cvičení na zpevnění svalů pánevního dna (Graf 11). Z těchto výsledků je zřejmé, že ženám jsou nabídnuty spolehlivé a rychlé varianty řešení jejich potíží. Ovšem podle Dariny Kopřivové, která se touto problematikou zabývá, není často ženám nabídnuto řešení jejich problému neinvazivní cestou, např. léčebným tělocvikem. Dále Kopřivová uvádí, že na vině mohou být zdravotní pojišťovny, které ochotně uhradí v plném rozsahu urogynekologické operace, ale v individuálním léčebném tělocviku odmítají vstoupit úhradou (13). Mnoho mladších žen by mělo šanci zbavit se svých problémů touto sice zdlouhavější cestou, ale zato cestou neinvazivní. Myslím, že i v této oblasti by se zvláště porodní asistentky nebo fyzioterapeutky mohly uplatnit a mít velkou příležitost ke svému působení.

Kde respondentky hledaly informace o možnosti léčby močové inkontinence je možné posoudit v Grafu 12. Z několika možných odpovědí respondentky nejčastěji uváděly jako zdroje získaných informací časopisy 18x, televizi 15x, letáčky 10x, internet 12x, odbornou literaturu 8x. Ovšem i 17 dotázaných žen uvedlo, že informace nehledaly. Je důležité proto i nadále zvyšovat informovanost žen v této problematice.

Cviky na posílení svalů pánevního dna provádělo 31,82 % respondentek a 68,18 % respondentek jej neprovádělo (Graf 13). Porodní asistentka Darina Kopřivová uvádí ve svém článku, že pravidelným cvičením se většina žen hlavně mladších, může svého problému úplně zbavit, nebo jej dostat pod kontrolu i když je léčba náročnější na čas (ve srovnání s operací) (13). Ženy právě proto volí rychlejší variantu léčby, tedy operativní. Podobně jako v Grafu 11, se zde nabízí velká možnost pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jak uplatnit své možnosti, zvláště na poli edukace v léčebném tělocviku.

Nejvíce, tedy 62,12 % respondentek uvedlo, že neví, kde se v jejich okolí provádí cvičení pánevního dna, 30,30 % respondentek o této informaci vědělo a 7,58 %

uvedlo, že v jejich okolí se toto cvičení nikde neprovádí (Graf 14). Z těchto výsledků je patrné, že je třeba informovanost žen zlepšit.

Kdo ženám podal informace o cvičení svalů dna pánevního při močové inkontinenci vyplývá z několika možných odpovědí, kdy respondentky v převážné většině uvedly gynekologa 58x. V ostatních skupinách respondentky uvedly, podání informací urologem 3x, porodní asistentkou 2x, kamarádkou 2x, zdravotní sestrou 2x, ve skupině jiné 3x a že informace si našly sami, uvedly ženy 2x. Zřejmě je pro ženu přirozenější svěžit se s urogynekologickým problémem gynekologovi, který o ni pečuje v době těhotenství, porodu, šestinedělí atd. Tyto výsledky dle mého úsudku napovídají o jistých mezerách v informovanosti žen a o dalším možném uplatnění a působení nelékařských zdravotnických pracovníků (Graf 15).

78,79 % respondentek dále uvedly, že o existenci klubů pro ženy s inkontinencí moče nevěděly a 21,21 % respondentek tuto informaci věděly (Graf 16).

Zda ženy užívaly léky na močovou inkontinenci je vidět na Grafu 17. 86,36 % respondentek uvedlo, že léky neužívaly a 13,64 % dotázaných žen léky užívaly. Většina žen očekává od invazivní terapie rychlé vyřešení svého problému a tak i opět rychleji dosažitelný návrat k normálnímu způsobu života.

Graf 18 ukazuje kolika ženám byla provedena operace. Ve 100 % respondentky potvrdily, že tato operace jim provedena byla, neboť za tímto účelem byly hospitalizovány. Zda respondentky již v minulosti podstoupily operační zákrok v souvislosti s močovou inkontinencí, většina respondentek 78,79 % uvádí, že takový zákrok jim proveden nebyl. 12,12 % respondentek uvedly, že takový zákrok již podstoupily a 9,09 % respondentek uvedly opakovaný zákrok v souvislosti s inkontinencí moče (Graf 19). Určité procento operačních zákroků v souvislosti s inkontinencí moče zcela tento problém nevyřešilo a proto bylo nutné jej podstoupit znovu. Ve většině případů však operativní zákrok je naprosto úspěšný a není třeba jej opakovat.

Informovanost respondentek o předoperační přípravě je znázorněna na Grafu 20. 81,82 % respondentek uvedly, že jim tyto informace byly podány a 18,18 %

respondentek uvedly, že tyto informace jim podány nebyly. Myslím, že informovanost žen na velmi dobré úrovni, avšak i nadále je třeba ji zvyšovat.

Na vysvětlení Informovaného souhlasu s operací respondentky odpověděly stejně, jako u Grafu 20. 81,82 % respondentek Informovaný souhlas s operací vysvětlen byl a 18,18 % respondentkám vysvětlen nebyl (Graf 21).

Informovanost žen o pooperační péči je uvedena v Grafu 22. Převážná většina respondentek 95,45 % uvedly, že byly informovány od zdravotnického personálu a tyto informace obdržely v 4,55 %, že tyto informace jim podány nebyly. I v této oblasti je patrné zlepšení informovanosti od zdravotnického personálu.

Co porodní asistentky/sestry sledovaly u žen pooperačním obdobím můžeme usuzovat z několika možných odpovědí, kdy respondentky uvedly, že jim byly nejvíce sledovány tyto oblasti: tělesná teplota 60x, krevní tlak a puls 59x, množství moče odváděné cévkou do sáčku 58x, po vyndání cévky – kolik moče zůstává v močovém měchýři 49x, kvalita spánku 36x, hojení operační rány 27x, zvládání hygieny 24x, zvládání chůze a pohybu 23x, odchod plynů 18x, výživa 10x, vyprazdňování stolice 8x, množství přijatých tekutin 7x (Graf 23). V oblasti ošetrovatelské péče je zdravotnický personál dostatečně erudovaný.

Zachování intimity při provádění ošetrovatelských výkonů uvedlo 59,09 % respondentek, 40,91 % respondentek uvedlo, že intimita jim zachována byla někdy a zcela záporně neuvedla žádná respondentka (Graf 24). Z těchto výsledků je možné poukázat na mezery při provádění ošetrovatelské péče a důležitost nápravy, neboť úspěch léčby závisí mimo jiné i na získání důvěry žen a tato skutečnost přispívá i k celé její komplexnosti.

Chování zdravotnického personálu při provádění ošetrovatelské péče je znázorněno na Grafu 25. Z několika možných odpovědí většina respondentek uvedla, že zdravotnický personál se choval profesionálně 33x, se zájmem 22x, ochotně 21x a kvalifikovaně 14x. Ve skupině jiné uvedly respondentky 3x a emphaticky 1x. V ostatních skupinách nebyla uvedena žádná odpověď. Dle těchto výsledků je možné usoudit spokojenost respondentek se zdravotnickým personálem při provádění ošetrovatelské péče. Zcela záporné odpovědi neuvedla žádná respondentka.

Informovanost dotazovaných žen o ošetrovatelské péči v průběhu hospitalizace byla uvedena takto: 89,39 % respondentek uvedlo, že informace obdržely a 10,61 % respondentek uvedlo, že tyto informace neobdržely (Graf 26). I v této oblasti informovanosti je třeba zvyšovat její kvalitu zdravotnickým personálem. Poskytnutí informací o péči po propuštění z nemocnice do domácího prostředí uvedly všechny (100 %) respondentky, že tyto informace jim byly poskytnuty (Graf 27).

Zda byly ženy poučeny v případě výskytu komplikací a na koho se mají obrátit potvrdily také všechny ženy (66), že tyto informace jim byly poskytnuty (Graf 28).

Spokojenost dotazovaných žen s ošetrovatelskou péčí v průběhu ošetrování vyjádřilo 83,33 % respondentek, 10,61 % respondentek uvedlo, že spokojeno s ošetrovatelskou péčí bylo někdy a 6,06 % respondentek uvedlo, že spokojeno nebylo (Graf 29). Také tyto výsledky naznačují velké zlepšení v kvalitě ošetrovatelské péče, kterou je nutno i nadále zvyšovat, neboť vždy se vyskytne procento nespokojné klientely.

Cílem práce bylo shrnout dosavadní poznatky o možnostech urogynekologických operací a ošetrovatelské péče. Zjistit, jaké nejčastější důvody vedou klientky k vyhledání odborné pomoci, zda jsou klientky informované o možnostech urogynekologické léčby a zda je jim z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Všechny cíle byly splněny, což výsledky výzkumného šetření potvrdily.

K potvrzení hypotézy 1, která zněla, že nejčastějším důvodem u žen k vyhledání odborné pomoci je močová inkontinence, byly použity výsledky výzkumného šetření z Grafů 6, 7, 8, 9, 10 a hypotéza se potvrdila.

K posouzení hypotézy 2 bylo použito výsledků Grafů 11 a 12. Respondentkám, jak uvedly, byla doporučena převážně pomoc jen gynekologem, pouze v jednom případě urologem, ve formě gynekologického a urologického vyšetření, operace na odstranění problémů s močovou inkontinencí a v mnohem menší míře bylo doporučeno speciální cvičení na zpevnění svalů pánevního dna. Většina respondentek hledala informace také sama např. v časopisech televizi, na internetu, v letáčcích či v odborné literatuře. Ovšem 17 respondentek uvedlo, že informace nehledaly, spolehly se přímo na

odbornou pomoc. Tyto uvedené údaje potvrdily hypotézu 2, která zněla, že klientky jsou informované o možnostech urogynekologické léčby.

K potvrzení hypotézy 3, která zněla, že je klientkám z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, byly použity výsledky výzkumného šetření z Grafů 23, 24, 25, 26 a 29 hypotéza byla potvrzena. Podle uvedených výsledků ve výzkumném šetření je zdravotnický personál dostatečně erudovaný. Respondentky vyjádřily v převážné míře spokojenost s ošetrovatelskou péčí, profesionálním, kvalifikovaným a ochotným přístupem se zájmem.

6. ZÁVĚR

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav. Nezávisle na věku je močovou inkontinencí ovlivněno mnoho žen ve všech oblastech svého života – fyzické, psychické, sociální, sexuální, doma i v zaměstnání. Mnoho těchto inkontinentních žen pomoc nevyhledá nikdy a nebo tak učiní po mnoha letech strádání. Jedním z důvodů je jejich stud před lékařem, nevědí, na kterého odborníka se mají obrátit. Rozhodne-li se žena k řešení svého problému, je velmi důležité získat její důvěru a poskytnout jí kvalitní, citlivou ošetrovatelskou péči.

Cílem práce bylo zjistit, jaké nejčastější důvody vedou ženy k vyhledání odborné pomoci, zda jsou informované o možnostech urogynekologické léčby a zda je jim z jejich pohledu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Všechny cíle bakalářské práce se podařilo splnit.

Na základě cílů byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza měla potvrdit, že nejčastějším důvodem u žen k vyhledání odborné pomoci je močová inkontinence. První hypotéza se potvrdila. Druhá hypotéza měla potvrdit, že klientky jsou informované o možnostech urogynekologické léčby. Druhá hypotéza se také potvrdila. Třetí hypotéza měla potvrdit, že klientkám je z jejich pohledu, poskytována kvalitní ošetrovatelská léčba. Třetí hypotéza se také potvrdila. Většinu žen vedou k vyhledání odborné pomoci problémy s močovou inkontinencí, které je velmi omezují a ženy proto nechtějí tolerovat sníženou kvalitu života. 39,39 % žen moč odcházela neustále, 42,42 % žen muselo chodit močit každé 3 hodiny a 18,18 % žen každé 2 hodiny. Ženy musely nosit např. neustále vložky, měly pocit, že jsou cítit močí, trápil je neustálý odtok moči, společensky se cítily izolovány. To jsou velmi závažné důvody k vyhledání odborné pomoci a řešení těchto problémů, protože jde o velmi stresující stav, který zasahuje do všech oblastí osobního života ženy.

Výsledky práce by mohly být využity v komplexní ošetrovatelské péči o klientky a mohly by sloužit jako zdroj informací pro ženy. Podle uvedených výsledků z výzkumného šetření je patrné, že ačkoli problém močové inkontinence je pro mnoho žen velmi citlivým tématem, je informovanost v této oblasti na dobré úrovni a ženy se necítí bezmocné v řešení svých obtíží, neboť je jim nabízena dobře dostupná, kvalitní a

citlivá pomoc. Myslím, že je třeba, samozřejmě podle individuálního zhodnocení stavu každé klientky, zaměřit se i na ostatní podpůrné léčebné možnosti, jako je právě léčebný tělocvik. V této oblasti by větší edukace byla na místě.

Nadále je tak třeba neustále informovanost v oblasti problému močové inkontinence zvyšovat a kvalitu ošetrovatelské péče vylepšovat.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

01. Bulletin Gynstat 2/2008, gynekologické aktuality pro praxi [březen 2009]
02. CIMLOVÁ, I. Vliv BMI, komorbidity a podávání antibiotik na hojení laparotomických ran u žen. Bakalářská práce. České Budějovice: 2007. ZSF JČU.
03. CITTERBART, k. et. al. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galén. 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
04. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Překl. I. Suchardová. 2. vyd. České. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. Přel. z Nurses Pocket Guide: Diagnose, Interventions, and Rationales. ISBN 80-247- 0242-8.
05. GLYNN BROTHERS CHEMICALS PRAGUE SPOL. S.R.O. Informační leták Vielle. [březen 2009]
06. HALAŠKA, M a kol. Urogynekologie. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
07. KOLEKTIV AUTORŮ. Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
08. KOMISE PRO TVORBU STANDARDŮ. Operace abdominální, vaginální, plánované. Standard ošetrovatelské péče – Ženské oddělení. České Budějovice. 2003. č. 32. s. 136-139.
09. KOZIEROVÁ, B. et. Al. Ošetrovatel'stvo II. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. LEVRET s.r.o Moderní gynekologie a porodnictví - Pánevní dno a jeho poruchy. vol. 12, č. 1, [březen 2003]
11. LEVRET s.r.o . Moderní gynekologie a porodnictví – Gynekologické operace vol. 15, č. 2, [červen 2006]
12. www.levret.cz, Moderní babictví 9, 2006. [říjen 2008]
13. www.levret.cz, Moderní babictví 10, 2006. [říjen 2008]
14. www.levret.cz, Moderní babictví 12, 2006. [říjen 2008]
15. www.levret.cz, Moderní babictví 13, 2007. [říjen 2008]

16. MIKŠOVÁ, Z. et. al. Kapitoly z ošetrovateľskej péče I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
17. MIKŠOVÁ, Z. et. al. Kapitoly z ošetrovateľskej péče II. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-7169-969-1.
18. PRO.MED.CS. PRAHA A:S: Farmakoterapie FOCUS, květen 2007. [30.3.2009]
19. ROZTOČIL, A. a kol. Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-225-85.
20. TRACHTOVÁ, e. et. al. Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů V Brně, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-417.
21. www.pelvis-klub.cz 17. Informační leták – Pelvis klub. Česká společnost podpory zdraví [30.3.2009]
22. ZIKMUND, J. Inkontinence moči u žen. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8..

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Inkontinence

Vyšetřovací metody

Léčba

Ošetrovatelská péče

Porodní asistentka

Úloha

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro respondentky

Příloha 2 Inervace močového měchýře a uretry

Příloha 3 OAB dotazník

Příloha 4 Mikční deník

Příloha 5 Vielle – systém tonizující svaly pánevního dna

Příloha 1 DOTAZNÍK PRO PACIENTKY

Vážená paní,

jmenuji se Vlasta Špilauerová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Urogynekologické operace a ošetrovatelská péče“. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro potřeby bakalářské práce. Odpovědi prosím, zaškrtněte nebo doplňte.

Děkuji za spolupráci a Váš čas při vyplňování dotazníku.

1) Kolik je Vám let?

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 - 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 – 69 let
- f) 70 let a více

2) Jaké máte ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) učební obor
- c) středoškolské
- d) specializační
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

3) Kolikrát jste rodila?

- a) ani jednou
- b) 1x
- c) 2x
- d) 3x
- e) 4x a více

4) Setkala jste se s pojmem močová inkontinence?

- a) ano
- b) ne

5) Pokud ano, co tento pojem znamená? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) stalý samovolný únik moči
- b) únik moči jenom při náhlém nucení
- c) únik moči při cestě na toaletu
- d) únik moči jenom ve dne
- e) únik moči pouze v noci
- f) únik moči při zakašlání
- g) únik moči při kýchnutí
- h) únik moči při zvedání těžkých předmětů

6) Jak často jste musela močit?

- a) moč mi odcházela neustále

- b) každou hodinu
- c) každé 2 hodiny
- d) každé 3 hodiny
- e) jiné: prosím, doplňte:.....

7) Měl vliv únik moče i na Váš sexuální život?

- a) ano
- b) ne

8) Jaké důvody Vás vedly k vyhledání odborné pomoci? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) neustálý odtok moči
- b) musela jsem nosit neustále vložky
- c) byla jsem společensky izolovaná
- d) měla jsem pocit, že jsem cítit moči
- e) měla jsem depresivní pocity
- f) měla jsem potíže s močením déle než půl roku
- g) měla jsem potíže s močením 1 rok
- h) měla jsem potíže s močením do 2 let
- ch) měla jsem potíže s močením do 5 let
- i) jiné: prosím, doplňte:.....

9) S kým jste o svém problému hovořila? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) s gynekologem
- b) porodní asistentkou
- c) urologem
- d) zdravotní sestrou
- e) fyzioterapeutkou
- f) kamarádkou
- g) partnerem
- h) rodinou
- ch) lékařem
- i) s nikým, styděla jsem se

10) Kdo Vám odbornou pomoc poskytl?

- a) gynekolog
- b) urolog
- c) fyzioterapeutka
- c) léčitel
- e) jiné, prosím, doplňte:.....

11) Jaká odborná pomoc Vám byla doporučena? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) gynekologické vyšetření
- b) urologické vyšetření
- c) speciální cvičení na zpevnění svalů pánevního dna
- d) užívání léků na močovou inkontinenci
- e) operace na odstranění problémů s močovou inkontinencí
- f) jiné: prosím: doplňte:.....

12) Kde jste hledala informace o možnosti léčby močové inkontinence? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) v odborné literatuře
- b) internet
- c) časopisy
- d) letáčky
- e) televize
- f) rádio
- g) informace jsem nehledala
- h) jiné: prosím, doplňte:.....

13) Prováděla jste cviky na posílení svalů pánevního dna při inkontinenci moče?

- a) ano
- b) ne

14) Věděla jste, kde se cvičení na posílení svalů pánevního dna při inkontinenci moče ve Vašem okolí provádí?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, u nás se cvičení nikde neprovádí

15) Kdo Vám podal informace o cvičení svalů pánevního dna při inkontinenci moče?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) gynekolog
- b) porodní asistentka
- c) urolog
- d) zdravotní sestra
- e) kamarádka
- f) nikdo, informace jsem si našla sama
- g) jiné: prosím, doplňte:.....

16) Měla jste informaci, že existují kluby pro ženy s inkontinencí moče?

- a) ano
- b) ne

17) Užívala jste na močovou inkontinenci léky?

- a) ano
- b) ne

18) Byla Vám provedena operace na odstranění potíží s inkontinencí moče?

- a) ano
- b) ne

19) Byl u Vás již v minulosti proveden operační zákrok v souvislosti s inkontinencí moče?

- a) ano
- b) ano, opakovaně
- c) ne

20) Byly vám podány informace o předoperační přípravě?

- a) ano
- b) ne

21) Byl Vám vysvětlen „Informovaný souhlas s operací“?

- a) ano
- b) ne

22) Byla jste od zdravotnického personálu informována o tom, jak bude probíhat pooperační péče?

- a) ano
- b) ne

23) Co u Vás porodní asistentky/sestry sledovaly v pooperačním období?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) krevní tlak a puls
- b) tělesnou teplotu
- c) množství moče odváděné cévkou do sáčku
- d) po vyndání cévky – kolik moče zůstává v močovém měchýři
- e) množství přijatých tekutin
- f) vyprazdňování stolice
- g) odchod plynů
- h) hojení operační rány
- ch) zvládání hygieny
- i) zvládání chůze a pohyb
- j) výživu
- k) kvalitu spánku
- l) jiné: prosím, doplňte:.....

24) Byla zachována Vaše intimita při provádění ošetrovatelských výkonů (např. cévkování, převaz operační rány, hygiena)?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

25) Jak se k Vám zdravotnický personál chová při provádění ošetrovatelské péče?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) profesionálně
- b) neprofesionálně
- c) kvalifikovaně
- d) empaticky (Empatie – vcítění se do potřeb druhého)
- e) povrchně
- f) se zájmem
- g) arogantně
- h) ochotně
- ch) jiné: prosím doplňte:.....

26) Dostávala jste v průběhu hospitalizace informace o ošetrovatelské péči?

- a) ano
- b) ne

27) Byly Vám poskytnuty informace o péči po propuštění z nemocnice do domácího prostředí?

- a) ano
- b) ne

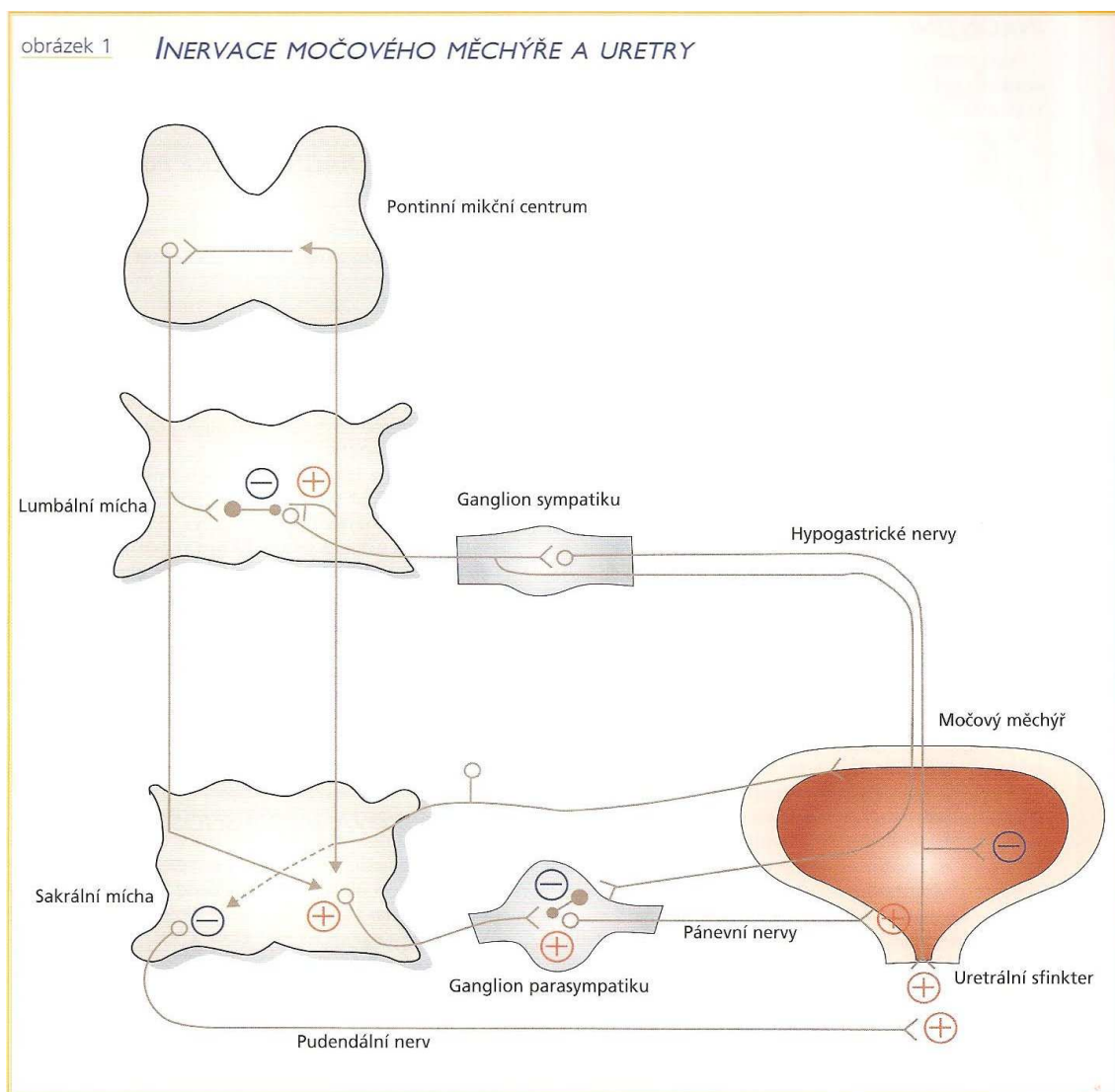
28) Byla jste poučena na koho se máte obrátit při výskytu komplikací v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

29) Byla jste v průběhu ošetřování spokojena s ošetřovatelskou péčí?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

Příloha 2 Inervace močového měchýře a uretry



Zdroj: Farmakoterapie Focus květen 2007, PRO.MED.CS Praha a.s. [30.3.2009]

Příloha 3 OAB dotazník

tabulka 1 **OAB DOTAZNÍK (EUROPEAN OAB FACULTY 2004)**

Prosím, napište do čtverečků u otázek odpovídající číslo podle následující stupnice:
ne = 0 jen trochu = 1 docela ano = 2 ano velmi = 3

PŘÍZNAKY	OBTÍŽE
<input type="checkbox"/> Je těžké zadržet moč, když se objeví nutkání na močení?	Jak hodně vám to vadí? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Máte pocit, že musíte chodit během dne častěji na toaletu?	Jak hodně vám to vadí? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Musíte v noci vstávat z důvodu potřeby močit?	Jak hodně vám to vadí? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unikne vám někdy moč?	Jak hodně vám to vadí? <input type="checkbox"/>

SEČTĚTE NYNÍ ČÍSLA VE SLOUPCÍCH A SOUČET Z KAŽDÉHO SLOUPCE NAPIŠTE DO RÁMEČKU POD SLOUPCEM

SOUČET PŘÍZNAKŮ	TENTO SOUČET PŘÍZNAKŮ ZNAMENÁ:	TENTO SOUČET OBTÍŽÍ ZNAMENÁ:	SOUČET OBTÍŽÍ
0	Nemáte obtíže s močením	Močové problémy vás neobtěžují	0
1–3	Vaše příznaky jsou mírné	Vaše příznaky vás obtěžují mírně	1–3
4–6	Vaše příznaky jsou střední	Vaše příznaky vás obtěžují středně	4–6
7–9	Máte výrazné obtíže	Vaše příznaky vás výrazně obtěžují	7–9
10–12	Máte velmi výrazné obtíže	Vaše příznaky jsou pro vás hlavním a závažným problémem	10–12

Je-li váš součet příznaků více než 4, měla byste vyhledat pomoc

Je-li váš součet obtíží více než 1, lze očekávat přínos z vyhledání pomoci

Zdroj: Farmakoterapie Focus květen 2007, PRO.MED.CS Praha a.s. [30.3.2009]

Příloha 5 Vielle – systém tonizující svaly pánevního dna



Vielle®

systém tonizující svaly pánevního dna

- zesílení svalů pánevního dna
- řešení problémů s inkontinencí
- zvýšení sexuálního prožitku

Vielle®

- klinicky ověřený systém napomáhající kontrolovat vyprazdňování močového měchýře a zabraňující stresové inkontinenci
- zpevňuje svaly pánevního dna
- používání též zvyšuje sexuální prožitek při pohlavním styku
- doporučovaný také v poporodním období

Cvičební pomůcka na posílení svalstva pánevního dna

- obsahuje tři tonizéry různé velikosti a hmotnosti
- tonizéry jsou jemné, diskrétní, omyvatelné a trvale použitelné
- jednoduchý komplexní systém s indikátorem měřícím pokrok ve cvičení
- součástí balení je podrobná příručka na cvičení a tabulka na zaznamenávání výsledků
- Vielle systém lze koupit výhradně v lékárnách

G B C Glynn Brothers Chemicals Prague spol. s r. o.
K Bezdáně 1092/19, 148 00 Praha 4, tel.: 244 911 689, fax: 244 911 583

Zdroj: Informační leták Vielle, Glynn Brothers Chemicals Prague spol. s r.o.

[30.3.2009]