

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Jana Maršíková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Inkontinence jako stresový faktor u seniorů - žen

bakalářská práce

Autor práce: Jana Maršíková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3 .5. 2012

Abstrakt

Močová inkontinence je stav nedobrovolného úniku moči, který způsobuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém. Inkontinence je v seniorském věku častým problémem, má vliv na všechny oblasti v životě ženy. Téměř každá seniorka má s inkontinencí nějakou zkušenost, může být její vlastní nebo se týká někoho z jejích blízkých. Práce se zabývá otázkou příčin vzniku inkontinence, její diagnostikou a možnou léčbou. Cílem bylo zjistit, zda únik moči, ovlivňuje psychický stav seniorek, jakým způsobem se problémy s únikem u seniorek projevují. Dalšími otázkami bylo, jak se seniorky vyrovnávají s informacemi o svých potížích a zda jich mají dostatek a rozumí jim. Také je důležité vědět jaké možnosti dnešní léčba tohoto problému má a jestli jsou vůbec seniorky ochotné léčebné zákroky a vyšetření podstoupit. Práce se také zabývá otázkou, jestli seniorky mají dostatek inkontinentních pomůcek, jak jsou spokojeny s ošetrovatelskou péčí a zda mají dostatek soukromí při hygieně a výměně pomůcek.

Šetření ukázalo, že seniorky jsou únikem moči stresovány, omezují své aktivity, sociálně se izolují, jsou nespokojené s počtem pomůcek, omezují příjem tekutin. Překvapivé bylo zjištění, že seniorky nemají příliš zájem o informace, o další podrobná vyšetření, o cvičení pánevních svalů. Bylo prokázáno, že lékaři nabízí seniorkám především léčbu farmakologickou a kompenzační. V oblasti soukromí se prokázalo, že seniorky jsou spokojené s ošetrovatelskou péčí a na nedostatek soukromí se adaptovaly. V šetření se zjistilo, že sestry nemají dostatek odborných informací pro edukaci seniorek. Výstupem této práce je vypracování nového edukačního plánu pro klientky Domova důchodců a i pro všeobecné sestry, které v zařízení pracují.

Klíčová slova: močová inkontinence, inkontinentní pomůcky, stres, seniorky, sestry, adaptace

Abstract

The urinary incontinence is the involuntary leakage of urine, which causes medical, psychological, social and hygienic problems. The incontinence is a common problem in the senior age and influences all fields of women's life. Almost every senior woman has some kind of experience with this issue, either personal or linked to someone she knows. This thesis is dealing with causes of the incontinence origin, its diagnostics and treatment possibilities. The aim was to find out whether the incontinence influences the mental condition of senior women and if so, in which way the problems connected with the incontinence are present. The thesis further examines how senior women cope with the information about their complaints, whether they have sufficient information and whether the information is understandable. It is also important to know what the modern-day options for treatment of this problem are, and whether senior women are willing to undergo the procedures and examinations. The thesis deals also with the question whether senior women have the sufficiency of the incontinency aids, whether they are satisfied with the nursing care and whether the privacy during the sanitation is satisfactory.

The survey shows that senior women are stressed by the urine leakage, limit their activities, socially isolate themselves, are dissatisfied with the quantity of the incontinency aids, limit the fluid intake. The finding, that senior women are not very interested in receiving more information, in further detailed examinations, or in the pelvic muscle rehabilitation, was surprising. It has been proven that doctors offer mainly the pharmacological and compensational treatment to senior women. Regarding the privacy issue, it has been proven that senior women are satisfied with the nursery care and did adapt to the lack of privacy. It resulted from the survey that nurses do not have enough professional information for the education of senior women. The elaboration of the new educational plan for the Senior House clients and nurses working in the facility is the output of this thesis.

Keywords: urinary incontinence, incontinence aids, stress, senior women, nurses, adaptation

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

Jana Maršíková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce pí Mgr. Aleně Polanové, za trpělivost, psychickou podporu a laskavý humor při vedení mé práce.

Též bych chtěla poděkovat všem svým respondentkám a svým nejbližším za podporu při vypracování práce.

Obsah

Úvod	5
1. Současný stav	6
1.1 Etiologie inkontinence	7
1.1.1 <i>Klinická klasifikace močové inkontinence</i>	8
1.1.2 <i>Diagnostika inkontinence</i>	10
1.1.3 <i>Terapie inkontinence</i>	11
1.1.4 <i>Preskripční možnosti řešení inkontinence</i>	14
1.2 Vliv inkontinence na psychiku žen – seniorek	15
1.2.1 <i>Potřeby ve stáří.....</i>	15
1.2.2 <i>Inkontinence jako stresový faktor pro seniorky.....</i>	15
1.2.3 <i>Komunikace se seniorem</i>	18
1.3 Ošetrovatelská péče o inkontinentní seniorky	19
1.3.1 <i>Informovanost o problému v domácím prostředí</i>	19
1.3.2 <i>Inkontinence v Domově pro seniory</i>	21
1.3.3 <i>Edukační plán pro seniorky s inkontinencí</i>	22
1.3.4 <i>Ošetrovatelská úskalí v péči o seniorky s inkontinencí</i>	24
1.3.5 <i>Individuální plánování ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory</i>	25
2. Cíle práce	26
2.1 <i>Výzkumné otázky</i>	26
3. Metodika	27
3.1 <i>Metodika a technika šetření</i>	27
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	27
4. Výsledky	28
4.1 <i>Rozhovory s klientkami</i>	28
4.2 <i>Rozhovory se sestrami</i>	46
4.3 <i>Kategorizační tabulky.....</i>	53
5. Diskuze	55
6. Závěr.....	62
7. Seznam použitých zdrojů	64
8. Přílohy	67

Úvod

Inkontinenci moče u seniorek jako téma svojí bakalářské práce jsem si vybrala proto, že pracuji se seniorkami a myslím si, že tento problém je pro ně docela významný v jejich každodenním životě. Inkontinence moči je v seniorském věku častý problém, ovlivňuje všechny oblasti v životě ženy, ať už se jedná o socioekonomický dopad nebo vliv na psychiku ženy. Většina seniorek má s tímto problémem nějaké zkušenosti, ať vlastní nebo zprostředkované svými blízkými v seniorském věku. Zajímá mě, jak tyto zkušenosti ovlivňují kvalitu života žen seniorek, jaké jim inkontinence způsobuje problémy a co nejvíce ženám vadí. Také bych chtěla ověřit, zda má inkontinence vliv na psychický stav seniorky, obzvláště pokud žena nežije v domácím prostředí, ale využívá pobytovou službu sociálního zařízení.

Šetřením chci zjistit, zda jsou seniorky dostatečně informovány o příčinách inkontinence, kdo je informuje, zda informacím rozumí, dále zda znají možnosti léčby, zda je po ně léčba přijatelná, zda jsou ochotné podstoupit nepříjemná vyšetření, náročnou léčbu nebo se raději spokojí s kompenzačními pomůckami. Další otázkou je, zda mají dostatek pomůcek a zda možný nedostatek ovlivňuje psychický stav seniorky. Také nedostatek soukromí v sociální instituci může být příčinou psychické nepohody žen. Dále je mou snahou zjistit, zda jsou seniorky spokojené s celkovou ošetrovatelskou péčí v oblasti zajištění hygieny. Důležitým momentem je také to, zda ženy v seniorském věku mají vůbec zájem o informace a zájem svoji situaci změnit nebo ovlivnit, je pro ně vůbec inkontinence důležitá nebo ji pokládají za další nepříjemnost vyššího věku.

Sestry pracující se seniorkami se s inkontinencí často setkávají, mají dostatek informací, aby dokázaly ženám problém vysvětlit a poskytnout jim odbornou pomoc? Problémem může být také nedostatečná schopnost komunikace se seniorkou nebo jen nedostatek empatie pro seniorku s problémem. Chci se v šetření dotknout těchto otázek a ukázat na to, co je pro seniorku důležité, jak péče o ni probíhá a jaký vliv inkontinence na kvalitu života v Domově důchodců má.

1 Současný stav

Inkontinence moči je, dle definice ICS – Mezinárodní společnosti pro inkontinenci, stav nedobrovolného úniku moči, který způsobuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém. Jedná se o nechtěný, samovolný, objektivně prokazatelný únik moči, který není normálním příznakem stáří a vždy by se měl vyšetřit a léčit. Nejedná se vlastně o nemoc jako takovou, ale soubor příznaků dysfunkce dolních močových cest. Na vyšetření a léčbě se podílejí nejčastěji gynekologové, urogynekologové, urologové, neurologové i psychologové a ve stáří se tímto problémem nejčastěji zabývají geriatři lékaři. V geriatrii je inkontinence chápána jako jeden z nejvýznamnějších problémů, je chápána především jako problém ošetrovatelský. Inkontinence se může projevit jako dílčí symptom, což znamená jako příznak dysfunkce dolních močových cest nebo jako multikauzální geriatrický syndrom, což je pro pacienta známka špatné prognózy, nízké kvality života a zhoršené kvality ošetrovatelské péče. Závažnost se odvíjí od kombinace urologických, neurologických a behaviorálních faktorů, dále se kombinuje s dalšími syndromy a deficity jako jsou imobilita, demence, dekubity a pády (1, 2).

Inkontinence je buď častý příznak mnoha nemocí urologických, neurologických, gynekologických a i jiných, které ve stáří vznikají, nebo se jedná o doprovodný příznak nemocí, kterými pacient trpí již dlouho. Do těchto nemocí patří např. roztroušená mozkomíšní skleroza, diabetes mellitus, Parkinsonova choroba, mikční obtíže se objevují u transversální léze míšni. Stresová inkontinence se objevuje především u věkové kategorie 45-55 let, urgentní forma je rovnoměrně u všech věkových kategorií. Občasné projevy úniku moči má během života 40-60 % žen, např. při smíchu, kašli. Důsledky této poruchy jsou závažné jak zdravotně, psychosociálně a též ekonomicky (1, 3).

Prevalence inkontinence narůstá s věkem. Podle WHO trpí inkontinencí moči asi 5-8 % světové populace. V běžné populaci se hovoří o 12 až 22 % postižených inkontinencí ve věku nad 40 let, ve věkové kategorii nad 75 let již hovoříme o 31 až 42 %. Podle odhadů je v České republice 170 000-200 000 seniorů inkontinentních, z nich žije nejméně 30 000 – 40 000 dlouhodobě v ústavech sociální nebo zdravotní péče (4). Častěji jsou inkontinencí postiženy ženy – 1,5-2x častěji než muži. Prevalence stoupá,

kolem 80 - 90 let trpí inkontinencí již polovina žen a třetina mužů (5). Asi 40 % případů zůstává nediodagnostikováno, pacienti navíc čekají s vyhledáním odborné pomoci 6 - 12 měsíců od začátku příznaků. Mnoho postižených ale ani nevyhledá odbornou pomoc, protože tento problém je stále hodně tabuizován a odsouván na okraj zájmu. Souvisí to s kulturními tradicemi dané společnosti, s úrovní vzdělanosti společnosti, s úrovní zdravotní výchovy, s postavením ve společnosti, také hrají zde roli psychosociální aspekty. Ženy mají pocity méněcennosti, trapnosti, opouští zaměstnání, vyhýbají se aktivitám mimo domov, bojí se cestovat, pijí málo tekutin, omezují sexuální život. Pacientky se stydí informovat svého lékaře o svých potížích, pokud se tak stane, dost často se jim nedostane odpovídající léčby a vyšetření (1, 6).

1.1 Etiologie inkontinence

Inkontinence ve stáří má mnoho příčin, patří mezi geriatrické syndromy. Mikce je řízena z mikčního centra. Iniciální pocit plného močového měchýře při větší náplni přerůstá v nutkavou bolest, která je snímána receptory ve stěně měchýře a pánevními nervy přiváděna do míchy. Reflexním stahem vypuzovacího systému stěny močového měchýře a uvolněním svěračového systému dochází k odtoku moči do močové trubice. Dolní močové cesty a močová trubice zajišťují dvě protichůdné činnosti, na straně jedné je to jímání moči a na straně druhé je to její vypuzování. Nerovnováha mezi reflexními mechanismy vede k dysfunkci dolních močových cest. Mezi hlavní faktory vzniku inkontinence patří věk. Ve stáří je zvýšená aktivita musculus detruzor, mírně se snižuje kapacita močového měchýře a zhoršuje se jeho vyprazdňování, bývá zvýšené postmikční reziduum a omezená schopnost zadržet mikci. Mezi další faktory patří různá onemocnění urogenitálního traktu, která vedou ke zvýšené dráždivosti močového měchýře, to jsou například infekce močových cest, nádory, cystitidy, dále dráždění z okolních struktur, jako je impaktovaná stolice v rectu, atrofické změny v postmenopauze, benigní hyperplazie prostaty. Zhoršené vyprazdňování moči může způsobit benigní hyperplazie prostaty, striktura uretry, porucha kontraktility měchýře. Poruchy uzávěrového mechanismu mají souvislost s těhotenstvími a porody, cystokélami, prolapsy dělohy, stavy po prostatektomii. V patogenezi se uplatňují

mnohočetná těhotenství a porody, obzvláště pokud jsou komplikované poraněním hráze nebo rupturou análního svěrače. Na vznik inkontinence mají vliv i další celková onemocnění spojená s polyurií, sem se řadí i diabetes insipidus, hyperkalcémie, dále autonomní neuropatie, postižení CNS a míchy, psychiatrická onemocnění s kognitivním deficitem. Jako jeden z rizikových faktorů vzniku inkontinence se uvádí i nadměrná hmotnost pacienta, kdy redukce hmotnosti pak vede ke snížení obtíží. Také nadměrná fyzická aktivita a soustavný dlouhodobý tlak na pánevní orgány mění anatomické poměry v malé pánvi. K dalším vlivům můžeme počítat kouření, neřešenou zácpu, zvýšený příjem dráždivých a kořeněných jídel a kávy. Souvislost byla zjištěna i s chronickou bronchitidou, kdy kašel působí jako provokující faktor (3, 7).

Příčiny vzniku inkontinence lze rozdělit u seniorů na *morfologické*, mezi které řadíme striktury uretry, benigní hyperplazie prostaty, cystitidy, cystouretritidy, cystolitiázy, tumory močového měchýře či uretry, vezikovaginální píštěle, epispadie uretry, poranění sfinkteru, stavy po operacích. *Funkční příčiny* dále dělíme na neurogenní a non-neurogenní. Neurogenní můžeme rozdělit na traumatické, kam patří např. trauma mozkové, trauma pánevního plexu, a na non traumatické, kam řadíme nádory CNS, normotenzní hydrocefalus, demyelinizace, parkinsonismus, infekce CNS, herniace disku, diabetická neuropatie. Mezi non-neurogenní zařazujeme stavy po prostatektomiích, stavy po gynekologických operacích, stavy po kolorektálních operacích. *Behaviorální a jiné příčiny*, do kterých patří syndrom demence, kóma, vliv léků, enuresis nocturna a enuresis diurna (1).

1.1.1 *Klinická klasifikace močové inkontinence*

Klasifikace močové inkontinence dle etiologie a klinického obrazu:

Stresová inkontinence znamená nepravidelný únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku bez kontrakce detruzoru a bez nucení na močení, je způsobena nedostatečným uzávěrovým tlakem při naplnění měchýře, intenzita je různá a je nejčastějším typem inkontinence u žen. U tohoto typu se používá hodnocení dle Ingelmann- Sundberga:

I. stupeň- moč uniká po kapkách intermitentně při kašli, smíchu, kýchnutí, při zvedání těžších předmětů.

II. stupeň- uniká větší množství moči při pohybu bez zvýšení intraabdominálního tlaku, např. při běhu, chůzi po schodech, lehčí fyzické práci.

III. stupeň- zde je únik moči permanentní při minimálním vzestupu intrarabdominálního tlaku, např. při hlubokém dýchání, při pomalé chůzi nebo i v klidu ve stoji.

Urgentní inkontinence znamená náhle vzniklou potřebu močit vícekrát během dne, potřebě musí pacientka rychle vyhovět, jinak dojde k pomočení. Urgence mohou být motorické nebo sensorické. V období mezi močením se objevují polakisurie a nykturie nebo pocity tlaku v podbřišku. Pacientek s čistou urgentní inkontinencí je udáváno kolem 30 %. Častěji se ale jedná o smíšenou inkontinenci, tzn. kombinaci urgentní se stresovou. Pro motorickou urgentní inkontinenci je charakteristická přítomnost patologických kontrakcí detruzoru. Centrální mikční centrum je porušené, vznikají neinhibované kontrakce detruzoru, jsou ve vlnách, buď jednotlivě, nebo v salvách. Únik moči následuje mimovolné kontrakce a jsou provázeny imperativním nucením na močení. Kontrakce zvyšují intravezikální tlak a při této dysfunkci je zmenšena kapacita měchýře. Při tomto typu inkontinence se nesmí podceňovat celkový psychický stav pacientky a často dochází ke zlepšení jejího stavu po psychiatrické léčbě. Sensorická urgentní inkontinence je vyvolána mikčním reflexem, který je podmíněn zesílenými impulsy z receptorů registrujících roztažení stěny měchýře. Při vyšetření není prokázána patologická aktivita detruzoru. U tohoto typu inkontinence bývá únik méně častý, převažuje polakisurie a nykturie, objevuje se jako sekundární jev při zánětlivé nebo nádorové infiltraci stěny močového měchýře.

Dvě třetiny pacientek s hyperaktivním močovým měchýřem netrpí inkontinencí, ale tento problém se projevuje nucením na močení, což je náhlý a nutkavý pocit nutnosti se vymočit, který se nedá oddálit, a dále častým močením během dne nejméně 8x, a také nykturií.

U reflexní inkontinence se jedná o nechtěný únik moči způsobený zvýšenou reflexní aktivitou míšního centra bez přítomnosti pocitů spojených s nucením na močení, k vyprázdnění měchýře dojde ihned po jeho naplnění, pacient si neuvědomuje pocit naplnění či vyprázdnění a nedokáže ho ani ovlivnit, často se objevuje postmikční

reziduum, jen někdy mohou pacientku varovat vegetativní symptomy, např. pocení. Tato porucha, zvaná též neurogení močový měchýř, se vyskytuje u nemocných s neurologickými poruchami.

Paradoxní ischurie, též nazývaná přebytková, z přetékání, overflow, je mimovolní odtok moči z přeplněného měchýře, kdy únik je způsoben pasivním přepětím stěny močového měchýře. Tlak v měchýři je větší než normální uzávěrový tlak v uretře a moč opakovaně odchází v malých množstvích, dochází však k retenci, což znamená zadržování moče v měchýři. Příčinou může být mechanická obstrukce nebo porucha kontraktility měchýře. Je nutné dát pozor na iatrogenní příčiny jako je ucpaní permanentního močového katetru nebo užívání některých léků jako jsou anticholinergika, která mohou mít nežádoucí vedlejší účinky jako sucho v ústech, zácpa, mlhavé vidění.

K funkční inkontinenci dochází působením psychosociálních faktorů při neporušené funkci dolních močových cest. Mezi tyto faktory patří např. imobilita, deliria, demence, polyurie, porucha adaptace.

Farmakogenní inkontinence vzniká působením určitých léků, např.: anticholinergik, antiparkinsonik, které oslabují kontraktilitu detruzoru, psychofarmak a hypnotik, ty mají sedativní účinek, zhoršují mobilitu, alfa-adrenergických blokátorů, snižujících svěračový tlak, blokátorů kalciových kanálů, které snižují kontraktilitu měchýře, diuretik a kofeinu- provokují stahy detruzoru zvýšenou diurézou (4, 8, 9).

1.1.2 Diagnostika inkontinence

Základní diagnostickou metodou je sběr anamnestických dat. Lékař začíná obvykle rodinnou anamnézou, kdy zjišťuje anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady, počet těhotenství, průběhy porodů, poporodní obtíže, sexuální funkce, operační výkony v oblasti malé pánve. Urologická anamnéza ukáže na potíže při močení, délku trvání potíží, infekce močových cest, bolesti či tlaky nad sponou, nucení na močení, polakisurii, nykturii, hematurii. Dále se lékař zajímá o onemocnění nervové povahy, metabolické nemoci, anemie, syfilis, kardiovaskulární onemocnění, chronickou zácpu nebo inkontinenci stolice. Také zjišťuje ev. únik moči, jak dlouho stav trvá, kdy k němu

dochází, frekvenci, množství, doprovodné symptomy. Farmakologická anamnéza objasní dlouhodobé a pravidelné užívání léků. Mezi anamnestické otázky patří i otázka používání inkontinentních pomůcek.

Dalšími vyšetřeními jsou fyzikální vyšetření a klinické testy- vyšetření per rektum a per vaginam odhaluje pokles pánevních orgánů, u žen stav hráze, malformace, záněty, výskyt nádoru, prolapsy dělohy, atrofické vaginitidy, jizvy po episiotomiích, rupturách, sleduje se zevní ústí uretry, možné kožní komplikace. Vyšetření provádí lékař u pacientek v klidu a při zatlačení na močení. Důležitá je kontrakční schopnost svalů pánevního dna. Zjišťuje se také pohyblivost, zručnost, kognitivní funkce pacienta a psychosociální komplikace jako jsou deprese, nespavost, sociální izolace.

Dále se provádí vyšetření moče chemicky a mikrobiologicky. Vyšetření močového sedimentu může prokázat nálezy krve, bílkoviny, bakterií. Vhodné je biochemické vyšetření funkce ledvin- kreatinin, urea, mineralogram, glykemie, Hamburgerův test. K vyšetření možných abnormalit v močovém traktu se používají zobrazovací metody, jako jsou ultrazvuk, rentgen, počítačová tomografie, vylučovací urografie, cystografie nebo endoskopické metody- cystoskopie.

Mezi speciální vyšetření, která provádí již urolog nebo uro-gynekolog na základě doporučení praktického lékaře patří urodynamické vyšetření, na začátku je provedena uroflowmetrie, doplněná vyšetřením močového rezidua, následuje cystometrie a tlakově - průtokové studie, elektromyografie a uretrální elektrická vodivost. Dalšími metodami jsou dotazníkové údaje dle Gaudenze, instrumentální vyšetření - kalibrace uretry, cystoskopie, také test vážení vložek- Pad-weight test, Marshallův test, a Q-tip test (příloha 2). Úlohou sestry je pacientku seznámit s průběhem vyšetření, vyšetřovací polohou, a psychicky ji podpořit. Také sestra pacientce vysvětlí průběh testů, a pokud je třeba poskytne i fyzickou pomoc při testech (10, 11).

1.1.3 Terapie inkontinence

Léčebné postupy závisí na druhu inkontinence, můžeme je rozdělit na farmakologické, operativní, neoperativní, kompenzační.

U stresové inkontinence má *farmakologická léčba* jen podpůrný efekt. Naproti tomu léčba urgentní inkontinence se v posledních letech široce rozšířila. Jedná se o léčiva močového měchýře, antimuskarinika, která tlumí hyperaktivitu detruzoru a tím se snižuje frekvence mikcí i jednotlivých urgencí, zvyšují také celkovou kapacitu. Starší typy léčiv (oxybutynin, propiverin) jsou zatíženy nežádoucími účinky, nevhodné je jejich užívání při poruchách paměti, orientace, myšlení, spánku, i kardiovaskulárních onemocněních. Novější léky jako tolterodin, solifenacin, trospium, fesoterodin mají lepší účinek na receptory i menší míru vedlejších nežádoucích účinků. Výběr vhodného antimuskarinika pro geriatrického pacienta je ovlivněn účinností a snášenlivostí, polymorbiditou, polyfarmakoterapií seniora. Mezi nejčastěji dostupné léky v České republice patří Ditropan, Uroxal, Mictionetten, Mictionorm, Spasmed, Uraplex, Detrusitol, Uroflow, Vesicare, Emselex, Toviaz. U geriatrického pacienta se doporučuje začínat s přípravkem trospium (Spasmed) v dávce 2-3 x 5 mg, při dobrých výsledcích možno zvýšit na 2 x 15 mg (5). Pro zahájení léčby je důležité subjektivní vnímání závažnosti symptomů a je třeba společně s pacientem stanovit realistické cíle tak, aby přínos léčby a spokojenost s léčbou reflektovaly současné léčebné efekty antimuskarinik. Hodnotí se např. snížení počtu urgentních mikcí více než o 20%, pokles všech symptomů od počátku léčby o polovinu a více, vymizení epizod urgencye a jednoho dalšího symptomu. U pacientů s kardiálním onemocněním je vhodné před zahájením léčby provést elektrokardiografické vyšetření, protože se mohou objevit poruchy srdečního rytmu. Další riziko hrozí u současného užívání jiných farmak s možným anticholinergním efektem, která se často u seniorů používají. Nežádoucími účinky jsou únava, závratě, poruchy pozornosti, poruchy spánku, poruchy paměťových funkcí, delirantní stavy, sucho v ústech, zácpa, mlhavé vidění. Záleží také na ochotě pacienta akceptovat lék s doplškem. Léčba trvá měsíce až roky, nezáleží jen na spolupráci pacienta, ale též na tom jakým směrem se léčba zacílí, zda na močový měchýř, regulační systém nebo na psychický stav pacienta (10).

Další metodou je *operativní léčba* inkontinence, ta musí být přísně individuální, jelikož u seniorek může být vysoce riziková vzhledem k polymorbiditě. Mezi operační postupy patří augmentační cystoplastiky, kdy cílem je zvětšení kapacity močového

měchýře, dále transuretrální divize hrdla močového měchýře, zde se jedná o zavedení permanentního metalického stentu do oblasti zevního sfinkteru, který sfinkter rozšiřuje. Další metodou je sling operace, kdy se používají autologní slingy (pruhy z abdominální nebo femorální fascie) nebo heterologní slingy (ze syntetických materiálů), které slouží k závěsu uretrovezikální junkce do smyčky a ukotví se k fascii přímých břišních svalů. Dále se používají TVT pásky- metoda kombinující princip slingový a závěsný – páska se podvlékne pod močovou trubici a poskytuje jí podporu a brání jejímu pohybu. Další metodou jsou Bulking metody, kdy se pomocí endoskopu pod sliznici močové trubice aplikuje hmota zvyšující uzávěrový tlak. Mezi operativní metody též patří umělý svěrač uretry. Pro geriatrické pacientky jsou nejvíce vhodné Bulking metody a použití TVT pásky (9, 11).

Neoperativní postupy jsou pro geriatrické pacientky výhodnější postup, s menším rizikem. Nejvhodnější metodou je fyzioterapie zaměřená na posílení svalů pánevního dna a břišního svalstva. Vhodná je například gymnastika pánevního dna dle Kegela. Předpokladem úspěchu je aktivní spolupráce pacientky s fyzioterapeutem a pravidelnost cvičení. Cvičení je možné kombinovat s elektrostimulací svalů zevními elektrodami umístěnými na perineu. Základem další metody, tréninku močového měchýře, je kromě nácviku pravidelného močení i vedení mikčnického deníku. Sestra seniorce vysvětlí postup při jeho vedení a zdůrazní důležitost dostatečného příjmu tekutin. Je nutné, aby seniorka pochopila, že nedostatek tekutin způsobuje zvýšení koncentrace dráždivých látek v moči, může zhoršovat kapacitu měchýře a vede k dehydrataci, proto je důležitá spolupráce seniorky. Tento trénink je kombinován s farmakoterapií. Další léčebnou metodou je i psychoterapie, která vede ke zklidnění pacientky, protože problém inkontinence narušuje psychiku pacientek, negativně ovlivňuje sociální i partnerské vztahy (3, 6).

Kompenzační léčbou se rozumí používání pomůcek pro inkontinenci dle stupně inkontinence, příloha 3 (12).

Při výběru jednotlivého druhu léčby je nutné řídit se typem inkontinence. Lékař musí posoudit celkový zdravotní stav pacienta, schopnost pacientky zvládnout léčebný postup, vhodnost zařazení do ošetrovatelského programu pro nácvik kontinence.

V těchto programech se sestra zaměřuje na zajištění rehabilitačních programů, edukaci pacientky i rodinných příslušníků ohledně problému inkontinence, poskytnutí psychické podpory z důvodu dlouhodobého trvání léčby, poskytnutí informací o finanční náročnosti léčby. (13)

1.1.4 Preskripční možnosti řešení inkontinence

Od 1. 7. 2011 je nutné vyšetření pacientek odborným lékařem, urologem, gynekologem, neurologem či geriatrem. Odborný lékař je povinen písemně informovat praktického lékaře o provedeném vyšetření a jeho výsledku a v případě preskripce pomůcek i o jejich množství, které předepsal. Pomůcky mohou být předepsány maximálně na tři měsíce, a jen u seniorů ve stabilizovaném stavu z pohledu inkontinence, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných pomůcek. Zdravotní pomůcky 02 (pomůcky pro inkontinentní) jsou děleny na savé, sběrné a obstrukční. Indikací pro předpis je diagnóza inkontinence, která je dělena do tří stupňů dle závažnosti: I. stupeň - mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml v průběhu 4 hodin, lékař musí provést objektivní klasifikaci s přihlédnutím k údajům v mikční kartě seniora, případně k výsledkům vyšetření dolních cest močových. II. stupeň je mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml v průběhu 4 hodin, lékař musí provést objektivní klasifikaci s přihlédnutím k údajům v mikční kartě a k výsledkům vyšetření dolních cest močových. III. stupeň- únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin, lékař musí provést objektivní klasifikaci s přihlédnutím k údajům v mikční kartě, moč případně stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav. Pro předpis poukazu platí, že na poukaze může být předepsán pouze jeden druh pomůcky s využitím možnosti předepsání více poukazů, po předpis je směrodatný údaj o stupni inkontinence v návaznosti na finanční limit, nesmí dojít k překročení množstevních ani finančních limitů stanovených pro jednotlivé pojišťovny. O vystavení poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pacienta s uvedením stupně a množstvím pomůcek a také datum vystavení poukazu (14).

1.2 Vliv inkontinence na psychiku žen – seniorek

1.2.1 Potřeby ve stáří

Každý člověk má potřeby různého druhu a je třeba je rozlišovat dle naléhavosti, nelze uspokojit všechny, a vůbec ne najednou. Seniorům je potřeba zajistit nejen náležitou výživu, pitný režim, pravidelný spánek a odpočinek, dbát o hygienu, ale neméně důležitá pro seniora je potřeba pocitu jistoty a bezpečí. V nemocnici či jiné instituci jsou často naplňovány biologické potřeby, ale je třeba pamatovat i na potřebu mít informace, mít právo na sebeurčení, seberealizaci. Stáří přináší mnoho změn v potřebách, tyto změny každý jedinec prožívá jinak, co je pro někoho přirozené a očekávané, to pro jiného může znamenat velký problém, se kterým se těžko vyrovnává. Potřeby seniorů jsou specifické a individuálně zabarvené, všichni, kdo o seniory pečují, by se o nich měli učit a neměly by se pečujícím zamlčovat ani neatraktivní prvky geriatrické péče. Následkem všech změn ve všech oblastech je zhoršená adaptace na vše nové a neznámé, záleží pak na osobnosti každého jedince, a to jak seniora, tak i pečující personál, jak se s tím vyrovná (15, 16, 17).

„Osobnost člověka je výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné adaptace na nezbytné potíže vyššího věku“ (18, Vývojová psychologie, str. 207). Přizpůsobení se problémům se dá rozdělit na několik strategií vyrovnání se s vlastním stářím. S. Reichardová dělí strategie dle přístupu člověka k řešení svých obtíží na konstruktivní, obrannou, dále strategii závislosti, hostility a sebenenávisti. Každý ze seniorů může volit jinou cestu k adaptaci na vlastní potřeby, přání a problémy (18, 19).

1.2.2 Inkontinence jako stresový faktor pro seniorky

Definice stresu: „S ohledem na člověka, který se nachází v tlaku stresorů, byl stres definován zprvu jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit“ (17, Psychologie zdraví, str. 170). Stresor je zatěžující vliv nebo

negativní faktor, který způsobuje napětí. Na vzniku stresové situace se může podílet jen jeden stresor, ale zpravidla se podílí více stresorů dohromady, aniž by si to člověk uvědomil. Bolestně vnímá každý člověk takové reakce jeho okolí, jako jsou přehlížení, pohrdání, zesměšnění. Stres má menší účinky, když jsou mu vystaveni i jiní lidé a když jiní lidé s ním sdílejí jeho potíže a pomáhají mu je překonávat. U seniora se zvyšuje počet zdravotních obtíží, ubývají fyzické i psychické síly, nastupují pocity osamělosti, izolace, to všechno může působit jako stresový faktor. Pokud je senior navíc nucen změnit své bydliště, musí se přestěhovat, ztrácí své blízké osoby, ztrácí své soukromí, potřebuje pomoc při běžných denních činnostech, je v podstatě závislý na něčí pomoci, je ve velkém stresu. Záleží na jeho schopnosti se s těmito situacemi vyrovnat (20, 21).

Neřešená inkontinence se může považovat za stresový faktor, obzvláště u seniora žijícího mimo svůj domov. Seniorky žijící mimo svůj původní domov, ať už se jedná o dlouhodobé hospitalizace v nemocnicích, resp. Léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v ústavech sociálních, např. Domovech pro seniory, mají mnoho potíží a inkontinence je jedna z nich. Do nemocnic nebo domovů pro seniory se tyto ženy dostanou pro zhoršení svého celkového zdravotního stavu, zhoršenou mobilitu, psychické onemocnění, neschopnost postarat se o sebe, a pak se musí adaptovat na mnoho nových situací, které je v těchto zařízeních čekají. Mají za sebou život zcela jiný, než jaký je čeká v pobytovém zařízení, byly zvyklé fungovat určitým způsobem a mají jiné zkušenosti, byly zvyklé i na ocenění od svých blízkých. V nové situaci si nevědí rady se spoustou problémů a zde neplatí to, na co byly zvyklé. Jsou zaskočené, neví na koho se obrátit pro radu a často ani, zda bude vůbec někdo ochoten jejich problém řešit. Potřebují pomoc blízkých i personálu najít své nové místo a adaptovat se na nové prostředí. Potíže somatického rázu, jako je třeba inkontinence, mají za následek větší soustředění se na somatický stav, ale zároveň má inkontinence vliv i na psychický stav seniorky a tak je adaptace na nové prostředí obtížnější (19, 22).

Problém tvoří i kvalita ošetrovatelské péče u seniorů v pobytových službách a při dlouhodobé péči v nemocnicích. I zdravotničtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách tento problém neumí adekvátně řešit a diagnostikovat ho. Podle studie Irwina a

spol. (BJU Int. 2009) provedené v 6 evropských zemích, lze předpokládat, že inkontinence je chronické onemocnění s negativním dopadem na kvalitu života vyžadující si dlouhodobou léčbu. Je častěji spojena se somatickými a i psychickými komplikacemi, jako jsou uroinfekce, poruchy spánku, deprese, perineální dermatitida, u starších žen zvýšené riziko pádů a následně fraktur (18). Dle výsledků výzkumu provedeného Mgr. M. Papršteinou a PhDr. H. Chloubovou v roce 2006 na téma Psychosociální problematika inkontinentních senierek se potvrdilo, že většina žen trpí zhoršením sebeúcty, nejvíc pociťují stud, menší část prožívá pocit nejistoty, malá část žen uvádí pocit bezmoci. V uvedené studii se potvrdila i hypotéza, že ženy omezují jistým způsobem i zápach moči a obava z možného promočení oděvu na veřejnosti. Omezení činností se nepotvrdilo, protože se ženy k této otázce převážně nevyjádřily nebo spíše nedávaly omezení činností, jako je cestování, návštěvy divadel, kina, do souvislosti s inkontinencí, ale spíše s vyšším věkem. Jen částečně se ve výzkumu potvrdila hypotéza, že močová inkontinence způsobuje řadu tělesných problémů, jen malá část žen uvedla potíže jako pálení a svědění kůže nebo opruzeniny a vyrážku. Přístup inkontinentních žen k léčbě je rozdílný, záleží na informovanosti nebo hygienických návycích. Ze závěrů této práce vyplynulo, že inkontinence způsobuje ženám řadu psychických a sociálních problémů, méně problémů tělesných (23).

Ze závěrů výzkumu Inkontinence v ošetrovatelském kontextu plyne, že např. fyzioterapie se provádí pouze u 13 % dotazovaných klientů, nácvik kontinence u necelých 30 %, provádění hygieny u 100 % pacientů a z toho více než u 60 % více než třikrát denně. Nejčastěji používanými pomůckami jsou plenkové kalhotky - 81 %, vložné pleny - 14 %. Za nejdůležitější ošetrovatelské postupy v péči o inkontinentní seniory se ve výzkumu jeví nácvik kontinence a výměna pomůcek. Jako hlavní překážku v kvalitní péči jsou vnímány nedostatečné finanční limity na úhradu pomůcek a druhém místě nedostatek ošetřujícího personálu. A dle výzkumu se 40 % seniorů musí finančně podílet na úhradách inkontinentních prostředků (24).

1.2.3 *Komunikace se seniorem*

Na podkladě vědomostí a znalostí v oblasti komunikace se seniorem v různých krizových a stresových situacích by sestra měla umět zvolit vhodnou komunikační techniku. Každý člověk má svůj styl, jak komunikuje, někdo více používá slova, někdo využívá spíše neverbální komunikaci. Předpokladem dobré komunikace je shoda ve verbálních a neverbálních projevech. Je důležité jasně a srozumitelně informace podat, ale je též důležité umět je přijímat, naslouchat druhým, sledovat mimořechové signály, vědět jak pokračovat v hovoru, kdy přestat, jak navázat další hovor, zůstat nebo odejít, mluvit pravdivě, myslet na to, že senior má více potíží, že může trpět více psychickými obtížemi a sociální izolací. Je nutné myslet na to, že nás senior neslyší, nerozumí složitým výrazům, neznámým slovům, proto je důležité mluvit jasně a srozumitelně, vysvětlit význam slov. Problém v komunikaci může nastat v nevhodně zvoleném prostředí, např. hlučné místo, nedostatek soukromí pro hovor, nedostatek času, což při řešení problému inkontinence, může u klienta vyvolat nechuť komunikovat. Téma hovoru by si měl vybrat senior, zvolí si dobu a délku hovoru, měl by dopředu vědět, jak použijeme důvěrné informace. Není dobré hovořit o problému inkontinence před jinými seniory. Dále je potřebné vědět, že pokud bude mít senior dojem, že ho neposloucháme, jen předstíráme zájem, ztratí chuť pokračovat v hovoru, ztrácí důvěru. Při komunikaci používáme i neverbální prostředky jako je oční kontakt, postoj, posazení se, mimika, úsměvy, ev. pohlazení. Při hovoru nepřekračujeme intimní zónu. Mnohdy pacient mluví jen o symptomech a neumí vysvětlit své obavy svěřit se i s jinými problémy, které s jeho zdravotním stavem přímo nesouvisí, pak celá situace může vypadat, že senior o komunikaci nestojí, že nám nechce vysvětlit podstatu problému, ale nezájem komunikovat může mít hodně důvodů. Senior může mít pocit, že personál zdržuje, že na něj nemá čas, že pro něj nejsou problémy důležité, mluví pomaleji, snadno se unaví, musí se více soustředit a je z toho ve stresu. Objevuje se i nedůvěra jak budou jeho informace předány nebo šířeny dál, stydí se mluvit o intimních záležitostech jako je oblast sexuální, finanční, nepříjemnosti v rodině, problémy s inkontinencí. Pokud má akutní potíže, může se komunikace zhoršit, nemá o ni zájem, každá nová bolest, únava, stres, úzkost snižuje možnost dobře komunikovat. I sestra může mít problémy

s komunikací se starým a nemocným a opuštěným člověkem, pokud nemá dostatek zkušeností, může seniorovi ublížit nevhodnými komentáři. Sestry by měly být proškoleny a rozšiřovat si své vědomosti v oblasti komunikace, aby dokázaly hovořit se seniorem i o závažných a choulostivých tématech, jako je např. téma inkontinence. Sestra by měla umět v rámci svých kompetencí poskytnout odbornou pomoc ve smyslu vysvětlení příčin problému a možnosti pomoci, ale hlavně poskytnout psychickou pomoc. Zároveň by měl senior také být informován sestrou o tom, že se nemůže spoléhat na to, že za něj sestra vyřeší všechny jeho problémy, někteří senioři se domnívají, že když si za péči v Domově pro seniory platí, tak je sestra povinná starat se o ně, bez jejich pomoci. Senior by měl poznat, že i nám jde o to mu pomoci jeho problém řešit, že hledáme cestu k odstranění nebo zmírnění jeho potíží (19, 22).

1.3 Ošetřovatelská péče o inkontinentní seniorky

1.3.1 Informovanost o problému v domácím prostředí

Soubor příznaků inkontinence pro seniorky často není důvodem pro návštěvu praktického lékaře, mnoho seniorek se domnívá, že tyto potíže jsou ve stáří normální, proto je neřeší, potíže nesdělují praktickému lékaři, a pokud ano, tak nenavštíví doporučeného specialistu, který by mohl jejich potíže z 80 - 85 % odstranit nebo výrazně zlepšit stav farmakologickou léčbou. Z výsledků výzkumného projektu „Senior v domácí péči“ vyplývá, že seniorky mají obavy o svých potížích hovořit, nemají důvěru se někomu svěřovat, často se o problému s inkontinencí pečovatelé dozvědí díky jiným potížím seniorek. Je zjištěno, že seniorky málo pijí, lékaři a sestry v domácí péči opakovaně doporučují zvýšit příjem tekutin s ohledem na rizika s dehydratací spojených, ale až opakované návštěvy v domácím prostředí ukazují na důvody proč tomu tak je. Často je důvodem nedostupnost WC, i dnes ještě mají některé byty společná WC s jiným bytem, dále jsou seniorky nuceny „šetřit“ s vodou, proto mají strach splachovat na společném WC, též obavy ze znečištění WC vedou k omezení příjmu tekutin (25).

Stává se dost často, že se u seniorek nacházejí použité inkontinenční pomůcky na ústředním topení, kde si je seniorky suší pro další použití, bez ohledu na zápach, který sušení způsobuje. Důvodem je nedostatečná preskripce plen od praktického lékaře a seniorky již nemají dostatek finančních prostředků na nákup dalších pomůcek, obvykle se pak stane, že si koupí místo inkontinentní pomůcky menstruační vložky, které problém řeší nedostatečně. Neochota praktických lékařů předepisovat pomůcky pro inkontinenci vyplývá z limitů pojišťoven na preskripci. Dalším důvodem je likvidace použitých inkontinentních pomůcek. Seniorky mají problémy s mobilitou, často nejsou schopné opustit samy svůj byt a je pro ně tedy obtížné pleny z bytu odnášet, je pro ně náročné i psychicky o likvidaci plen někoho žádat, pak se stane, že pleny rozstříhají, savý materiál splachují a igelitové části vyhazují do koše, kde v tomto stavu nezaberou tolik místa. Pro seniorky je též častým problémem i to, že větší spotřeba plen je pro ně náročná i fyzicky, např. v tom, že více použitých plen prostě v jedné ruce neunesou a v druhé mají hůl, díky které se alespoň částečně pohybují. Nejvíce potíží však seniorkám přináší nedostatečná informovanost od lékařů i sester na jaké pomůcky mají nárok, kolik jich pojišťovny hradí, jak je mohou kombinovat, stává se, že lékaři snižují počet balíků s inkontinentními pomůckami s tím, že nyní je pojišťovny nehradí. Sestra v domácí péči má tak důležitou úlohu v tom, jak seniorky informovat o možnostech léčby inkontinence, i možnostech užití inkontinentních pomůcek (25).

Pokrokem je založení platformy Inco Forum 2000, kdy v důsledku otevřené diskuze se problémem inkontinence začali zabývat odborníci, nejen po stránce medicínské, ale i ekonomické a společenské. Seniorům nemalou měrou usnadnila situaci možnost předpisu inkontinentních pomůcek na poukaz. Otázkou však zůstává, zda se péče neomezila jen na předpisy pomůcek. Na kongresu Evropské urologické společnosti v roce 2008 zaznělo, že méně než 50 % inkontinentních žen se svěřil lékařem, 40 % žen si myslí, že inkontinence není léčitelná, mladší ženy hledají pomoc méně než starší, problémy s udržení moče byly ve 28-42 % případů ignorovány lékařem, typické urgencyy byly mylně interpretovány jako příznak infekce močových cest, 24 % evropských praktických lékařů nikdy neposlalo seniora k urologovi. Problémem je, že se mnoho lékařů aktivně nezeptá na konkrétní potíže seniora. Seniori uvádí, že lékař je

odmítne s odůvodněním, že tento problém je u seniorů běžný, v lepším případě předepíše alespoň pomůcky pro inkontinenci. Od roku 2006 je v provozu bezplatná telefonická linka a internetové stránky, které je možné využít při řešení potíží s inkontinencí. Od té doby bylo zodpovězeno mnoho dotazů na téma inkontinence. 50 % volajících jsou lidé nejstarší populace, volají i děti, které se informují na potíže svých rodičů (26).

1.3.2 Inkontinence v Domově pro seniory

Velká část seniorek, která má problém s inkontinencí jakéhokoliv stupně či typu, přichází do ústavní péče Domova pro seniory s plenami. Do 24 hodin sestra provádí sesterskou anamnézu ke zjištění potřeby nutnosti používání inkontinentních pomůcek, jejich typ a frekvenci výměny, stupeň inkontinence, stupeň mobility a soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, stupeň schopnosti komunikovat, sleduje vzhled a množství moče, změny stavu kůže. Je snaha o zachování alespoň částečné kontinence vzhledem k dlouhodobému, resp. trvalému pobytu a k zajištění psychické pohody seniorky. Sestra seniorku seznámí s provozem v Domově pro seniory, s umístěním WC, zjistí, zda je seniorka schopna dojít na WC sama nebo zda potřebuje doprovod, pokud se jedná o částečně imobilní seniorku, zajistí WC křeslo na pokoj, sestra zajistí i případnou pomoc při přesunech na WC křeslo a důkladnou hygienu po vykonání potřeby. Sestra též zjišťuje, zda je seniorka schopná samostatně měnit inkontinentní pomůcky dle své potřeby. Pokud seniorka sama nezvládá péči o vyprazdňování, je nutné vypracovat inkontinentní program a efektivně naplánovat v rámci dlouhodobého plánu používání inkontinentních pomůcek, a plán pravidelně přehodnocovat (27).

V plánu se objeví také vyšetření praktickým lékařem. Sestra má umět dle výsledků vyšetření odborného lékaře a na základě stanovení stupně inkontinence nabídnout seniorkám různé typy pomůcek tak, aby plně vyhovovaly požadavkům a i finančním limitům. V ČR existuje více výrobců inkontinentních pomůcek, kteří nabízejí své výrobky v různých variacích. Na trhu jsou pomůcky s různou sací schopností a sestra by měla umět seniorkám poradit jak pomůcky zkombinovat. Pomůcky se liší tvarem, délkou i cenou pro všechny tři stupně inkontinence. Vložky mají savost od 170 ml do

890 ml, povrch zůstává suchý, jsou vybaveny protizápachovým absorbentem. Vložné pleny mají savost od 1200 ml po 3400 ml, jsou větší a tvarované, vhodné pro chodící seniorky, jsou fixovány fixačními kalhotkami, vyrobenými z pružného úpletu. Plenkové kalhotky jsou vhodnější pro ležící seniory, jsou opatřeny lepícími pásky na bocích, existují ve velikostech S, M, L, XL- dle šířky boků seniora a opět se savostí od 1200 ml po 4000 ml. Vyrábí se i plenkové kalhotky pro mobilní seniory, kterým klasické zalepovací kalhotky příliš nevyhovují, jelikož špatně fixují na těle, a to jsou tzv. navlékací plenkové kalhotky, jsou opatřeny pružným pasem, velmi dobře se navlékají a svlékají, slouží jako běžné spodní prádlo, mají systémy kontroly zápachu, velmi dobře drží na těle mobilního seniora, jejich nevýhodou je však to, že je jich menší počet v balení než u klasických plenkových kalhotek. Sestra by měla seniorkám umět vysvětlit co je pro ně výhodnější, pro mobilní seniorky navrhnout navlékací kalhotky na den v kombinaci se savějšími kalhotkami na noc, nebo vložné pleny na den a noční kalhotky na noc, vložky na den a vložná plena na noc fixovaná fixačními kalhotkami. Správně zvolený výrobek může výrazně zlepšit kvalitu života seniora, odstraňuje nepříjemný zápach, a může zabránit zdravotním problémům, jako je svědění a zarudnutí pokožky, proleženiny a infekce. Seniorka je ale často s ohledem na limity nucena volit mezi kvalitou a kvantitou (27).

1.3.3 Edukační plán pro seniorky s inkontinencí

Sestra seniorku edukuje o důležitosti pravidelné pohybové aktivity, dodržování intervalů vyprazdňování moče i stolice, pravidelném příjmu tekutin, dodržování životosprávy, redukci hmotnosti, rizikových faktorech, osobní hygieně, důsledném léčení infekcí močových cest. Dalším cílem edukace je informovat seniorku o možnostech preskripce a vlastním používání pomůcek.

U všech typů inkontinence je důležitá fyzická aktivita, která má celkově tonizující efekt, zlepšuje pohyblivost a obratnost seniorek, cvičení zvyšuje i svalové napětí svěračů močové trubice a svaloviny pánevního dna a tím příznivě působí na stresovou inkontinenci. Sestra zahajuje tréninkem močového měchýře, ten spočívá v dodržování pravidelných intervalů močení i bez nucení na močení po 1,5 - 2 hodinách ve dne,

intervaly se postupně prodlužují. Sestra zajistí seniorkám doprovod na WC, vysazení na toaletní křeslo nebo alespoň dopomoc při svlékání a oblékání. I u dementních nebo nespolupracujících senierek lze využít tzv. plánovaného močení, které spočívá v tom, že je seniorka upozorněna na čas močení, dovedena na WC nebo vysazena na toaletní křeslo. U urgentní inkontinence sestra seniorky poučuje, že na vrcholu pocitu nucení je potřeba se zastavit, zhluboka dýchat a snažit se vůlí potlačit nucení. Sestra upozorňuje na časté chyby, jako je spěchání na toaletu, protože většinou při něm dojde k pomočení. Lépe je počkat až pocit odezní a pak teprve jít na toaletu.

Sestra poučí seniorku o důležitosti pitného režimu, jaké návyky jsou vhodné, např. pít více přes den, doma, ne na cestách, ne před spaním, nevhodné je nadměrná konzumace kávy, alkoholu. Sestra vždy sleduje příjem tekutin a provádí zápis do dokumentace, vede seniorky ke zvýšení příjmu nabízením různých druhů nápojů dle chuti senierek, sleduje případné příměsi v moči, zápach moči a o sníženém příjmu informuje praktického lékaře zařízení. V případě, kdy seniorky nepřijímají tekutiny samostatně, zajišťuje svým aktivním přístupem podání tekutin a vysvětluje potřebu zvýšit příjem tekutin i seniorkám samotným, ale i rodině. Důležitá je i redukce hmotnosti (28, 29).

Provádí se i odběry moče na vyšetření, zda není přítomna infekce v močových cestách, seniorka by měla vědět, že je nutné každou infekci v močových cestách přeléčit.

Sestra zjišťuje jaký cíl je pro seniorku důležitý, zda chce dosáhnout kontinence, jaká vyšetření či léčebné procedury je ochotna podstoupit, jak zvládá sebeobsluhu, nebo zda jejím cílem je jen zvládnout péči o sebe a s určitou formou inkontinence je smířená, jaké jsou její nároky na inkontinentní pomůcky a zda je ochotná i finančně si přispět. Sestra se snaží seniorky i jejich blízké poučit jaké inkontinentní pomůcky jsou pro ně vhodné, poučí o důležitosti správné velikosti, kvality, savosti pomůcky a také o ekonomické efektivitě. Sestra musí seniorky poučit i o tom, že pomůcka je označena indikačním proužkem, který signalizuje naplnění pomůcky a čas výměny je tak individuální. Některé seniorky a nebo jejich příbuzní se dožadují výměny pomůcky, i když ta není zcela naplněna a vícekrát denně, to potom vede k nedostatku pomůcek na

konci preskripčního období. Seniorky mají pocit, že péče není poskytována adekvátně a sestra je pak nucena vysvětlit, jakou funkci pomůcky mají, že jsou testovány a stačí je vyměňovat podle daných parametrů (28, 29).

1.3.4 Ošetřovatelská úskalí v péči o seniorky s inkontinencí

Některé seniorky nechtějí spolupracovat při rehabilitačním programu, odmítají zlepšit svojí pohyblivost, raději se vyprazdňují do inkontinentní pomůcky či do lůžka, než aby nacvičovaly přesuny na toaletní křeslo, a naopak jsou seniorky, které podceňují svůj zdravotní stav a odmítají pomůcku a pak například nestihnou na WC dojít, svléci se tam a skončí pomočené ve společnosti jiných klientů Domova seniorů. Dalším případem je například to, že pro některé seniorky je degradující pomůcku používat, protože je pod prádlem vidět, zde je úkolem sestry pomoci zmapovat tento problém a najít řešení ve výběru vhodné pomůcky i osobního prádla. Podobný problém je to, že místo inkontinentní pomůcky seniorky použijí rozstříhané ručníky nebo jiné textilie, které pak přepírají a suší na pokoji, což způsobuje zápach na pokoji. Opět vše závisí na schopnosti sestry danou situaci seniorce vysvětlit a řešit. Problémem může být i řešení kvality pomůcek, pomůcka musí být přilnavá, s absorpční schopností, nepropouštět vlhkost zpět na kůži, být antibakteriální, tím, že některé seniorky dávají přednost kvantitě před kvalitou, se stane, že následně se u seniorek objevují kožní problémy. Neklidné seniorky pomůcky trhají, vyhazují málo naplněné a tím se též zvyšuje spotřeba. Potom nezbyvá než žádat rodinu nebo samotné seniorky, aby finančně přispěly na nákup dalších pomůcek, což se ne vždy setká s pochopením a je na sestře, aby tuto situaci opakovaně vysvětlila. Sestra též musí umět zvládnout vyřešit situaci se zajištěním soukromí při hygieně a výměně pomůcek na pokoji u částečně nebo plně imobilních seniorek. Každá seniorka má ve svém lékařském i ošetřovatelském dekurzu záznam o stupni inkontinence, každou další změnu sestra zaznamená a řeší s lékařem zařízení. Sestra sleduje spotřebu pomůcek, zda se zvyšuje a proč. (30, 31)

Dalším problémem se může stát odmítání seniorek navštívit specialistu za účelem vyšetření a vydání potvrzení o nutnosti preskripce pomůcek. Některé seniorky uvádí, že takovéto vyšetření je pro ně nepříjemné nebo degradující. Též je problém imobilní,

nekomunikující nebo nespolupracující seniorku dopravit ke specialistovi a jemu také vysvětlit zájmy a potřeby seniorky, zde je nutné, aby sestra měla dostatek dobrých komunikačních schopností a seniorku před vyšetřením edukovala a uklidnila (28, 30).

1.3.5 Individuální plánování ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory

Zákon o sociálních službách přináší nový pohled na poskytování služeb a péče znevýhodněným lidem, stanovuje, že služby a péče musí být plánovány tak, aby byly zohledněny osobní představy a potřeby klientů v sociálních službách a aby jim péče umožňovala vést běžný způsob života nebo se k němu co nejvíce přiblížit. Při práci se seniory musí sestra umět použít metody umožňující kontakt a komunikaci se seniory, aby mohla získat veškeré informace o jejich potřebách. Plánování se zaměřuje na člověka, teprve na druhém místě je diagnóza. Sestra užívá přirozený jazyk než profesionální terminologii. Posiluje aktivní účast člověka, vychází se z přání a potřeb člověka, nikoliv z možností organizace. Nejdříve sestra sestaví osobní profil seniorky, který se zaměří na osobní společenský život, chování seniorky v minulém a současném životě, co upřednostňuje, jaké má priority, osobní profil sestře umožní porozumět představám seniorky. Poté sestra analyzuje potřeby seniorky, kdy zjišťuje která z potřeb je pro seniorku nejpodstatnější v kterékoliv fázi života v Domově seniorů, mapuje potřebnou podporu. Plánování péče je dalším krokem, kterého se účastní všichni členové pracovního týmu, ale i rodina, přátelé, s jejichž pomocí se zvyšuje míra sociálního začlenění a přispívá k normalizaci života. Cílem fáze plánování je stanovit prioritní oblast řešení, formulovat cíl, identifikovat použitelné zdroje, stanovit jednotlivé kroky k naplnění cíle, stanovit zodpovědné osoby a termíny k dosažení cíle. Ve fázi realizace je důležitá znalost specifických metod pomoci s jednotlivými dílčími problémy, kdy se seniorka učí zvládat řadu každodenních dovedností a získá znalosti ohledně svého problému s inkontinencí. Při hodnocení výsledků se ukazuje, zda se sestře podařilo stanovit si jasná kritéria k naplnění cíle, na jeho základě se zahajuje další fáze mapování dalších potřeb týkajících se daného problému (32).

2 Cíle práce

Cíl 1: zjistit jak problém inkontinence ovlivňuje psychickou pohodu žen.

Cíl 2: zmapovat jak probíhá ošetrovatelská péče o ženy s problémem inkontinence

Cíl 3: zmapovat zda nedostatek informací a pomůcek způsobuje zhoršení psychiky žen trpících inkontinencí.

Výzkumné otázky

1: Jakým způsobem se projevuje nedostatek pomůcek na psychický stav seniorek?

2: Jakým způsobem se projevuje nedostatek informací v souvislosti s inkontinencí na psychický stav seniorek?

3: Jak probíhá péče o inkontinentní seniorky?

4: Jak je zajištěno soukromí seniorek při hygieně?

3 Metodika

Metodika a technika šetření

K získání potřebných údajů bylo použito kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s klientkami Domova důchodců v Humpolci. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté zpracovány do čtené podoby. Anonymita respondentek je zajištěna použitím jejich iniciálů, byly seznámeny s cílem rozhovorů, kde budou výsledky použity a všechny souhlasily s rozhovorem.

Dále jsou v práci použité polostrukturované rozhovory s všeobecnými sestrami pracujícími v Domově důchodců v Humpolci. Rozhovory jsou také nahrávány na diktafon a poté písemně zaznamenány. Anonymita sester je zachována tím, že jejich jména jsou v této studii změněna.

Charakteristika výzkumného souboru

Domov důchodců má dvě budovy, které jsou umístěné na opačném konci města, kapacita je 204 lůžka. Šetření probíhalo v obou budovách, v každé budově byly vybrány pro rozhovor čtyři klientky a jedna všeobecná sestra. Respondentky z jedné budovy bydlí všechny na dvoulůžkových pokojích bez sociálního zázemí. Ve druhé budově byly vybrány klientky ze čtyřlůžkových pokojů bez sociálního zázemí, které doporučily staniční sestry oddělení, dvě z nich odmítly rozhovor na toto téma s odůvodněním, že inkontinencí netrpí. Soběstačné a mobilní klientky využívají WC, umývárny a koupelny na příslušném oddělení. U imobilních či jinak nesoběstačných klientek je ošetrovatelská péče prováděna na pokojích, mají zde k dispozici svá WC křesla, hygiena a výměna inkontinentních pomůcek tak probíhá často v přítomnosti jiné klientky.

Šetření probíhalo ve dnech od 1. 2. do 15. 3. 2012 se souhlasem vrchní sestry Domova důchodců v Humpolci.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s klientkami

1. rozhovor

S klientkou H. P. probíhá hovor na pokoji, který užívá se svým manželem. V Domově jsou ubytováni půl roku a vybrali si tuto možnost, protože zdravotní stav klientky se zhoršoval a manžel již nebyl schopen se o manželku sám a trvale starat. Klientka trpí Parkinsonovou chorobou. Mezi jinými zdravotními potížemi klientku také velmi trápí inkontinence moče. *Svůj stav si poprvé uvědomila asi před rokem*, moč začala unikat hlavně při stresových situacích, např. když měla někam odejít z domu, cestovat nebo jít na koncert. V té době řešila svoje problémy tím, že si koupila v lékárně malé inkontinentní vložky a používala je pouze v situacích, kdy musela opustit na delší dobu domov. Doma přes den vložky vůbec nemusela používat. Pak v souvislosti s dalším zhoršováním jejího zdravotního stavu byla hospitalizována a za hospitalizace používala plenkové natahovací kalhotky i ve dne. *Po návratu z hospitalizace řešila svůj stav s praktickou lékařkou*, ale ta jí jen nabídla předpis inkontinentních pomůcek a doporučila návštěvu gynekologa nebo urologa. Ani jednoho specialistu však za pobytu doma nezvládla navštívit. Po nástupu do Domova důchodců byla překvapená hlavně tím, že na pokoji není vlastní sociální zařízení, pobyt vyřizoval manžel za její hospitalizace a ona udává, že nevěděla, že na pokoji WC není. Sestry na oddělení jí při nástupu seznámily s provozem oddělení, na WC si dle jejího sdělení našťestí dojde sama a nemá to daleko.

O problému inkontinence mluvila s několika sestrami a vždy se jí snažily vysvětlit problém tak, že tomu dobře rozumí. Sestry jí podaly informace ohledně toho, jak v současné době může svůj problém řešit, a to za podmínek, že musí podstoupit vyšetření u specialisty a na základě jeho závěrů může pak praktická lékařka Domov důchodců předepsat pomůcky dle doporučení specialisty. Pokud ale specialista pomůcky nedoporučí, musí si potřebné pomůcky koupit za své. Sestry jí sdělily i přibližnou cenu jednotlivých pomůcek v závislosti na výrobci a dodavateli. Sestry jí nabídly, aby využila doporučení nechat se vyšetřit u specialisty. Podstoupila vyšetření u

gynekologa i urologa, avšak jejich závěry jsou pro ni nejspíše málo vyhovující. Gynekolog její stav uzavřel tak, že z jeho hlediska pro klientku není schopen navrhnout léčbu a doporučil vyšetření urologem. Urolog klientce předepsal farmakoterapii, nejdříve užívala Spasmed 15 v dávce 1-0-1, po dvou měsících změnil terapii na Alsofena 50 1-0-0, nepředepsal jí ale plenkové kalhotky, které ona v noci potřebuje, jen malé vložky, ty jí na noc bohužel vůbec nestačí. Před druhým vyšetřením na urologii jí sestry poučily, jak provést test vážení vložek, sama však nebyla schopna vložky, resp. plenkové kalhotky zvážit, s tím jí sestry musely pomoci a také zapisovaly počet urgencí a kdy urgencye začaly po vypití tekutin, dále množství vypitých tekutin a množství vyloučené moči ve dne, kdy se nepomočila a močila jen do WC křesla.

Na otázku zda nedostatek informací zhoršuje její psychickou pohodu, odpovídá, že je to různé, od sester dostala informace vždy a rozuměla jim, lékař jí většinou nic podstatného neřekl, sestry jí naopak musely situaci „dovysvětlit“, aby pochopila, jak to vlastně myslel. Ohledně otázky na nedostatek pomůcek, odpovídá, že zcela jednoznačně nedostatek a vlastně i nejistota, zda vůbec dostane plenkové kalhotky, když jí urolog doporučil jen vložky, zhoršuje její stav. Bojí se, jak to s ní dopadne, ona bez kalhotek být v noci být nemůže. Ve dne se snaží „běhat“ na WC a pro jistotu jí sestry daly na pokoj i WC křeslo, ale i tak se někdy stane, že to nestihne a pomočí se, také se cítí vyčerpaná fyzicky. Omezení vidí v tom, že má obavy chodit mezi ostatní klienty, aby se ve společnosti cizích lidí neztrapnila. Přestala chodit na společnou jídelnu a raději se stravuje na pokoji, také nejezdí na společné výlety, které Domov čas od času pořádá, chodí jen s manželem na krátké vycházky do okolí Domova. Má obavy i z toho, jít na koncerty, tolik má ráda klasickou hudbu a její přítel je s manželem stále někam zvou, ale ona raději odmítá, bojí se, že by situaci nezvládla, a také má obavy jak by celou situaci zvládl manžel, pokud by se jí nějaká nehoda stala zrovna na koncertě. Těší se na jaro, že si manželem snad vyrazí i někam dále vlastním autem, ale společně s někým jiným jezdit nechce. Nechce se jí nikomu vysvětlovat proč. Inkontinence jí také omezuje v tom, že když ví, že někam půjde nebo pojedje, tak omezí celý den příjem tekutin a sestry jí opakovaně poučují, že by měla více pít, ale to vědomě nedělá, ví, že je to špatně. Co by pro klientku mohla sestra ještě udělat? Na tento dotaz neví, co by měla

odpovědět, sděluje, že si myslí, že sestry jí nijak víc pomoci nemohou. Klientka udává, že chápe, že její stav lepší nebude, má i mnoho jiných potíží, ale ona by chtěla aspoň mít jistotu, že plenkových kalhotek bude mít dostatek a to v současné situaci nemá. *Trápí jí to*, že si musela pomůcky již koupit a značně to zatěžuje společný rozpočet, má pocit, že vlastně manžel doplácí na její problémy, ona sama by si ani možná nemohla dovolit kalhotky si zakoupit.

Péče o hygienu je dle sdělení klientky alespoň v jejím případě v pořádku a vyhovuje jí. Během dne vlastně ještě žádnou zvláštní péči nevyžaduje, protože se většinou nepomočí, a když se jí stane nehoda, tak jí sestry na pokoji pomohou dát vše do pořádku, omyjí ji a pomohou s výměnou prádla. Manžel odchází v této době z pokoje pryč, nechtěla by, aby se na ní díval v této situaci, vadilo by jí to. Na noc si natahuje plenkové kalhotky a má u lůžka ještě WC křeslo, ale stejně se většinou neprobudí a kolem půlnoci se budí a je celá mokrá, i většinou lůžko, pomocí signalizačního zařízení si přivolá sestru a ta jí pomůže převléci se a převleče i lůžko. Málokdy se v noci stane, že by si nemusela pleny vyměnit alespoň dvakrát za noc. Každý večer usíná s pocitem, jaká bude zase noc a bojí se usnout a když usne, tak pak spí tak tvrdě, že se nevzbudí. Sestry jí nabídly i možnost, že jí v noci budou, třeba dvakrát za noc, budít k vymočení se, ale nepomohlo to, stejně se nepodařilo „vychytat“ čas k vymočení tak, aby nedošlo k pomočení se. Má pocit, že toto řešení jí psychicky traumatizovalo ještě víc, byla to taková povinnost a ona se bála toho, že zklame a buď nespala vůbec, nebo se bála, že bude budít manžela. *Otázku na zajištění soukromí* odpovídá: „Chtěla bych své vlastní WC na pokoji, to by vše vyřešilo, takhle když několikrát za den, a to třeba i dvacetkrát, běžím na společné WC, tak každý kdo je zrovna na chodbě mě vidí, kam jdu a to mi není vůbec příjemné“. Naštěstí, to, že odnášejí sestry prádlo a pomočené kalhotky, se stává převážně v noci a málokdo to vidí. Většinou se manžel ani nevzbudí nebo má klientka pocit, že „dělá, že spí“, aby jí nestresoval tím, že je přítomen ošetrovatelské péči. „Nikdy by mě nenapadlo, jakým směrem se můj život nakonec bude ubírat a jaké problémy budu řešit.“ Jediným východiskem z této situace by bylo WC na pokoji, to jediné by si přála *v otázce zlepšení soukromí*, jinak s péčí sester je spokojená. „Dělají, co mohou“. Byly jí však podány

informace, že v nejbližší době nelze počítat s tím, že by došlo k přestavbě a sama též vidí, že její pokoj je tak malý, že sociální zařízení by se tam nedalo udělat.

2. rozhovor

S další klientkou R. B. též probíhá na jejím pokoji, bydlí na dvoulůžkovém pokoji s další klientkou. V Domově důchodců je již devátým rokem, když ještě byla více soběstačná, bydlela sama v jiném patře, ale asi před čtyřmi roky se její stav hodně zhoršil a ona souhlasila s přestěhováním do přízemí na dvoulůžkový pokoj. Během těchto čtyř let bydlela s několika jinými klientkami, současná spolubydlící je asi třetí, to už neví přesně. *Kdy začaly její potíže s inkontinencí*, si vlastně už ani nepamatuje, je to už hodně dlouho, ale ví, že když do Domova nastoupila, nepoužívala žádné plenky. Na pokoji též není sociální zařízení, u lůžka má své WC křeslo, které částečně používá sama, někdy však potřebuje dopomoc s přesunem, protože není již tak pohyblivá jako dříve. Na umytí rukou dostává na noční stolek malé umyvadlo s vodou. Ve dne používá vložnou plenu a na noc dostává plenkové zalepovací kalhotky, obě pomůcky jí musí sestry upravit, sama to nezvládne. Ve dne se však ještě snaží dojít si i na WC křeslo, ne vždy se jí ale podaří se vymočit, moč jí pak uniká a použití vložné pleny je nutné. Mívá dny, kdy zvládne přesun sama, ale pak zase jsou dny, kdy musí přivolat sestru. Během dne spotřebuje většinou dvě plenky a v noci má jedny kalhotky, někdy je již k ránu promočená a dostane již jen vložnou plenu.

Na otázku, zda ví, jaká je příčina inkontinence odpovídá: „No jsem asi stará ne, to tak někdy je“. Sděluje, že jí asi nikdy nikdo pořádně nevysvětlil, proč k inkontinenci dochází, připouští i možnost, že to již zapomněla, že jí to někdy někdo řekl. Vzpomíná si, že byla na vyšetření na urologii, ale to už je hodně dlouho, pamatuje si to proto, že když platí za léky, říká jí sestra, která poplatek vybírá, že to je za prášky na „močení“. V této souvislosti si však vzpomíná, že když její potíže začaly, nosila plenkové kalhotky po celý den. Nyní neví, jestli se inkontinence zlepšila, protože užívá léky nebo proto, že jí sestry naučily používat WC křeslo a má ho k dispozici u lůžka, takže když cítí nucení na močení, tak si dojde. Sestry jí stále opakují, že je lepší, když to alespoň zkusí dojít si na WC, než se vymočit do plenky. Klientka sděluje, že jí to sestry říkají často, protože

mívá potíže se svěděním v oblasti genitálu, a proto jí sestry doporučují, aby zkoušela močit do WC křesla. Říká, že jí sestry stále opakují, že plen je málo a musí se s nimi šetřit nebo by si je musela sama dokoupit. V Domově je již dlouho a proto ví, že má nárok na předpis pomůcek na určité období, ví, že existuje určitý limit, který nelze překročit, pokud s pomůckami nevyjde, musí si je dokoupit. Celou zásobu svých předepsaných pomůcek má ve své skříni, takže ví, že používá jen „ty svoje“ pomůcky. *Na dotaz ohledně podaných informací týkajících se inkontinence dále odpovídá:* „Sestry mi pořád opakují, že musím hodně pít, ale já stejně nepiju, protože pak musím často na WC křeslo nebo mám hodně promočenou plenu a musí mi ji vyměnit, tak radši piju málo“. Připouští, že jí sestry říkají, že potíže se svěděním v oblasti genitálu, občasné dysurické potíže a pocity slabosti, souvisejí s tím, že málo pije. Myslí si, že jí *sestry informují dostatečně*, ale zároveň připouští, že když ví, že když má málo plenek ve skříni, tak má vždy obavu, zda jí vydrží do konce období, než je bude moci zase lékařka předepsat. To potom ještě méně pije a nevolá na sestru tak často na výměnu pomůcky.

Na otázku *jakým způsobem jí inkontinence omezuje*, odpovídá: „Je mi nepříjemné, že musím stále myslet na, to, že musím často močit a musím myslet na to, abych nebyla v mokru, na lůžku raději ležím dlouho ve stejné poloze, protože jak se moc otáčím, moč mi pak utíká kolem. Také mi vadí, že sama nezvládnou pleny si vyměnit a musím volat sestry, ony se nezlobí, ale mně to vadí, že jim musím říkat, kdybych to zvládla sama, tolik by mě to netrápilo, takhle musím i čekat než přijdou, protože takových jako já je tu hodně a každý něco potřebuje“. Také udává, že má problém, když se jede někam na výlet, protože ona na výlety jezdit chce, že musí mít plenu téměř celý den, protože WC na veřejnosti jsou špatně přístupná pro invalidní vozík a někdy se stane, že se na WC s vozíkem vůbec nedostane. To si pak myslí, že moč je cítit a je jí to trapné vůči ostatním. To, že je plenka pod prádlem vidět jí nevadí, protože jak sděluje, ona sedí a není to vidět. Nemá představu o tom, *co by pro ni mohly sestry víc ještě udělat*, aby se cítila lépe, když potřebuje, tak jí pomohou a myslí si, že „Když už tu inkontinenci mám, tak se s tím v mém věku nedá už nic dělat“. Ví, že dostává léky, plenky jí vymění, o pokožku také pečují, jí samotné tolik inkontinence nevadí, když je u sebe na pokoji, vadí víc jen, když jde do společnosti.

V souvislosti s inkontinencí klientku ještě trápí to, že občas mívá záněty močových cest, jsou jí nepříjemné odběry moče na vyšetření a užívání léků (ATB), má z nich zažívací potíže, nemá pak chuť k jídlu, musí víc pít, ale nejvíc jí vadí užívání antibiotik. Také si vzpomíná, že když bere antibiotika, tak se jí dělají opary na rtech, a svědí jí zevní genitál, sestry jí musí tato místa mazat nějakou mastičkou, trvá to vždy delší dobu, než se stav zase úplně zlepší. Přivítala by možnost, aby jí sestry lépe a častěji informovaly jak těmto potížím předejít. Hygienu intimních partií provádějí sestry několikrát za den, vždy ráno jí důkladně omyjí celou oblast, kde má přiložené plenky a namažou nějakým krémem, ona se vždy snaží ještě vyprázdnit, pak dostane fixační kalhotky a vložnou plenu. V průběhu dne se sama snaží si dojít na WC křeslo, vložnou plenu jí ale sestry vymění až když je úplně mokrá, někdy si myslí, že by už mohla dostat jinou, ale sestry jí říkají, že jí ještě vyměnit nelze, většinou spotřebuje dvě pleny za den. Na noc dostává plenkové kalhotky v 18 hodin večer a musí jí vydržet až do rána, ale říká, že když je někdy v noci hodně pomočená a je mokrá i podložka pod ní, tak jí sestry plenu vymění, a v tom případě dostane už jen zase vložnou plenu. Při každé výměně plen během dne jí sestry otřou, používají na to pěnu, když je potřeba i namažou.

Soukromí na pokoji zajišťují sestry tak, že při vykonávání potřeby nebo provádění hygieny, jsou vždy zavřené dveře. Při ranní a večerní hygieně její sousedka z pokoje většinou odchází, ale během dne se stane, že na pokoji je, třeba si čte a klientka pak vykoná potřebu před ní. Klientka má pocit, že někdy vadí její sousedce zápach na pokoji, ale nikdy jí nic neřekla, je mobilní, otevře si okno, má pocit, že si docela rozumějí a vycházejí si vstříc. Na otázku zda by přivítala WC a koupelnu na pokoji, odpovídá: „To by bylo pěkné, ale mě by stejně musel někdo pomáhat dovnitř a svléknout, takže úplné soukromí by to stejně už nebylo“.

3. rozhovor

S další klientkou E. P. probíhá hovor také na pokoji. Klientce je 64 let, v Domově důchodců je tři roky, je zcela imobilní a odkázaná na kompletní ošetrovatelskou péči personálu. S rozhovorem se mnou nadšeně souhlasí, je ráda, že si má s kým popovídat. Od začátku hovoří o svém stavu otevřeně, je dobře psychicky orientovaná, je po operaci

páteře pro intramedulární ependymom v rozsahu C4-Th 2 v roce 1990 v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Vše si dobře pamatuje, i dny v nemocnici, jak dlouho ležela na pooperačním pokoji, jak dlouho byla pak na doléčení již v nemocnici v Pelhřimově. *Potíže začala pociťovat krátce po operaci*, byly to jen občasné urgencye a únik moči např. když špatně šlápla na práh mezi dveřmi, zakopla, zakašlala. V té době jí bylo 42 let, plně si neuvědomovala svůj stav, řešila spíš neurologické potíže, jako paréza levé poloviny těla. Bydlela doma s manželem a starala se o ni ještě dcera, manžel s ní chodil k neuroložce, na rehabilitace, vozil na různá vyšetření. Dcera jí pomáhala s hygienou, ale v té době, jak řekla, byla ještě hodně soběstačná. Na můj *dotaz jak jí kdo informoval o problému inkontinence* mi odpověděla: „Mně nikdo nic neřekl, já sama také nevěděla, že bych to vůbec měla někomu sdělovat, nenapadlo mě to, myslela jsem si, že to patří k pooperačnímu stavu a že to zase samo přejde. V té době ani nebyly žádné inkontinentní pomůcky a já si kupovala obyčejné vložky“. Postupně se její stav zhoršoval, manžel zemřel na leukémii a ona zůstala sama, dcera za ní docházela domů. V roce 2002 se přestěhovala do Domu s pečovatelskou službou, pravidelně za ní docházela asistentka a pomáhala s hygienou, v té době se její potíže zhoršily a začala být částečně inkontinentní i stolicí. V té době byla na vyšetření na urologii, měla zaveden permanentní močový katetr, asi půl roku, jenže se jí začaly objevovat infekce močových cest, stále užívala nějaká antibiotika. Nechtělo se jí ale opakovaně jezdit na výměny katetru a i lékaři jí, vzhledem k její imobilitě, nedoporučovali dlouhodobé zavedení katetru, souhlasila s jeho odstraněním a byly jí předepsány plenkové kalhotky. Od té doby je má stále. Jiné řešení jejího stavu jí nikdo nenabídl, myslí si a v hovoru to několikrát zdůraznila, že by jí ani nemohli kvůli té první operaci na páteři dát narkozu, proto ani o jiné léčbě neuvažovala.

Do Domova důchodců přišla již s diagnostikovanou inkontinencí a nikdy se vlastně na nějaké podrobné informace neptala, inkontinenci bere jako součást života, byť velmi nepříjemnou. Ze začátku měla problém pochopit, že si nemůže vybrat z více druhů plen najednou, když jí některé nevyhovovaly, chtěla třeba druhý den zkusit jiné, vadila jí např. propustnost zpět na kůži nebo neprodyšnost plen, dožadovala se časté výměny. Sestry klientce navrhly předepisovat pomůcky jen na jeden měsíc, aby měla tedy větší

možnost se rozhodnout pro ty, které by jí mohly vyhovovat. „Vysvětlily mi, že plena se dá vyměnit, až když je zcela naplněná“. Také má problém s počtem předepsaných kusů, jelikož má potíže i s inkontinencí stolice. Stane se, že si musí pleny sama dokoupit a to jí velmi zatěžuje rozpočet. Zjistila, že ona nemůže požadovat kvalitnější pomůcky, protože jí nikdy nevystačily na celé předepsané období. Na začátku pobytu v Domově hodně v tomhle směru se sestrami bojovala a hádala se, ale nyní rezignovala, ví, že jiná možnost není. Na otázku ohledně *psychických problémů* v souvislosti s inkontinencí odpovídá: „Rozhodně mi to znepríjemňuje život, už takhle mám dost problémů, nemůžu se hýbat, jsem v podstatě ležící a k tomu ještě tohle. Je mi nepříjemné, že svoji potřebu vykonávám jen do plen, zkoušela jsem močit na podložní mísu nebo WC křeslo, ale nejde to, nikdy nic neudělám. Nejsem ještě tak stará a vlastně už tolik let s tím bojuji. Je mi nepříjemné, že se nedokážu sama ani utřít, ani omýt, nemohu si na to zvyknout a stále mi to vadí a vadit nepřestane“. Také sděluje, jak pro ni bylo těžké zvyknout si na to, že se o její intimitu stará někdo jiný, nemohla si zvyknout na cizí lidi v Domově, na sestry. Postupně poznala, že sestry dělají svou práci dobře a takových, jako je ona, je tu hodně a tak si již zvykla. Upozorňuje mě však také na to, že vždy, když na oddělení přijde pracovat nový člověk, má opět problém si na něj zvyknout. *Jako omezení vidí hlavně to*, že se nedostane nikam mimo Domov na delší dobu, pohybuje se jen na invalidním vozíku a nedokáže si představit, že by jela někam na celý den a nikdo by jí nemohl omýt a vyměnit plenu. Dcera si jí občas vezme na týden k sobě domů, ale také jí už sama nezvládá. Klientka to komentuje slovy: „Je to se mnou těžké, jsem obézní, nic si neudělám, mám spoustu problémů, ale jsem na světě přesto ráda“. *Pro zlepšení psychické pohody jí stačí*, že se dostane alespoň občas ven, sestry jsou na ní hodné, žádná se na ní nezlobí kvůli jejím potížím a že je stále „honí“, náladu jí spraví to, že přes všechny problémy, má stále hodně známých, kteří jí navštíví.

Hygienickou péči provádí kompletně ošetřovatelský personál Domova. Denně ráno a večer provádí důkladnou očistu intimních partií, kdykoliv při výměně plen také jí ošetří čistící pěnou a namažou krémem. Občas mívá opruzeniny, ty jí sestry mažou boraxglycerinem a po něm se vždy opruzeniny brzy vyhojí. Nejméně jedenkrát týdně má celkovou koupel ve sprše. Koupe se na vozíku a koupe jí ošetřovatel, ale to se jí

nelíbí, stále se velmi stydí a vadí jí to, ale ví, že je těžká a sestry by jí nezvládly. Na lůžku hygienu vždy provádí sestra, tak se dohodly v rámci individuálního plánování a má to zapsané v dlouhodobém plánu. Soukromí je zajištěno tak, že hygienu provádějí sestry na zavřeném pokoji, její spolubydlící je plně mobilní, tak odchází z pokoje, v koupelně je vždy sama. Pomůcky má uložené ve skříni tak, aby každý, kdo vkročí do pokoje, neviděl, že je potřebuje a vlastně i tak ví kolik jich ještě má a zda je nutné je přikoupit. Pro zlepšení hygienické péče a soukromí by si přála jediné, aby se mohla někdy vykoupat na koupacím lůžku, které v Domově není. Vadí jí: „Nemůžu využít vanu v koupelně, protože jsem obézní a do vany se nevejdu a ošetřující personál se prostě nedostane pořádně k mým intimním partiím, na lůžku bych se mohla otáčet a byla bych pěkně namočená celá“. Samostatná koupelna by jí k ničemu nebyla, protože se sama nevykoupe.

4. rozhovor

S klientkou M. J. hovořím na jejím dvoulůžkovém pokoji, který obývá s mobilní spolubydlící již třetím rokem. Klientka nastoupila do Domova důchodců kvůli tomu, že se o ni neměl kdo postarat, když jí byla amputována levá dolní končetina pod kolenem. Pravá dolní končetina, též pod kolenem, jí byla amputována asi rok po nástupu do Domova. Nyní se pohybuje na vozíku, zvládá to sama, naučila se přelézat z lůžka na vozík, ale zpět na lůžko nebo na WC sama nezvládne, to jí musí pomoci sestry. *Inkontinentní je klientka asi rok, předtím tyto potíže neměla. Všimla si toho, když se jí to stalo opakovaně. Nejdříve si sestry a paní doktorka myslely, že je nastydlá, provedlo se vyšetření moči, ale žádný zánět se neprokázal. Tak jí paní doktorka předepsala malé vložky. Klientka sděluje: „Moč mi utíká jen trošku, není to tolik, abych se tím nějak výrazně trápila, jen když se mi už hodně chce a ihned si nedojdu, třeba to nestihnu, protože jsem venku a než dojedu na vozíku na WC a než mě sestry pomohou přemístit, tak mi to trošku uteče. Také se mi občas stane, že když se předkláním na vozíku, nebo přelézám z lůžka na vozík, zakašlu, tak jsem najednou trochu mokrá“.*

Na otázku zda jí lékařka nebo sestry informovaly o možné léčbě, odpovídá: „Nikdo mi nic nevysvětloval, já jsem se ani na nic neptala, potíže nejsou tak velké, abych je

chtěla nějak řešit, myslím, že už mám nějaký věk a nemoci, tak tohle je další z nich. Stejně bych nic nechtěla, nechce se mi nikam jezdit po doktorech, nemám to ráda, jsem ráda, když se jim vyhnu a nikam nemusím“. Chci klientce vysvětlit jaké má možnosti při řešení potíží a odmítá je poslouchat, říká, že to není nutné a nemá o informace zájem, prý její potíže jí nijak nezatěžují.

„Způsobuje Vám inkontinence psychické potíže, máte v souvislosti s ní nějaké problémy“? Odpovídá mi, že je spokojená, problémy nemá, nijak jí inkontinence nezatěžuje, vlastně jí moč uniká velmi málo a ona se tím netrápí. Pohybuje se na vozíku, nikdo nevidí, že vložky používá, ona se o tom s ostatními klienty Domova nebaví, nemá pocit, že by tento problém zhoršoval její náladu. Její sousedka na pokoji není zcela orientována, takže ani ona jí nic na toto téma neříká. Klientka mi sděluje, že její cukrovka a nutnost držet diabetickou dietu je pro ni horší věc, to ji stresuje daleko víc. Nepamatuje si ani, že by v souvislosti s inkontinencí musela užívat nějaké léky, antibiotika určitě neužívala. Nemívá zatím ani žádné problémy s opruzeninami. *V souvislosti s inkontinencí jí nenapadá nic, co by ji trápilo.* Po chvíli přemýšlení dodává: „Možná jen to, že když jsem mimo Domov, je malá dostupnost invalidních WC na veřejnosti. Člověk, který sám nezvládne přesun na WC má problém vejít se i s doprovodem na WC“. Když se klientky ptám, zda nemá problém s počtem WC v Domově, zda je vždy WC volné, když ona potřebuje, odpovídá: „Já s tím většinou problém nemám, většinou je alespoň jeden záchod volný“. Ptám se, zda se vždy včas dovolá personálu, když zrovna potřebuje a ona odpovídá: „Ano, ani s tím nemám problém, sestry přijdou během chvíle, kdy je zavolám, nestalo se mi, že bych se kvůli tomu promočila tak, abych se musela převléci celá“.

Na otázku jak probíhá hygienická péče a zda jí vyhovuje, říká: „Ráno a večer mě sestry umyjí na lůžku, jednou za týden mě vykoupou celou na koupelně, vložku si během dne zvládnou vyměnit sama na lůžku, vyměňuji si ji vleže, sestry mi pouze pomohou s přesunem na lůžko, vložky mám ve stolku u lůžka, takže na ni dosáhnou. Kupuji si mýdlo a tělové mléko pro intimní hygienu, mám to vyzkoušené a vyhovuje mi. Nemám sklon k opruzeninám. Sestry při hygieně zavírají dveře, takže na mě nikdo nevidí, ale občas mě sleduje moje spolubydlící, ale už jsem si na to zvykla, ona si

neuvědomuje, co dělá, nemá cenu se kvůli tomu na ni zlobit. Sestry jí posílají z pokoje, ale ona neví, co dělá, tak se nezlobím“. Na dotaz, zda by jí vyhovovalo samostatné WC a koupelna na pokoji mi řekla, že by jí to k ničemu nebylo, protože stejně potřebuje pomoc s vysazením na WC a pomoc při koupání, sama to nezvládá, takže pro ni nemá samostatné sociální zařízení smysl. Udává, že nemá pocit, že by neměla dost soukromí, na všem se dá s personálem domluvit a naplánovat.

5. rozhovor

82-letá paní A. B., která je v Domově důchodců ubytovaná jeden a půl roku, je psychicky orientovaná, částečně mobilní, chodí v chodítku, ale v doprovodu jedné sestry, má lehkou parézu levé poloviny těla. Do Domova přišla po smrti manžela, dcera se o ni nemohla starat, protože chodí do práce, zhoršil se její zdravotní stav, a jak sama přiznává, nedokáže se o sebe sama postarat. Bydlí na pokoji s dalšími třemi spolubydlícími, jak říká, s jednou se hodně baví, o všem a je s ní spokojená, jedna paní je zcela dementní a další se hovoru vyhýbá. S rozhovorem souhlasí, během hovoru je klidná a stále se usmívá a průběžně chválí sestřičky a pečovatele, protože jsou šikovní. Do Domova přišla z nemocnice, tam se dostala s mrtvicí a měla zavedenou cévku. Pamatuje si, že se moc styděla, když měla cévku, vadila jí, tlačila jí, bylo jí hloupé, že to takhle musí mít a každou chvíli někdo přišel a cévku vypouštěl, bála se, že jí cévka vypadne. Byla ráda, že když se dostala do Domova, paní doktorka jí vyhověla a cévku jí sestry vytáhly. Zkoušela potom chodit na WC křeslo, protože není zcela pohyblivá, ale někdy se jí povedlo se vymočit a někdy zase byla mokrá, ani to necítila a stalo se to. Nejdříve měla jen malé vložné pleny, ale ty se jí různě kroutily v kalhotkách a prádlo měla mokré, tak jí sestry zkusily dát na zkoušku natahovací kalhotky a ty jí vyhovují, na noc dostane zalepovací plenkové kalhotky. Na žádném vyšetření u urologa nebo gynekologa nebyla.

Jaké máte informace o inkontinenci, byla moje další otázka. O inkontinenci toho moc neví, pí doktorka, i sestry jí řekly, že to může souviset s její nemocí a také věkem, na můj dotaz *zda by chtěla operaci nebo nějakou jinou léčbu*, mi odpověděla: „Já už jsem stará, asi by to stejně k ničemu nebylo, já nějaké léky užívám, ale ani nevím, na co

jsou, mám jich hodně“. Už si nepamatuje, jestli jí sestry na začátku pobytu odebíraly moč, ale připouští, že: „Je to možné, protože krev taky dává dost často“. Vedle lůžka má svoje WC křeslo a říká, že jí sestry pravidelně vysazují a říkají, že i to je důležité, protože jednak se tím ušetří plenky, a jednak tím nacvičuje vyprazdňování. *Na otázku zda ví, kolik, vypije tekutin*, se začne klientka usmívat a říká mi: „Vy jste jako ty moje sestřičky, ty mi taky pořád říkají, že mám hodně pít, jenže já prostě nemám žízeň, moc toho nevypiju, je to se mnou těžké, já se pak bojím, že nebudu moci jít ven na delší dobu, taky беру nějaký léky na odvodnění a pak je to ještě horší, v noci jsem mokrá a celé lůžko také, sestry mají se mnou práci a já nechci obtěžovat. Všechny jsou na mě hodné a nezlobí se na mě, když jsem mokrá, mě jen zlobí, že tady v noci budím všechny okolo, když mě převlékají“.

Na otázku, zda si myslí, že jí inkontinence zhoršuje psychický stav, mi odpověděla: „Já myslím, že ani ne, snažím se na to nemyslet, co už s tím v mém věku udělám, nejsem žádná mladice a stejně nikam moc nejezdím, jen občas tady v Domově na zahradu nebo když je tady nějaká společná akce. Také kolem sebe vidím, že tento problém má každá druhá, takže to mě taky pomáhá. Když třeba nechci někam jít a vymlouvám se, tak mi sestry říkají, že se nemám stydět, že i jedna sestřička má takové potíže a tak mě to vždycky přejde“. Další otázka zní: „*máte dostatek plenek a víte, na kolik máte nárok*“? „Mně plenku sestry dávají třikrát za den, a myslím, že mi to stačí, nikdy mi neřekly, že už nemám, já je ani nemám u sebe, protože se mi sem nikam nevejdou, máme tady moc málo místa na všechny věci, takže sestry plenky mají u sebe ve skladu, a když potřebuju, tak mi ji donesou a vymění. Nikdy jsem si nemusela plenky koupit, asi jich nespotřebuju moc, ani nesleduju, jak často mi je paní doktorka píše, hlavní je, že je mám“. *Ptám se, jestli klientku ještě něco trápí v souvislosti s únikem moči*, a ona mi odpovídá: „Opravdu netrápí, já jsem tady spokojená, všichni jsou hodní, tady na pokoji si vyjdeme vstříc, nehádáme se, mám se dobře“. Hygienickou péči mi popisuje tak, že ráno a večer jí sestry důkladně umyjí a jednou za týden se koupe, při každé výměně plenky jí sestry otřou a někdy, když je třeba, namažou krémem. Popírá, že by mívala nějaké kožní problémy, nějaké vyrážky nebo dysurické potíže také nemá. Soukromí je zajištěno tak, že sestry zavírají dveře, myjí jí na lůžku za

zástěnou, v koupelně bývá sama, nevdá jí, že jí koupe pečovatel, je s ním spokojená. Klientka se spíše podivuje mým dotazům ohledně toho, že by jí mělo vadit, že jí koupe muž, nepřipadá jí to vůbec divné, říká, že jí pečovatelé mění i pleny a jí to vůbec nevdá, zvykla si na ně, má pečovatele ráda, protože je s nimi legrace. *Když klientce nabízím, jestli by měla zájem o jednolůžkový pokoj nebo o pokoj se sociálním zázemím, tak mi říká: „Ani ne, mně to tady opravdu nevdá, jsem spokojená, mně by bylo smutno, kdybych byla sama. Takhle si aspoň popovídám, s kým chci a lépe mi to utíká, a já bych stejně nikam nedošla sama a potřebuju pomoci v koupelně i na WC, takže stejně bych nikdy nebyla sama, stejně by se mnou někdo musel“.*

6. rozhovor

Další hovor probíhá na společenské místnosti s klientkou J. H., které je 71 let, seniorka je mobilní, psychicky orientovaná, v Domově bydlí jeden rok na čtyřlůžkovém pokoji a čeká na jedno nebo dvoulůžkový pokoj, protože chce mít větší soukromí a dožít v klidu, se třemi dalšími klientkami mnoho klidu nemá, nemá ani svůj vlastní osobní prostor, má málo úložných prostor, nemá si s kým pořádně promluvit. *Potíže s inkontinencí se u ní objevily po gynekologické operaci před dvěma lety, byla ozařována a hned po ozařování si uvědomila, že má tento problém. Když se na to zeptala lékaře v nemocnici, nabídl jí operativní zákrok, ale řekl jí, že jí stejně nikdo nezaručí, že se potíží zbaví, tak operaci nepodstoupila. Potíže se projevují tak, že když si stoupne, cítí, že moč jí uniká, dále při chůzi po schodech, někdy ani nezaznamená, že moč uniká. Do Domova již nastoupila s vložitými plenami, používá je i na noc a nevzpomíná si, že by jí sestry informovaly jaké možnosti má kromě inkontinentních pomůcek, ale sama připouští, že se sester na nic ani neptala, žádné informace aktivně nesháněla. Je jí trapné se na tyto věci ptát a hovořit o nich. Před ostatními klientkami se o svém problému nezmiňuje, ví sice, že je v Domově hodně klientek s tímto problémem, ale ona to nikomu říkat nechce. V domově nebyla na urologickém vyšetření, na gynekologii chodí však pravidelně, ale to jsou běžné kontroly jejího stavu po ozařování.*

Ohledně předepisování pomůcek má od sester informace takové, že má nárok na určitý počet vložných plen na určité období, třeba na měsíc, na dva nebo na tři, nechává si je předepisovat na dva měsíce, s kvalitou je spokojená a většinou jí stačí i počet kusů, snaží se s nimi neplýtvat. Pleny má u sebe a mění si je sama. Nedostatek informací a pomůcek hodnotí takto: „Já s počtem plen většinou vyjdu a informace mi sestry podávají, když se zeptám, ale já se moc nevyptávám, vycházím z toho, co mi řekl lékař v nemocnici, že mi výsledek nikdo nezaručí. Sestry jsou ochotné, rozumím tomu, co mi vysvětlují. Poslaly mě na rehabilitaci, abych se naučila cvičit a posilovala svaly pánevního dna, ale mě to nebaví a nejde mi to, musela bych cvičit pořád, dlouhodobě a to se mi nechce, stejně nevím, jestli by to k něčemu bylo. Také mi sestry opakují, že musím hodně pít, ale já nemám vůbec žízeň, nechutná mi to. Také mi sestry říkají, že mám nacvičovat močení v pravidelných intervalech, jenže to nejde, když jsem třeba někde venku nebo mimo Domov nebo si chci odpočinout, tak prostě nechci běžet na toaletu, připadá mi, že by to stejně k ničemu nebylo, copak se to dá nacvičit“?

Na otázku *jak klientku inkontinence omezuje*, mi sděluje, že jí vadí, že vůbec tento problém musí řešit, že musí myslet na to, aby jí moč neutekla mimo plenu a neměla mokré prádlo, vadí jí to, že s tím musí žít do konce života a v podstatě s tím nelze nic udělat, protože je stará. Chtěla by např. někdy jet plavat s rodinou do bazénu, ale jako inkontinentní asi nemůže, nepustili by jí tam. Nechce se jí proto ani nikam jet, má pocit, že každý vidí co má za problém, sestry jí utěšují, že tyto problémy jsou u žen v jejím věku časté. *Co by měly sestry udělat pro zlepšení psychického stavu klientky?* Klientka říká: „Já nevím, co bych mohla od sester očekávat, mají na mě čas? Myslím, že mají dost práce s jinými klienty a takovéhle problémy asi stejně nevyřeší. Nic mě nenapadá“. *Hygienickou péči klientka popisuje takto:* „Já se ještě zvládnou umýt sama, každý den se osprchuji a vložku si také měním sama, kdy potřebuji, na koupelnu chodím odpoledne, to tam nikdo nebývá, mohu se zamknout, zvykla jsem si na to, že je nás tady hodně a musíme se nějak srovnat a vyjít si vstříc. Raději si počkám a mám pak klid, tady se všichni koupou spíš ráno a dopoledne, tak na mě nikdo nechvátá a můžu být v koupelně, jak dlouho chci, když vidím, jak ráno se koupe tolik klientů a jeden za druhým a musí se chvátat, aby se to stihlo, to si radši počkám. Na pokoji máme umyvadlo, tak na vyčištění

zubů mi to stačí“. Na otázku, zda podle ní stačí počet WC na oddělení, mi řekla, že většinou ano, je jich dost, nemá problém, že by někdy čekala frontu, někteří klienti mají WC křesla na pokojích a tak je hlavně ráno sestry vysazují na ně a také ví, že některé klientky si ráno přivstanou dříve, jiné zase čekají a už je to tak zaběhnuté, že si nepřekážejí. Jen někdy, když se na oddělení objeví střevní chřipka, tak to je potom problém. Na dotaz co by se ještě dalo zlepšit v oblasti hygieny a soukromí mi sdělila: „Já mám žádost o jednolůžkový nebo aspoň dvoulůžkový pokoj, ale je jich málo a jsou obsazené, určitě by zlepšilo péči, kdyby každý pokoj měl samostatný záchod a koupelnu, mně se taky nelíbí, že se musím koukat, že na pokojích stále někdo sedí na křesle, o zápachu ani nemluví, sice se používají ty zástěny, ale to stejně nestačí. Koupelny a vůbec menší pokoje by byly fajn, ale vím, že teď nejsou na nic peníze, tak to asi nepůjde, i když se o tom stále mluví a píše“.

7. rozhovor

Další rozhovor probíhá na třílůžkovém pokoji s devadesátiletou paní M. V. Leží na lůžku, je přikrytá dekou a sleduje televizi, na moji prosbu o rozhovor reaguje pozitivně, říká mi, že o mně ví, že se jich na pokoji všech sestry ptaly, kdo by si se mnou chtěl promluvit na téma o inkontinenci. Klientka je psychicky orientovaná, vypadá, že má dobrou náladu. V Domově důchodců je čtvrtým rokem a je zde spokojená. Nemá nikoho, kdo by se o ni mohl postarat, měla tři syny, jeden již nežije, a ostatní bydlí i s rodinami daleko odsud a ona se nechtěla za nimi stěhovat, chce zůstat v rodném kraji. Ptám se *jak dlouho má potíže s únikem moči* a ona mi odpovídá: „To už je hodně dlouho, to jsem byla ještě doma a už jsem používala nějaké vložky, ale byly malé a musela jsem si je často měnit, nikde jsem s tím nebyla a nic jsem o tom nevěděla, já nevěděla, komu to mám říct a snachám jsem to neříkala. Když jsem nastoupila do Domova a sestry zjistily, že používám vložky, tak mi poradily, abych si řekla paní doktorce, že se s tím dá něco dělat. Nejdříve mi vyšetřovaly moč, sestry mě sledovaly, jak často jsem mokrá, kdy nejvíc, jestli dost piju, to mi připomínají i teď. Dostávala jsem takové velké vložky a postupně mi začaly dávat kalhotky, ve dne nosím natahovací, protože ty mi lépe drží na těle a v noci dostanu takové ty zalepovací“. Dále

klientka hovoří o tom, že občas stejně sestry berou moč na vyšetření a také někdy užívá antibiotika.

Sestry jí informují dostatečně, když něčemu nerozumí, vysvětlí jí to paní doktorka. Ta jí také nabízela návštěvu u urologa, ale to klientka už odmítá, říká, že je takhle spokojená, lepší to stejně nebude, stejně má i jiné potíže, jako třeba cukrovku a nemocné srdíčko a inkontinenci považuje za menší zlo proti ostatním nemocím. Také říká: „Co bych taky chtěla, vždyť je mi devadesát, můžu být ráda, že je to aspoň takhle“. Ptám se, *co vše jí sestry o inkontinenci řekly* a ona udává: „Vysvětlovaly mi to tak, že určité nemoci mohou mít vliv na vznik inkontinence, také to, že jsem vícekrát rodila a dělala v kravíně těžkou práci, může být důvod, taky samozřejmě můj věk a pak i jiné věci, ale to už si nepamatuji. Říkaly mi, že bych mohla cvičit, kdybych byla mladší, tak jsem řekla, že už cvičit nebudu, když už jsem tedy stará“. Další otázku ohledně toho, co ví o tom, *jak se pomůcky předepisují*, zodpovídá: „Mně sestry kalhotky vždy donesou, jak je potřebuju, nemám je u sebe, protože by se mi nikam nevešly, není tady místo, vím, že se píšou na předpis jednou za čas, ale nesleduji to, hlídají mi to sestry, nikdy se mi nestalo, že by mi plenu nemohly dát, asi to vždy nějak udělají. Já totiž taky moc nepiju, tak jich asi moc nespotřebuju, sestry se na mě někdy jako zlobí, že musím s tím pitím přidat“.

Na otázku, *zda má pocit, že by měla horší náladu kvůli inkontinenci nebo nedostatku plen* sděluje: „Ani ne, já jsem veselá, a v tomhle věku se už netrápím prkotinami, je mi dobře, mám vše, co potřebuji a stačí mi málo, abych byla spokojená. Jsem smířená, že dožiju tady v Domově a myslím, že není nač si stěžovat, snad jen těch peněz by mohlo být víc, aby si člověk mohl přilepšit a něco dobrého si koupit navíc“. *Omezuje Vás nějak inkontinence?* „Tak to víte, že to není pěkné, že tady chodím s plenami, ale jsou horší věci, taky bych už tady nemusela třeba být nebo bych mohla být zcela závislá na sestřích a to by bylo horší. Já se najím, obleču se, umyju se, koupou mě jednou za týden kluci. Pleny si sama nevyměním, to dělají sestry i kluci, ale já už jsem si na ně na všechny zvykla a ani mi to nepřijde divné. Sestry mě umývají jen ta intimní místa, jinak to zvládnou sama“. Dále klientka hovoří o tom, na jaké aktivity dochází a kam všude se s Domovem podívala na výlet. *V souvislosti s inkontinencí jí*

trápí pouze to, že jsou na pokoji tři a mají každá vedle lůžka své WC křeslo a ta zabírají místo, kam by se mohlo dát třeba něco jiného a také to překáží jejich pohybu. Pak také zmiňuje, že je nepříjemné, když některá vykonává potřebu a přijde do pokoje návštěva. Též jí někdy obtěžuje, že v noci se navzájem budí, když jim např. sestry mění plenu nebo převlékají lůžko a pak se jí špatně znovu usíná.

Soukromí je zajištěno dle jejích slov takto: „Máme na pokoji umyvadlo, zde se myjeme ráno a večer, dveře máme zavřené, i když potřebujeme na WC křeslo, ale někdy se stane, že je někdo otevře a nechá je otevřené a všichni do pokoje vidí, ale když jde personál kolem tak se snaží dveře zavírat, jenže je to těžké, protože na oddělení jsou i zmatení klienti a ti nevědí, kam patří a chodí i k nám na pokoj a nezavrou, sestry také nemají stále čas běhat zavírat dveře od pokoje“. *Co by chtěla zlepšit v oblasti hygieny a soukromí?* Odpověděla: „Kdyby byly větší pokoje a měly jsme samostatné WC a koupelnu, nemusely bychom se tolik bát, že někdo otevře v nevhodný okamžik dveře. Také bych byla spokojená, kdybych se v noci lépe vyspala, jenže to bych musela být sama na pokoji, okolo mě všichni chrápou a budí mě, i když každá potřebujeme v jinou dobu vyměnit plenu nebo převléci lůžko. Nic jiného si nepřeji, jinak jsem tu opravdu moc spokojená“.

8. rozhovor

S paní J. J. hovořím na pokoji, je jí 74 roků a v Domově důchodců žije od srpna roku 2011. Chodí v chodítku, má lehkou parézu levé poloviny těla. S rozhovorem souhlasí, nevadí jí ani téma, o kterém chci hovořit. Říká, že se třeba ode mne dozví ještě něco nového. „*Kdy jste si uvědomila svůj problém*“? Odpovídá mi, že asi před dvěma lety. Začalo to najednou, zpočátku to bylo jen občas, ani nepoužívala vložky, dávala si různé kousky látky nebo menstruační vložky. Byla však mokrá stále častěji, a jak říká, vůbec necítila, že potřebuje močit, najednou byla mokrá. Nerozuměla tomu, myslela si, že je asi s něčím nemocná a že se to zase spraví. Byla u své obvodní lékařky, ta jí vzala moč, pak žádné léky nedostala, ale paní doktorka jí předepsala kalhotky, tak je začala nosit. Sice jí to vadilo, ale než být mokrá, to si radši zvykla na kalhotky, obzvláště když někde jela. Její zeť se zná s panem primářem na urologii, tak jí tam objednali a byla

několik dní hospitalizovaná, dělali jí nějaká vyšetření, ale neví, jak se jmenuje, bylo to však nepříjemné. Od té doby užívá hnědý podlouhlý prášek dvakrát denně, též neví, jak se jmenuje. Myslí si, že její potíže jsou od té doby trochu lepší, ve dne jí moč tolik neuniká, docela si stihne dojít na WC. Natahovací kalhotky má spíš ve dne pro jistotu, ale v noci se pomoci hodně, to jí musejí sestry kalhotky měnit i dvakrát za noc, protože by měla mokré celé lůžko.

V Domově jí vlastně *sestry už nic nevysvětlovaly*, protože sem přišla už vyšetřená z urologie a neptala se jich. Ptala se spíš jen na to, *jak to bude s předepisováním kalhotek*, jestli jí je domovská paní doktorka bude též psát a jak často a jestli bude muset jezdit na urologické vyšetření a kam. Sestry jí informovaly, že kalhotky jí paní doktorka může psát, protože je již měla před nástupem do Domova napsané. V urologické ambulanci v Humpolci byla jednou a od té doby jí pan doktor jen jednou za tři měsíce napíše léky. *Otázku zda nedostatek informací nebo pomůcek zhoršuje její psychickou pohodu a jak se to u ní projevuje*, zodpovídá: „Vím o svých potížích od pana primáře z nemocnice, tady mi už nic neřikali, ale já jsem se opravdu na nic neptala a myslím, že víc by mi ani stejně neřekli. Kalhotek mám dost, přes den jich moc nepomočím, to si stíhám dojít, mám vedle lůžka WC křeslo a pravidelně si dojdu, i když necítím potřebu, tak to zkouším, vždy ráno, pak dopoledne po snídani než vyrazím někam na nějaké aktivity v Domově, před obědem, po obědě, po svačině a než jdu spát. Takhle mi to sestry poradily, a dokud se trochu mohu pohybovat, tak to zkouším. Kdybych měla pokaždé volat sestry, to bych je nevolala, to bych asi močila do pleny. Někdy se to povede někdy ne, ale plenka mi většinou vydrží jedna na den. Natahovací kalhotky si zvládnou svléknout a obléknout sama. V noci nevstávám, abych se totiž vyspala, mění mi je sestry“. Dále se zmiňuje o tom, že se ze začátku pobytu v Domově hrozně styděla, bylo jí trapně, že nosí pleny a obzvláště proto, že je na pokoji se třemi dalšími klientkami, ale čím je tady delší dobu a pozoruje to tady, tak jí to vadí čím dál méně, „Tady mají tento problém skoro všichni, víte“. Na otázku *jak jí inkontinence omezuje*, odpovídá: „Já už jsem si zvykla, ze začátku mi to moc vadilo kvůli ostatním, jak vypadám s těmi plenami, jak to budu zvládat si je měnit, jestli budu moci chodit ven a jezdit na výlety, jestli se nebudu muset omezovat v jídle a pití, styděla jsem se o tom

bavit se svými známými, ale tady v Domově opravdu vidím, že tyto problémy má hodně lidí a dokonce si už o tom dokážu povídat s ostatními. A též mi pomohly ty léky, co беру, není to tak strašné“.

V souvislosti s inkontinencí ji už nenapadá, co by ji trápilo, nic víc než to, co už řekla. Hygienu ráno a večer zvládne sama, jen intimní místa jí sestry omyjí. Na pokoji mají umyvadlo, postupně se u něj všechny vystřídají a dveře jsou zavřené, někdy chodí i na umývárnu, tam se stane, že některé klientky za sebou nezavřou, to je pak nepříjemné, protože se po chodbě procházejí i muži. Koupe se jednou v týdnu. „*Co byste chtěla ještě zlepšit, co by pro vás mohly ještě sestry udělat v oblasti soukromí a hygieny*“? „Jsem tady docela spokojená, na sestry si nemohu stěžovat, vyhoví mi, plenky mi dají, kdy potřebuji, umyjí mě, nezlobí se na mě, když se mi něco nepovede. Líbilo by se mi, kdybychom měli svoji koupelnu a záchod na pokoji a též by bylo lepší, kdybych mohla být na pokoji sama nebo jen s jednou další klientkou. Takhle jsme tam čtyři a musíme čekat, než na nás vyjde řada, ve dvou by soukromí bylo lepší. Ale to se asi nepovede, tak se raději dopředu netěším“.

4.2 Rozhovory se sestrami

9. rozhovor je veden se všeobecnou sestrou paní Alenou, která v Domově důchodců pracuje druhým rokem a pracuje v budově Domova, kde jsou klientky ubytovány na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Před nástupem do Domova nepracovala s geriatrickými klienty, neměla proto zkušenost s inkontinentními seniorkami. S rozhovorem souhlasí, ale sděluje, že moc informací ohledně inkontinence asi nemá, jen co si lehce pamatuje ještě ze školy. Dokáže rozlišit inkontinenci dle stupňů na I., II., III. stupeň, ví, jaké pomůcky se používají, dokáže je klientům spolehlivě přiložit tak, aby moč neutíkala kolem. Přiznává, že nedokáže rozlišit, o jaký typ inkontinence se jedná, neví, jak by klientce vysvětlila, jaký je rozdíl mezi stresovou a urgentní inkontinencí. *Na otázku jaké možnosti klientkám nabízí při řešení inkontinence,* odpovídá: „Záleží na tom, s kým mluvím, některé klientky, hlavně ve vyšším věku, již nemají celkově zájem o nějaká vyšetření nebo zákroky a s těmi bych hovořila spíš jen o nabídce inkontinentních pomůcek, jak se nechají předepsat a na jak dlouho, zmínila

bych i možnost nedostatku a tudíž finanční zátěž pro klientky. S klientkami, které jsou aktivnější v přístupu ke svému zdraví, svým potřebám, bych nabídla vyšetření u urologa či gynekologa a také třeba cvičení pánevních svalů. Přiznávám, že ani neznám nějaké operační postupy, které inkontinenci mohou pomoci řešit. Za tu dobu, co v Domově pracuji, mě však žádná z klientek s tímto problémem neoslovila. Spíš to řeší se staniční sestrou a praktickou lékařkou, které jim problém vysvětlují“. Dále sestra Alena uvádí, že ví, že se na jejím oddělení provádí u klientek, které nastoupily po 1. 7. 2011 test vážení vložek a vede se mikční deník a výsledek se odesílá urologovi do ambulance a ten pak rozhoduje, jaké pomůcky klientka dostane. Také se provádí nácvik močení v pravidelných intervalech, protože často z nemocnic přichází klientky s inkontinentními pomůckami a samy seniorky uvedou, že před hospitalizací s únikem problém neměly, jenže v nemocnici dostaly kalhotky a tak si zvykly. Často se pak podaří, že klientky nemusí mít žádnou pomůcku, protože se stav vrátí k normálu.

Ptám se, *zda sestram vyhovuje nový předpis na inkontinentní pomůcky*, který platí od 1. 7. 2011, zda o něm vůbec ví a jaký má dopad na péči o seniory: „Samozřejmě o předpisu vím, protože jsme o něm informováni staniční sestrou a to z toho důvodu, že v současnosti je ztížený postup pro předpis pomůcek, klientky s I. a II. stupněm inkontinence musí podstoupit vyšetření u specialisty, některé odmítají na vyšetření jet, jsou špatně mobilní, dementní, nespolupracují při vyšetření, vyšetření je pro ně spíš traumatická záležitost, sestry mají více práce s vedením mikčních karet a nakonec třeba klientka nedostane typ pomůcky, který by potřebovala a je nespokojená a ta nespokojenost se pak projeví na vztahu k sestram, protože ty jsou s klientkami nejvíc ve styku. Seniorky se stejně pomůcek dožadují a na nákup ani v mnoha případech opravdu peníze nemají“.

Ptám se sestry Aleny, *jak se sestry v Domově pro seniory vzdělávají o problému inkontinence*, odpovídá: „Já osobně jsem byla jednou na školení o tomto tématu a vím, že občas je v Domově školící akce zaměřená přímo na inkontinenci, kdy různí zástupci firem dodávající inkopomůcky předvedou, jak se s jejich výrobky má správně pracovat, vysvětlují, co je vhodné pro určitý stupeň inkontinence“. Další otázka se týká toho, *zda je sestře příjemné nebo nepříjemné se seniorkami hovořit o tomto problému*. Sdělila mi,

že s tím nemá problém, nevdává jí se zeptat seniorky na problémy, když vidí, že by to některé bylo trapné, tak nezabíhá do hloubky a ptá se jen na nutné věci. Spíš si myslí, že se o problému některé klientky nechtějí bavit a utíkají od problému v hovoru někam jinam. Další otázka se týká toho, *zda má inkontinence vliv na psychický stav klientky a jak se to u klientek projevuje*. Sestra Alena jednoznačně potvrzuje, že klientky tento problém špatně snášejí, myslí si, že hodně klientek sedí raději na pokoji, nikam nechodí, stydí se přiznat, že problém mají, někdy i zapírají a různě kamuflují potíže, používají třeba složený toaletní papír, mycí žínky, ručníky do lůžka, stalo se i, že vložky se našly na topení. Pro některé klientky je problémem i to, že by je měl umýt muž, raději péči odmítnou, to pak záleží na komunikačních schopnostech jednotlivých sester, jak dokážou seniorky přesvědčit, aby pomůcky používaly, aby se nechaly vyšetřit, jak je důležitá osobní hygiena a také jak je důležitý dostatečný příjem tekutin. Mnoho klientek odmítá pít jen proto, že pak nemusí na toaletu, že ušetří pomůcku, protože jí nepromočí. Na druhou stranu je i pro sestry těžké, jak říká sestra Alena, klientky přesvědčit o tom, že pomůcku musí ještě na těle mít, že ještě není zcela plná a není možné ji vyměnit. Také se sestře Aleně nelíbí to, když např. musí klientce přiložit zpět částečně použitou vložku, klientku vysadí na toaletní křeslo a klientka se vymočí, sestra jí otře a pak jí vrátí částečně znečištěnou vložku nebo vložnou plenu. Říká, že je jí to samotné proti mysli a nesouhlasí s tím, ale nic jiného sestrám ani klientkám často nezbyvá. *Na otázku jestli jsou klientky omezené i v jiných oblastech*, odpověděla, že si myslí, že pokud je klientka imobilní tak snadno vznikají kožní potíže, opruzeniny, dekubity, infekce močových cest a následná léčba může komplikovat jejich stav.

Ptám se, co by sestra Alena doporučila klientce, aby zlepšila její náladu, sestra mi odpověděla: „Hovořím s klientkou v klidu, v soukromí, nerozebírám její potíže před někým jiným, na chodbě, zeptám se co je pro ni nejdůležitější, zda to, aby nikdo nepoznal, že má problém s únikem a stydí se před ostatními nebo třeba to, že se bojí někam jet, aby se nepromočila. Pak hledám řešení, nabídnu třeba delší svetr nebo halenku k zakrytí intimních partií, tenčí vložku, více kusů sebou, pomoc při výměně. Zjistím u sociálních pracovníků, zda na místě výletu je dostatek přístupných WC, podpořím klientku psychicky tím, že můžeme hledat řešení ve spolupráci s rodinou,

nabídnou hovor s některou jinou klientkou se stejným problémem a ochotnou se o problému bavit“. Další otázkou zjišťuji, *jak se na oddělení provádí péče o hygienu a soukromí klientek*. Sestra Alena udává, že každé ráno a večer se klientkám umyjí intimní partie (kromě jiného) a při každé výměně pomůcky se vždy klientka otírá pomocí čistící pěny a dle potřeby maže ochranným krémem. Jedenkrát v týdnu se provádí celková koupel, v případě potřeby častěji. Imobilní klientky se myjí na lůžku, mobilní zvládnou někdy hygienu samy nebo při potřebě pomoci se provádí hygieny na WC. Dodržují se pravidla, platná dle standardu Domova, která zajišťují právo na soukromí, to v praxi znamená, že dveře jsou vždy zavřené, pokud možno, je klientka na pokoji sama nebo po dohodě s ní je na pokoji přítomna její spolubydlící, ale vždy se souhlasem obou klientek, obě klientky mají tyto požadavky uvedené ve svém individuálním plánu péče. Pokud je na pokoji návštěva, personál jí vyzve vždy k odchodu z pokoje, byť by to byli nejbližší příbuzní. Klientky mají své osobní pomůcky na hygienu. Všechny pomůcky, které by mohly ostatním prozradit problém s inkontinencí, jsou uloženy ve skříních nebo nočních stolcích. Problémem se sestře Aleně jeví: „Máme trvale málo místa pro uložení různých osobních věcí klientů, pomůcek k inkontinenci, k hygieně. Také je problém s počtem personálu na směnu, když máme vyhovět všem a tak, aby péče byla vždy kvalitní a odpovídala plánu klientky. To v praxi obnáší to, že např. klientka by chtěla doprovodit na WC v chodítku, ale protože není čas a personál, tak se na WC doveze na vozíku a je to rychlejší, ale pro soběstačnost klientky to není dobře“.

Pro zlepšení podmínek hygieny a soukromí sděluje sestra Alena svůj názor: „Dle mého by každý pokoj měl mít své sociální zázemí, tak jak je to běžné v nových Domovech pro seniory, pak by odpadlo stálé hlídání soukromí, stále sledujeme, kdy kdo otevře dveře, a aby je zase za sebou zavřel, přičemž u dementních a špatně slyšících klientů je obtížné se domluvit. Jednolůžkové pokoje by situaci též pomohly. O zvýšení počtu personálu asi ani nemá dnes cenu mluvit. Za dobré v péči o seniory považuji, že přes všechny obtíže máme pocit, že každého seniora známe, víme, co potřebuje, co mu vyhovuje, a protože klient je u nás dlouhou dobu, dříve nebo později se nedostatky

v péči projeví, musíme změnit plán péče. V nemocnici, kde je dnes člověk pár dní, se tím nikdo nezabývá“.

10. rozhovor

Sestra Věra pracuje v druhé budově Domova důchodců, na oddělení mají tři a čtyřlůžkové pokoje bez sociálního zázemí, na pokojích mají jen umyvadla. Zaměstnaná je zde již 21 let. *Informace o inkontinenci* má z různých školení a také z předváděcích akcí, které probíhají přímo na oddělení a vedou je zástupkyně firem dodávající inkontinentní pomůcky klientkám v Domově. Na těchto akcích si hlavně prakticky mohou zkusit správné přiložení jednotlivých druhů pomůcek, ošetření pokožky, kvalitu pomůcek, jejich míru savosti. Také se dají zkusit ochranné krémy a oleje k ošetření kůže a různé mycí prostředky pro citlivou pokožku, tělová mléka, která pak sestry mohou klientkám doporučit. Sestra Věra dokáže doporučit klientkám pomůcky pro inkontinenci dle stupně úniku, ale nemá moc přehled o tom jaký je rozdíl v typech inkontinence, dle jejích slov to klientky ani v podstatě nezajímá. Ptají se jen na množství pomůcek, které mohou dostat na předpis, na jak dlouho a zda budou muset doplácet. Na otázku, zda jí vadí se s klientkami bavit na toto téma, mi odpověděla: „Ne, to mi nevadí, ke své práci určité informace potřebuji zjistit a tak se musím zeptat, jen někdy, když vidím, že se o tom klientce nechce moc hovořit, tak se neptám na detaily nebo jí nechám čas na to, aby si rozmyslela, co mi chce sama sdělit. Většinou se klientky za čas přestanou stydět a jsou rády, když se s nimi jakýkoliv problém řeší otevřeně. Také mám zkušenost, že situaci chtějí více řešit mladší klientky, třeba pomocí farmakoterapie, posilováním svalů. Starší klientky většinou zájem nemají a ani by nezvládly pravidelné cvičení. Některé klientky nemají zájem o farmakoterapii a říkají, že stejně nepomáhá, dále ani nechtějí znát vedlejší účinky nebo jiné způsoby léčby, to říkají, že už jsou příliš staré a nemá to cenu“.

„*Jak informace klientkám sdělujete?*“ „Mluvím s nimi v soukromí, aby citlivé informace neslyšel někdo jiný, hovořím nahlas, používám slova, o kterých si myslím, že jim nejsou cizí, stojím proti nim a sleduji, jak mi rozumí, pokud mám pocit, že neslyší nebo nechápou obsah, zopakuji ho jednodušším způsobem“. Na *otázku, zda si sestra*

myslí, že inkontinence zhoršuje psychický stav klientek, odpovídá: „Určitě ano a to hlavně v kombinaci s imobilitou, pokud je klientka ještě schopna sama si dojít na WC nebo zvládnout výměnu pomůcky sama, tak to ještě jde, ale klientky odkázané na naši pomoc to, alespoň na začátku než si zvyknou na jednotlivé pracovníky, snášejí podstatně hůř. Nechtějí pomůcky měnit, nechtějí se nechat umýt, zapírají inkontinenci, používají různé náhražky, nechtějí se nechat umýt od ošetřovatelů, nechtějí vycházet z pokojů, izolují se, nejezdí ani domů, aby třeba doma nepomočily lůžko a rodina pak měla práci navíc. Většinou nemají problém s tím, že by byly pomůcky pod prádlem vidět, mobilní klientky dostávají natahovací kalhotky a ty jsou diskrétní“. *„Je klientka omezená i v jiných oblastech“?* Sestra Věra udala, že mobilní klientky mají spíše pocity trapnosti a studu, ale u imobilních klientek snadno vznikají opruzeniny, kožní defekty, na oddělení mají i klientku s alergií na pomůcky, časté jsou močové infekce, nechutenství, málo pijí. *„Co uděláte pro zlepšení pohody klientek“?* „Nabízím potíže probrat s lékařkou, dále klientku vyslechnu sama, pomohu stanovit cíl klientky, co je pro ni nejvíc důležité, zda odstranění studu, pocitu méněcennosti nebo zmírnění potíží, můžu pomoci s výběrem vhodné pomůcky a vhodného oblečení, nabídnu hlavně vyšetření u specialisty a podpořila bych klientku i při cvičení pánevních svalů, to většinou klientky odmítají, tak je na druhou stranu nenutím. Nabídnu pohovor s ostatními, vše samozřejmě v soukromí“. *Jak probíhá hygienická péče a zajištění soukromí*, je další otázka. Sestra Věra říká: „S každou klientkou na začátku vznikne ošetřovatelský plán, kdy se zjišťuje soběstačnost a typ pomůcky, kterou klientka potřebuje a dle toho se pak s klientkou pracuje, hygiena a výměna pomůcek probíhá individuálně u každé klientky dle potřeby a mění se při zlepšení nebo zhoršení stavu. Každá klientka, která potřebuje naši pomoc, je ráno a večer důkladně omyta a pokožka ošetřena ochranným krémem, při výměně se též otírá kůže a namaže, v noci se pomůcky mění individuálně dle potřeby. Minimálně jednou v týdnu se klientky koupou celé, svlékají se a oblékají v koupelně nebo na pokoji. Je bohužel běžné, že na pokojích nejsou samy a musejí snášet pohledy ostatních, některým to nevadí, ale některé by ocenily samostatné sociální zázemí a samostatný pokoj. Na čtyřlůžkových pokojích těžko zajistíme úplný komfort a soukromí, i když se používají zástěny. Mnohdy jsou

dohromady i klientky celkem samostatné a orientované s neorientovanými a to též způsobuje problémy, minimálně v komunikaci. Také máme potíže s tím, že je na pokojích málo místa pro pomůcky, musíme je nosit na pokoje během služby, klientky vlastně nemohou mít ani své pomůcky u sebe, protože je není kam dát. Problém vidím v tom, že není prostor na pokojích, aby každá klientka mohla mít své pomůcky u sebe a věděla, kolik jich má, takhle je máme uložené ve skladu a každá klientka dostane pomůcku dle potřeby, ale není až takový přehled o spotřebě, někdy dochází k tomu, že pokud někomu jeho typ pomůcky dojde, „vypomůžeme“ si od někoho jiného, to pak vede k nespokojenosti klientek, že nemají tu svoji pomůcku a navíc ani některé sestry to nenuť s pomůckami šetřit, protože si mohou vypomoci od někoho jiného. Klientky mají i omezený prostor pro vlastní pohyb na pokoji. Zmenšení pokojů a vybudování sociálního zařízení by jednoznačně zvýšilo kvalitu poskytované péče“.

4.3 Kategorizační tabulky

Tabulka 1. Ovlivnění psychického stavu klientek inkontinencí

	K. 1	K. 2	K. 3	K. 4	K. 5	K. 6	K. 7	K. 8	
ano	x	x	x			x			4
ne				x	x		x	x	4

Z šetření vyplynulo, že čtyři klientky udávají zhoršení psychického stavu v souvislosti s inkontinencí a čtyři klientky si inkontinenci do souvislosti s psychikou nedávají.

Tabulka 2. Nedostatek pomůcek jako stresový faktor

	K. 1	K. 2	K. 3	K. 4	K. 5	K. 6	K. 7	K. 8	
ano	x	x	x						3
ne				x		x		x	3
neví					x		x		2

Klientky udávají nedostatek pomůcek jako stresový faktor pouze ve třech případech, další tři klientky nepocítují nedostatek pomůcek. Dvě klientky nedokáží nedostatek pomůcek posoudit, protože je nemají u sebe a neznají skutečnou spotřebu.

Tabulka 3. Spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v souvislosti s inkontinencí.

	K. 1	K. 2	K. 3	K. 4	K. 5	K. 6	K. 7	K. 8	
ano	x	x	x	x	x		x	x	7
ne									
zvládá sama						x			1

Ošetrovatelskou péčí hodnotí sedm klientek jako dobrou, jsou spokojené, nemají výhrady. Jedna klientka udává, že zvládá péči sama a není závislá na pomoci sester.

Tabulka 4. Zajištění dostatečného soukromí při hygieně a výměně pomůcek.

	K.1	K.2	K.3	K.4	K.5	K.6	K.7	K.8	
ano			x		x	x			3
ne									
Částečně nespokojené	x	x		x			x	x	5

Klientky ve třech případech jsou plně spokojené se zajištěním soukromí při vykonávání hygieny a výměně pomůcek. Pět klientek udává částečnou nespokojenost se zajištěním soukromí při hygieně a výměně pomůcek.

Tabulka 5. Přání mít samostatné sociální zařízení na svém pokoji.

	K. 1	K. 2	K. 3	K. 4	K. 5	K. 6	K. 7	K. 8	
ano	x					x	x	x	4
ne			x						1
Nevyužila bych ho samostatně		x		x	x				3

Čtyři klientky mají přání mít samostatné sociální zařízení na pokoji, jedna ho nechce vůbec a tři udávají, že by ho samostatně nevyužily.

5 Diskuze

Inkontinence moči znamená pro každou ženu určitý problém. Téma bakalářské práce jsem si vybrala záměrně, protože se setkávám se seniorkami s inkontinencí. Na oddělení, kde pracuji, je v současné době 43 klientů, z toho 28 žen a z nich je 22 inkontinentních.

Šetření probíhalo s klientkami zařízení na doporučení staničních sester formou polostrukturovaných rozhovorů. Některé mnou oslovené klientky však při hovoru svůj problém úplně popřely a nechtěly se mnou vůbec mluvit. Také jsem si všimla, že se mnou více otevřeně hovořily a méně se styděly klientky, které mě znají ze služeb, a proto si myslím, že se nestyděly o svém problému hovořit. Klientky z druhé budovy, které mě neznají, se mnou hovořily, ale dělalo jim potíže hovořit více do hloubky problému, musela jsem se ptát opakovaně a bylo na nich vidět, že jim není moc příjemné mluvit o tomto tématu. Během hovoru se pravidelně stávalo, že odbíhaly od tématu inkontinence ke svým jiným zdravotním potížím a bylo těžké se vrátit k otázce inkontinence. Lze usuzovat, že problém inkontinence není pro seniorky téma, o kterém chtějí mluvit a je pro ně psychicky zatěžující se svěřit. Myslím, že inkontinence je pro seniorky stresovým faktorem, i když závěry šetření nejsou tak jednoznačné.

Výsledky výzkumu Psychosociální problematika inkontinentních senierek (23) potvrdily, že většina žen trpí zhoršením sebeúcty, nejvíc pociťují stud, menší část prožívá pocit nejistoty, malá část žen uvádí pocit bezmoci. V uvedené studii se potvrdilo, že ženy omezuje jistým způsobem i zápach moči a obava z možného promočení oděvu na veřejnosti. Naše šetření závěry tohoto výzkumu potvrzují (tabulka 1). Čtyři respondentky vyjádřily názor, že jejich psychický stav je inkontinencí zhoršen. Jedná se o klientky, které jsou aktivní ve svém životě v Domově důchodců, vyhledávají společenské kontakty a účastní se různých akcí mimo Domov nebo navštěvují svoje rodiny. Seniorky mají pocity trapnosti, stydí se, udaly, že na začátku pobytu v Domově nechtěly vycházet z pokoje, izolovaly se, postupem času se adaptovaly a zvykly si chodit mezi ostatní klienty. Inkontinenci považují za hendikep, protože myslí na to, aby neměly promočené prádlo, aby měly dostatek pomůcek sebou mimo zařízení, aby měly

soukromí na veřejných WC, v restauracích, aby měly dostatek pomůcek a vyšly s nimi na celé preskripční období, apod. Druhá polovina respondentek udává, že nemají pocity nejistoty nebo nízké sebeúcty, ale z rozhovorů stejně vyplynulo, že jim také inkontinence nějakým způsobem omezuje život, ale ony si tato omezení nedávají do souvislosti jen s inkontinencí, ale i s dalšími zdravotními nebo sociálními problémy v zařízení. Jedná se např. o nedostatek soukromí na čtyřlůžkových pokojích, porušený spánek v důsledku výměny pomůcek nebo převlékání lůžka v noci, dále o návštěvy na pokojích od dezorientovaných klientek. Sestry potvrzují (rozhovory 9, 10), že seniorky mají obavy z promočení oděvu, ze zápachu, často potíže různě maskují, raději nevycházejí z pokojů, používají náhražky, než se svěří sestře nebo lékařce, bojí se nepříjemných vyšetření. Je překvapující, že jen polovina respondentek považuje inkontinenci za stresový faktor, ve své praxi se denně setkávám s různými situacemi, které bych osobně považovala za stresující. Vysvětlují si to však tím, že klientky se v zařízení adaptovaly a na různé obtíže si zvykly a zvykly si i na to, že svoje problémy jim pomáhá někdo vyřešit s nimi nebo zcela za ně. Řekla bych, že seniorky se s novou situací vypořádají za použití strategie konstruktivní nebo strategie závislosti (19).

Ve výzkumu vedeném Chloubovou a Papršteinou (23) se nepotvrdilo omezení činností, protože se ženy k této otázce převážně nevyjádřily nebo spíš nedávaly omezení činností do souvislosti s inkontinencí, ale spíš s vyšším věkem. Ovšem v našem šetření se k této otázce vyjádřilo všech osm klientek a šest z nich vyjádřilo názor, že jsou při různých činnostech a aktivitách v Domově i mimo něj omezeny inkontinencí (rozhovory 1,2,3,6,7,8). Dvě seniorky udaly, že mají také problém, ale přičítají ho také jiným souvislostem, jako je třeba snížená mobilita nebo zdravotní potíže. Jako omezení ženy udaly např. nedostatek soukromí na veřejných toaletách, jakož i málo prostoru pro doprovod, dále se jim jako nepříjemné jeví i to, že plenu nemohou vyměnit, když je třeba a musí být v mokré pleni delší časový úsek, než když jsou v Domově. Všechny klientky udaly, že měly problém zvyknout si na to, že o jejich intimitu se stará několik osob včetně mužů. Jen jedné to však vadí stále, ostatní udávají, že si již zvykly a jedna je plně soběstačná, takže péči personálu v této oblasti nepotřebuje. Dle mého názoru jsou klientky opravdu omezeny inkontinencí, protože sama se často setkávám s tím, že

klientka odmítne jakoukoliv činnost, protože se bojí promočení oděvu a také, že nezvládne hygienu v cizím prostředí.

Ve výzkumu (23) se potvrdilo, že močová inkontinence způsobuje řadu tělesných problémů, ale jen malá část žen uvedla potíže jako pálení a svědění kůže nebo opruzeniny a vyrážku. I v našem šetření pouze dvě seniorky uvádějí (rozhovor 2,3), že trpí nějakými kožními problémy, opruzeninami nebo močovou infekcí. Obě sestry potvrzují, že se kožní potíže u seniorek objevují, ale ne příliš často, důkladnou hygienou a používáním ochranných krémů se jejich vzniku zabrání. Z mého pohledu se jeví, že péče o hygienu je zajišťována kvalitně, protože se tělesné problémy u žen vyskytují skutečně jen zřídka a většinou ne jako samostatný symptom, ale spíše v souvislosti s dalšími onemocněními.

Úkolem bakalářské práce také bylo zmapovat, jak probíhá ošetrovatelská péče o inkontinentní seniorky. Klevetová, Zyková, Svobodová (25, 27, 28) doporučují u každé klientky s inkontinencí vypracovat individuální inkontinentní plán. Z našeho šetření vyplývá, že vyšetřením ohledně inkontinence u praktického lékaře prošly všechny seniorky, pět klientek udalo, že byly vyšetřeny praktickým lékařem už před nástupem do Domova pro seniory. Z těchto pěti seniorek podstoupily další vyšetření u specialisty tři (rozhovor 1, 3, 6), jen jedné navrhl lékař operaci s neurčitým výsledkem, proto ji odmítla. Antimuskarinika užívá jedna z těchto pěti klientek. Ostatním seniorkám bylo nabízeno vyšetření u specialisty i po nástupu do Domova, ale odmítly ho s tím, že si myslí, že jsou již staré a operace nebo léky jim nepomohou. U třech klientek se inkontinence objevila až během pobytu v zařízení. Tyto seniorky byly nejdříve vyšetřeny praktickou lékařkou zařízení pro vyloučení infekce močových cest, bylo jim všem nabídnuto vyšetření u urologa nebo gynekologa a přijala ho jen jedna (rozhovor 2) a jedna klientka (rozhovor 1) podstoupila vyšetření u gynekologa i urologa těsně po nástupu do zařízení na doporučení své původní praktické lékařky. Obě tyto seniorky užívají léky a udávají zlepšení stavu. Moje zkušenost ukazuje na to, že u některých dalších klientek, které se neúčastnily rozhovorů, a užívají antimuskarinika, se projeví nežádoucí účinky jako noční zmatenost, zhoršení psychického stavu, arytmie a musela být upravena dávka nebo lék byl vysazen zcela. Třetina těchto klientek léky dál užívá a

udávají zlepšení svých potíží. Žádná ze seniorek v zařízení nebyla lékařem indikována k operativnímu řešení potíží. Z výzkumu Kučery, Topinkové a Juráskové (24) plyne, že jen 13 % dotazovaných podstoupilo fyzioterapii. Naše práce ukázala, že sestry v zařízení klientkám nabízejí cvičení svalů pánevního dna, ale klientky odmítají cvičit nebo pravidelné cvičení nezvládnou vzhledem k věku a dalším zdravotním obtížím. Respondentky samy udaly, že necvičí a jako důvod uvedly to, že jsou staré, nevěří, že by jim to pomohlo a jen dvě (rozhovor 6, 7) udaly, že cvičit zkoušely, ale dlouhodobě to nezvládly. Moje zkušenosti z praxe potvrzují, že seniorky většinou ani cvičit nezkoušejí, nejsou zvyklé tímto způsobem ovlivňovat svůj zdravotní stav a spoléhají se jen na pomoc medikamentózní nebo kompenzační. Z mého pohledu je škoda, že do zařízení nechodí žádný psychoterapeut, protože i jeho pomoc by mohla být důležitá.

Dále se sedmi klientkami, (rozhovory 1,2,4,5,6,7,8) provádí sestry nácvik pravidelného močení. Naše šetření i moje vlastní zkušenost ukazuje, že díky tomuto cvičení často dojde ke zlepšení stavu klientky. Zpočátku sice klientky nejsou nadšené stálým vybízením k pravidelnému močení nebo vysazováním na WC, ale po čase zjistí, že nemusí být mokré, nemají tak velkou spotřebu pomůcek a hlavně si nepřipadají tolik závislé na personálu. Souhlasím s výsledky Kučery, Topinkové a Juráskové (24), že je pravidelný nácvik močení spojený s užíváním léků pro seniorku nejvýhodnější metodou, jak omezit psychickou zátěž. Ke zjištění soběstačnosti se v Domově důchodců vyhodnocuje Barthelův test všedních činností a každý ze seniorů má svůj Individuální plán péče a také Záznam o průběhu péče, ve kterých se minimálně každé tři měsíce zhodnocuje stav soběstačnosti a plánuje další postup v podpoře klienta. Lze tedy souhlasit s uvedenými autory (28, 29) a jejich doporučeními ohledně individuálních plánů péče, protože se v zařízení též používají a osvědčují se pro svůj velmi dobrý přínos v péči o seniorky.

Nedostatek informací o inkontinenci nepotvrdila ani jedna z dotázaných klientek. Klevetová uvádí (25), že v domácí péči seniorky mají málo informací a že jim to vadí. V našem šetření však všechny respondentky udávaly, že se sester spíše neptají a informace nevyhledávají. Vycházejí z toho, co jim řekl lékař ještě za pobytu doma nebo i zde v Domově jim sestry vysvětlí vše, co potřebují vědět. Pouze dvě klientky

(rozhovor 1, 8) žádaly podrobnější informace a vyšetření. Respondentky nemají pocit, že by nedostatek informací zhoršoval jejich psychický stav. Dle názoru sester i mého, seniorky nemají zájem o hlubší informace, většinou jim stačí zpočátku vysvětlit, jaké mají možnosti léčby a jak probíhá preskripce pomůcek a většinou se pak během svého, často i dlouhého pobytu v zařízení, neptají na další možnosti. V naší práci se ukázalo, že ani sestry nemají velký přehled o inkontinenci a možnostech léčby, aby mohly seniorkám poskytnout více informací (rozhovor 9,10).

Dalším výzkumným tématem bylo, zda nedostatek pomůcek ovlivňuje negativně psychický stav seniorek, tabulka 2. Klevetová i Topinková s Kučerou uvádí (24, 25), že senioři nemají dostatek pomůcek a informací od svých praktických lékařů o možnostech preskripce a také, že praktičtí lékaři snižují počty předepsaných pomůcek, vzhledem k limitům pojišťoven, a též že si musí senioři na pomůcky připlácet. V našem šetření tři respondentky (rozhovor 1,2,3) uvedly, že jejich psychický stav je zhoršen kvůli nedostatku pomůcek, jedna z nich navíc uvádí, že je navíc nespokojená i s kvalitou plen, protože kvůli počtu plen je nucena používat pomůcky horší kvality. Tři klientky vycházejí s počtem kusů pomůcek dobře (rozhovor 4, 6, 8), nemají tedy problém a jejich stav to nezhoršuje. Dvě klientky uvedly (rozhovor 5, 7), že neznají počet kusů, které mají předepsán, že pomůcku vždy dostanou, jak potřebují, a tudíž se kvůli tomu nestresují. Nicméně i z rozhovorů se sestrami na oddělení vyplynulo, počet kusů neodpovídá skutečné spotřebě a sestry si musejí vypomáhat s kusy pomůcek od klientů, kteří je nespotebují všechny, ale klienty samotné s tímto stavem nestresují. Z vlastní praxe vím, že naše klientky mají potíže s nedostatkem pomůcek. Důvody jsou různé, ať se jedná o to, že do zařízení nastoupí s inkontinentními pomůckami z nemocnic, kde se dávají běžně, nikdo s nimi není nucen šetřit. U nás v Domově pak nastává problém, že v době než se provede vlastní vyšetření u specialisty a ten dojde k závěru, že klientka pomůcky skutečně potřebuje, klientka samozřejmě pomůcku potřebuje a vyžaduje. A v této době se musí seniorce pomoci, je obtížné ženám v situaci, kdy se musí smířit s nástupem do sociálního zařízení, které je samo o sobě dostatečně stresující, vysvětlovat, že pomůcky není možné vyměnit několikrát denně, jak byla zvyklá z nemocnice a že je nutné, aby si pomůcky zakoupila a šetřila s nimi. V praxi je to

ovšem tak, že většinou se klientce v tuto přechodnou dobu „vypomůže“ ze zásob zařízení, které nejsou nevyčerpatelné a vznikají jen tak, že nám nějaké pomůcky „vybudou“ od některé klientky, která nemá tak velkou spotřebu, a nebo se pomůcky berou z jakýchsi bonusů dodavatelských firem. V podstatě sestry musí šetřit na některých klientkách, aby mohly pomoci těm ostatním. Dalším důvodem nedostatku je i situace, kdy klientka má předepsané pomůcky pro I stupeň, její stav se zhorší třeba jen krátkodobě a potřebuje pomůcky pro III. stupeň.

V otázce stanovení individuálního ošetřovatelského inkontinentního plánu naše šetření ukazuje, že většina respondentek je spokojená s poskytovanou péčí, tabulka 3. Jedna klientka uvedla (rozhovor 6), že není vůbec závislá na péči sester v této oblasti, proto nemůže péči hodnotit, ostatní klientky nemají k péči výhrady. Ze šetření vyplývá, že jen tři klientky vůbec nezvládají péči o svou hygienu a výměnu pomůcek, další tři klientky zvládají výměnu pomůcek a intimní hygienu samy nebo s malou dopomocí a jedna klientka zvládne výměnu i hygienu ve dne, ale v noci potřebuje pomoc sestry. Rozsah poskytované hygienické péče odpovídá standardům zařízení, ale je i srovnatelná s péčí, která je uváděná v literatuře, např. Zyková, Svobodová (27, 28).

Z dalšího šetření je jasné, že se potvrzuje tvrzení Topinkové (13) o nižším příjmu tekutin u inkontinentních seniorek. Jen tři dotazované klientky odpověděly (rozhovor 3, 4, 6), že příjem tekutin záměrně nesnižují a dodržují doporučení sester a vypijí za den jeden až dva litry tekutin. Pět klientek uvedlo, že doporučované množství tekutin nevypije a uvádějí důvody, že se bojí více pít, aby nemusely často na WC nebo, aby nebyly často promočeny. Souhlasím tedy s Topinkovou a z mého pohledu je situace taková, že seniorky skutečně omezují tekutiny, ale u všech není objektivně možné toto omezení dokázat. Pokud je klientka soběstačná a její zdravotní stav stabilizovaný, její skutečný příjem není možné přesně zjistit. U klientek, které jsou nesoběstačné v oblasti příjmu tekutin a stravy, se vede záznam o příjmu tekutin a z něj vyplývá, že klientky vypijí doporučované množství jen proto, že jim tekutiny sestry „vnutí“.

Cílem práce bylo i zmapovat jak je v zařízení dodržováno soukromí klientek při vykonávání potřeby, hygieně nebo výměně pomůcek, tabulka 4. Haškovcová s Venglářovou (18, 22) upozorňují a to, že nedostatek soukromí a intimity zhoršuje

psychický stav seniorek. Z našeho šetření vyplývá, že respondentky jsou spokojeny s tím, jak k jejich soukromí přistupují sestry. Většina seniorek udala, že na začátku pobytu jim soukromí scházelo, ale po čase si všechny v podstatě zvykly. Tři klientky udaly, že soukromí je zajištěno dostatečně. Vlastní sociální zařízení na pokoji by chtěly čtyři klientky, jedna vůbec a tři se vyjádřily tak, že by jim zcela neřešilo situaci, protože nejsou plně soběstačné, tabulka 5. Překvapilo mě, jak málo seniorkám záleží na jejich soukromí, klientky na čtyřlůžkových pokojích si na nedostatek soukromí téměř nestěžují a v podstatě se velmi brzy adaptovaly na podmínky v zařízení a nedostatek soukromí není důvodem zhoršení jejich psychického stavu.

Závěrem lze tedy souhlasit se zmiňovanými autory různých výzkumů, že inkontinence seniorkám snižuje kvalitu jejich života, omezuje jejich aktivity, některé seniorky mají problém s dostatkem pomůcek, omezují příjem tekutin, ale netrpí tělesnými potížemi provázející inkontinenci, péče o hygienu je kvalitní, netrpí nedostatkem informací a v Domově pro seniory se adaptovaly většinou tak, že překvapivě ani otázka nedostatku soukromí nezhoršuje jejich pohodu nebo jsou natolik smířené se svojí situací, že ji měnit nechtějí.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problémem močové inkontinence u žen - seniorek. Cílem mé práce bylo zjistit, jak problém inkontinence ovlivňuje psychickou pohodu žen, dále zmapovat jak probíhá ošetrovatelská péče o ženy s problémem inkontinence a zmapovat zda nedostatek informací a pomůcek způsobuje zhoršení psychiky žen trpících inkontinencí.

Na první výzkumnou otázku jakým způsobem se projevuje nedostatek pomůcek na psychický stav seniorek, odpovídaly některé seniorky tak, že mají obavy z promočení prádla, z omezení svých aktivit, ze sociální izolace, ze stálého stresu, že jim pomůcky nevystačí na celé preskripční období, z finanční nákladnosti.

Také odpovědi na druhou výzkumnou otázku týkající se toho, jakým způsobem se projevuje nedostatek informací v souvislosti s inkontinencí na psychický stav seniorek, byly překvapující. Z rozhovorů vyplynulo, že nedostatek informací vůbec klientky nepocítují, všechny udaly, že jsou dostatečně informované a nemají na sestry žádné požadavky, v podstatě o ně nemají zájem. Z rozhovorů ale též vyplývá, že klientky nemají zájem o informace i z důvodu, že si myslí, že problém inkontinence je v jejich věku běžný a nedá se s ním již nic dělat. Dle jejich mínění jsou dostatečně informované. Ovšem sestry nemají dostatek odborných informací, aby je mohly seniorkám předat.

Na třetí výzkumnou otázku, jak probíhá péče o inkontinentní seniorky, lze odpovědět tak, že všechny klientky vyjádřily spokojenost s kvalitou poskytované péče. Co se týká diagnostiky, jsou seniorky vždy vyšetřeny praktickou lékařkou zařízení a v současné době již i odborným lékařem. Specialisté však seniorkám nabízejí pouze medikamentózní a kompenzační léčbu. Nejlepších výsledků je dosaženo u seniorek, které kombinují farmakologickou léčbu s nácvikem pravidelného močení. Pánevní gymnastika se jako léčebná metoda neosvědčila, protože seniorky jí nedůvěřují a zároveň nejsou ochotné spolupracovat, z důvodu věku či jiných zdravotních obtíží. Psychoterapii jako léčebnou metodu není možné v zařízení ověřit, protože do Domova pro seniory v současné době psychoterapeut nedochází. V zařízení se používají pro

zhodnocení soběstačnosti klientek testy. Na základě těchto testů je nastaven u každé klientky individuální plán péče, který vychází ze skutečných potřeb klientky.

Poslední výzkumná otázka se týkala toho, jak je zajištěno soukromí seniorek při hygieně. Bylo zjištěno, že seniorky jsou spokojené s prací sester a ostatních pracovníků, k jejich práci neměly seniorky žádné větší výhrady. Nespokojenost však vyjádřily s tím, že do pokojů vcházejí nekontrolovatelně demenční klientky nebo i návštěvy a narušují soukromí seniorek. Většina respondentek by přivítala možnost vlastního sociálního zázemí, a to i ty seniorky, které jsou závislé na pomoci ostatních. Z šetření však jednoznačně nevyplývalo, že by klientkám v zařízení soukromí chybělo. Souvisí to zřejmě se schopností se adaptovat danému prostředí a hledat kompromisy.

Výsledky šetření budou použity pro vytvoření nového edukačního plánu pro všeobecné sestry pracující v Domově pro seniory, protože bylo prokázáno, že sestry nemají dostatečné odborné znalosti v oblasti inkontinence moče, nemohou seniorkám nabízet dostatek možností v diagnostice i léčbě. Současně bude šetření sloužit i pro vytvoření edukačního plánu pro klientky zařízení pro další rozšíření informací o problému inkontinence.

7 Seznam použitých zdrojů

1. KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, I. HOLMEROVÁ, P. WEBER a KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
2. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
3. KRAHULEC, P. Prevence inkontinence a fyzioterapeutické možnosti ovlivnění inkontinence moči u žen. *Ošetrovatelská péče*. Brno: Siviliana, 2011, č. 2, s. 12-14. ISSN-neuvedeno.
4. TOPINKOVÁ, E. Inkontinence jako výzva pro kvalitu péče ve stáří. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, 2010, č. 18, s. 18-20. ISSN 0044-1996.
5. TOPINKOVÁ, E. Možnosti léčby močové inkontinence u seniorů. *Sociální péče*. Brno: Ikaria, 2009. ISSN 1213-2330.
6. MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči a její medikamentózní léčba*. 2. vydání. Praha: Jesenius Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
7. WORKMAN, B. A. a BENNETT, C. L.. *Klíčové dovednosti sester*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.
8. ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
9. KLEČKA, J. Neurogení močový měchýř ve zkratce. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, 2011, č. 10, s. 21-22. ISSN 0044-1996.
10. Inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2005, č. 7-8, s. 15. ISSN 1210-040.
11. DULOVÁ, M. a EIMUTOVÁ, E. Stresová inkontinence – diagnostika. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2005, č. 4, s. 42. ISSN 1210-0404.
12. APPELTOVÁ, M. Inkontinence a senioři, *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2009, č. 6, s. 18-21. ISSN 1801-1349.
13. TOPINKOVÁ, E. Problém, o němž se (ne)mluví. *Sociální péče*. Brno: Ikaria, 2006, č. 1, s. 26-29. ISSN 1213-2330.
14. METODIKA k Číselníku VZP 810-ZP, ZP skupina 02, platnost od 1. 7. 2011
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0.

16. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., a BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1151- 6.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-774-4.
18. LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vydání, Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-87109-19-9.
20. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
21. KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví*. JCU v Českých Budějovicích: Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.
22. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
23. PAPRŠTEINOVÁ, M. a CHLOUBOVÁ, H. Psychosociální problematika inkontinentních senierek. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2006, č. 4, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
24. KUČERA, Z., TOPINKOVÁ, E. a JURÁSKOVÁ, D. Inkontinence v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, č. 2, s. 66-67. ISSN 1210-0404.
25. KLEVETOVÁ, D. Senioři a inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2005, č. 7-8, s. 10. ISSN 1210-0404.
26. ŠIMŮNKOVÁ, M. Inkontinence-poslední tabu. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2008, č. 20, s. 16-18. ISSN 0044-1996.
27. ZÝKOVÁ, S. Inkontinence-neschopnost udržet moč. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, č. 2, s. 63-65. ISSN 1210-0404.
28. HEJZLAROVÁ a SVOBODOVÁ. Péče o klienta s inkontinencí. *Česká asociace sester*, [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: databáze ČAS
29. STAŇKOVÁ, G. a KOVAŘÍKOVÁ, A. Edukace ženy se stresovou inkontinencí moče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, č. 2, s. 73-75. ISSN 1210-0404.

30. HORČIČKA, L. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, č. 2, s. 67-68. ISSN 1210-0404.
31. VELIČKINOVÁ, H. Inkontinence moči u seniorů. *Sociální péče*. Brno: Ikaria, 2004, č. 3, s. 7-8. ISSN 1213-2330.
32. JOHNOVÁ, M. Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. *Rezidenční péče*. Praha: Marcom, 2006, č. 3. ISSN1801-8718.

8 Přílohy

Příloha 1 - Otázky k rozhovorům s klientkami.
Otázky k rozhovorům se sestrami.

Příloha 2 - Vyšetřovací metody

Příloha 3 - Přehled pomůcek pro inkontinenci

Otázky k rozhovorům s klientkami:

Kdy jste si uvědomila svůj problém s inkontinencí?

Kdo Vám nabídl řešení?

Jakým způsobem Vás sestry informují ohledně Vašeho problému?

Rozumíte informacím, které dostáváte?

Máte pocit, že nedostatek informací a pomůcek zhoršuje Vaši pohodu, jak se to projevuje?

V jakých oblastech Vás inkontinence omezuje?

Co by měla sestra udělat, aby se zlepšil Váš psychický stav?

Co Vás ještě trápí v souvislosti s inkontinencí?

Jakým způsobem probíhá péče o Vaši hygienu?

Jakým způsobem je zajištěno soukromí při vykonávání hygieny

Co byste chtěla zlepšit v oblasti hygieny a zajištění soukromí?

Otázky k rozhovorům se sestrami:

Kde jste získala informace o inkontinenci?

Jak sdělujete informace klientkám, rozumí Vašim informacím, nevádí Vám ptát se klientek na intimní otázky?

Jak vysvětlíte seniorkám příčiny a možnosti léčby a předepisování pomůcek?

Jakým způsobem zjistíte, že se zhoršuje psychický stav klientky v souvislosti s inkontinencí?

V jakých oblastech jsou klientky omezené v souvislosti s inkontinencí?

Co byste klientce nabídla pro zlepšení psychického stavu?

Jak poskytujete péči inkontinentní klientce?

Jakým způsobem zajistíte soukromí při hygieně?

Co byste zlepšila v oblasti hygieny a zajištění soukromí pro inkontinentní klientky?

Vyšetřovací metody:

Marshallův test - měchýř se naplní 200 ml sterilní tekutiny, pacientce se stresovou inkontinencí při zakašlání odtéká moč, jestliže se dvěma prsty vyzdvihne parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak při zakašlání moč neodtéká.

Q-tip test - umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede navlhčená vatová štětička či pevná cévka, pacientka zatlačí a při uvolněním uretrovezikálním spojení štětička či cévka opisují polokruh směrem vzhůru. Exkurze štětičky či cévky o více než 30 stupňů se považuje za patologickou.

Pad-weight test - test vážení vložek, určuje ztrátu moči vážením vložek či plen před standardními aktivitami a po nich. Jedn hodinový test začíná zvážením vložek či plen a pak následuje:

1. zvážené pleny či vložky jsou vloženy do nepropustných spodních kalhotek
2. klientka vypije 500 ml tekutiny v krátkém časovém intervalu (max. 15 min.) v sedě a v klidu
3. 30 minut chodí, včetně vystupování na schody, pak následuje během 15 min.:
 - stoj ze sedu – 10x
 - kašel – 10x
 - běh na místě – 1 min.
 - ohnout se a zvednout malý předmět z podlahy – 5x
 - umýt si ruce v proudící vodě – 1 min.
4. po ukončení testu jsou pleny či vložky zváženy
5. z nárůstu váhy je provedeno vyhodnocení testu.

Klasifikace testu:

1. ztráta moči méně než 2g/h – nejde o inkontinenci
2. ztráta moči 2-10 g/h – mírná ztráta moči
3. ztráta moči 10-50 g/h – hojná ztráta moči
4. ztráta moči více než 50 g/h – velmi hojná ztráta moči.

Kromě jedn hodinového testu jsou ještě používány:

1. 48 hodinový test kontrolovaný klientkou doma i při činnostech
2. 40minutový test, který zahrnuje aktivity z jednohodinového testu, ale je modifikovaný tak, že před začátkem tohoto testu je močový měchýř plněn na 75% maximální kapacity.

Při srovnávání průkaznosti těchto testů byl únik moči zachycen u:

- 48hodinového testu v 81 %
- 40minutového testu v 77 %
- 1hodinového testu v 48 %

Zdroj: MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči a její medikamentózní léčba*. 2. Vydání. Praha: Jesenius Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.

PŘEHLED POMŮCEK PRO INKONTINENCI

Stupeň inkontinence	Druh pomůcky	Způsob úhrady pojišťovnou
Stupeň inkontinence 1 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je nepravděelné ztráty moči při stresových manévrech jsou menší než 30 ml únik moči při kašli, smích, kýchnutí, zvedání těžkých předmětů 	Vložky pro inkontinenci <ul style="list-style-type: none"> pro ženy liší se svými rozměry a sací schopností povrch zůstává suchý, jsou vybaveny protiprachovým absorbentem Absorpční kolektory <ul style="list-style-type: none"> pro muže forma inkontinentní vložky přizpůsobená anatomickým poměrům muže 	max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 550 Kč
Stupeň inkontinence 2 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je nutné při každém stresovém manévru ztráty moči při stresovém manévru jsou mezi 30–80 ml k úniku dochází při změně polohy, při běhu, při chůzi do schodů, při lehké fyzické práci 	Vložné pleny <ul style="list-style-type: none"> větší tvatované vložné pleny vhodné pro chodící pacienty Kondomové urinály <ul style="list-style-type: none"> Jde o kondomy opatřené předřzným lepícím páskem, který udrží urinál na správném místě. Urinál se připojí na močový sáček, který může mít různý objem, což je důležité z hlediska diskrétnosti. Sáček si pomocí předřzných suchých zipů pacient přifixuje na lýtko či stehno. Urinály jsou dodávány o různých průměrech. Lze je užit i u ležících pacientů a napojit na velký sběrný sáček. Pacienta je nutné poučit o správné hygieně (jeden urinál na jeden den). Fixační prádlo <ul style="list-style-type: none"> Je vyrobeno z pružného úpletu – síťoviny nebo z lycry – a slouží k pohodlnému uchycení ochranné pomůcky (vložky, pleny, kolektoru), je různé velikosti, lze je prát. Pouze užívá-li klient pleny nebo vložky. 	max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 900 Kč Kondomy urinální <ul style="list-style-type: none"> max. 30 ks/měsíčně, nejvýše do 900 Kč Sáčky sběrné urinální <ul style="list-style-type: none"> max. 10 ks/měsíčně, nejvýše do 600 Kč max. 24 ks ročně, nejvýše do 190 Kč – síťované max. 2 ks s lycrou ročně, nejvýše do 190 Kč
Stupeň inkontinence 3 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je trvalou nutností ztráty při stresových manévrech jsou větší než 80 ml únik moči nastává při minimálním vzestupu nitrobršního tlaku moč uniká prakticky trvale 	Plenkové kalhotky <ul style="list-style-type: none"> můžeme rozlišit dle velikosti i absorpce TYP 1 <ul style="list-style-type: none"> je na bocích opatřen lepícími pásky a je vhodný u ležících pacientů TYP 2 <ul style="list-style-type: none"> je opatřen pružným pasem je vhodný zejména pro mobilní pacienty pacientům se s nimi lépe manipuluje 	max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 1400 Kč

Zdroj: APPELTOVÁ, M. Inkontinence a senioři, *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2009, č. 6, s. 18-21. ISSN 1801-1349.

