

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Tereza Brychová, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Tereza Brychová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROZVOJ INKONTINENCE MOČE PO VAGINÁLNÍM
PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 03. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům ÚPMD Podolí za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Brychová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Rozvoj inkontinence moče po vaginálním porodu

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 10

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: stresová inkontinence, vaginální porod, pánevní dno, cviky na posílení pánevního dna

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou rozvoje močové inkontinence po vaginálním porodu. V teoretické části práce jsem se věnovala anatomii pánevního dna, rozdělení močové inkontinence, její diagnostice a léčbě. Dále jsem popsala mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. Samostatnou kapitolu jsem věnovala roli všeobecné sestry v péči o pacientku s močovou inkontinencí. Poslední kapitola teoretické části pojednává o psychologických aspektech ošetrovatelské péče pacientek s močovou inkontinencí. Všechny získané informace jsem čerpala z odborné literatury a internetových zdrojů.

V praktické části jsem metodou kvalitativního výzkumu analyzovala tři případové studie u záměrně vybraných pacientek. Vybrala jsem si typické případy, u kterých se po porodu rozvinula močová inkontinence. Do jednotlivých kazuistik jsem zahrнула rozhovory s pacientkami, ošetrovatelský a edukační plán. V závěru práce shrnuji výsledky, které jsem získala analýzou jednotlivých případových studií. Rovněž zde uvádím doporučení pro praxi.

Annotation

Surname and name: Brychová Tereza

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The development of urinary incontinence after vaginal delivery

Consultant: PhDr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 10

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 22

Keywords: stress incontinence, vaginal delivery, pelvic floor, exercises to strengthen the pelvic floor muscles

Summary:

This bachelor thesis deals with the development of urinary incontinence following a vaginal delivery. In the theoretical part of my thesis, I studied the pelvic floor anatomy, types of urinary incontinence, its diagnosis and treatment. I also described the mechanism of pelvic floor damage during vaginal delivery. A separate chapter was dedicated to the role of a nurse in the healthcare of a patient with urinary incontinence. The last chapter of the theoretical part deals with the psychological aspects of nursing care of patients with urinary incontinence. All the information was obtained either from literature or internet sources.

In the practical part, I have analyzed the three case studies with purposely selected patients by the method of qualitative research. I chose typical cases in which urinary incontinence developed following a delivery. I included interviews with patients, a nursing and educational plan in the case studies. I summarize the results I obtained by analyzing individual case studies at the end of my thesis. There I also provide a reader with practical recommendations.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA	10
1.1 Diafragma pelvis	10
1.2 Diafragma urogenitale	10
1.3 Pojivový systém	11
1.4 Závěsný aparát pochvy	11
2 INKONTINENCE	13
2.1 Dělení močové inkontinence	13
2.1.1 Stresová inkontinence.....	13
2.1.2 Urgentní močová inkontinence.....	14
2.1.3 Reflexní inkontinence	14
2.1.4 Inkontinence z přetékání.....	14
2.2 Diagnostika močové inkontinence.....	14
2.2.1 Klinické testy	15
2.2.2 Urodynamické vyšetřovací metody a zobrazovací metody.....	15
2.2.3 Klinické testy a jiná vyšetření prováděna na urogynekologii ÚPMD Podolí	16
2.3 Léčba močové inkontinence	16
2.3.1 Posílení svalů pánevního dna	17
2.3.2 Medikamentózní léčba.....	18
2.3.3 Chirurgická léčba.....	18
3 MECHANISMUS POŠKOZENÍ PÁNEVNÍHO DNA PŘI VAGINÁLNÍM PORODU..	20
3.1.1 Poranění svaloviny	20
3.1.2 Poranění závěsného aparátu.....	20
4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTKY S MOČOVOU	
INKONTINENCÍ V ÚPMD PODOLÍ	22
4.1 Průběh vyšetření ve speciální urologické ambulanci ÚPMD	22
4.2 Péče o pacientku před a po urogynekologické operaci	23
4.3 Edukace.....	23
5 KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ.....	25
5.1 Dotazníky hodnotící kvalitu života žen s močovou inkontinencí.....	25

PRAKTICKÁ ČÁST	26
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	26
6.1 Formulace problému	26
6.2 Cíl výzkumu.....	26
6.2.1 Dílčí cíle	26
6.2.2 Výzkumné otázky	27
6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky	27
6.3.1 Metoda	27
6.4 Výběr případu	27
6.5 Způsob získávání informací.....	28
6.6 Organizace výzkumu	28
6.7 Použití modelu funkčního zdraví Majory Gordonové	28
7 KAZUISTIKY	30
7.1 Kazuistika č. 1.....	30
7.2 Kazuistika č. 2.....	37
7.3 Kazuistika č. 3.....	48
8 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	59
9 DISKUZE	62
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	66
SEZNAM TABULEK	68
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Vliv vaginálního porodu na rozvoj inkontinence moče je v současné době hlavním tématem uro-gynekologie. Se stoupajícím věkem prvorodiček se zvyšují i komplikace v průběhu těhotenství a porodu. Mezi rizikové faktory patří vyšší hmotnost plodu, již zmiňovaný vyšší věk rodiček, prodloužená II. doba porodní, vedení porodu per forcipem nebo velké porodní poranění. Některé studie uvádí, že na celém světě trpí určitou formou močové inkontinence až polovina ženské populace. Jedná se tedy o obrovský celosvětový problém. V ČR trpí některou z forem močové inkontinence asi 510 000 žen. Močová inkontinence má také dopady v oblasti sociálně – psychologické. Bohužel je stále toto téma mezi veřejností tabu. Mnoho žen se za své potíže stydí a váhají s návštěvou lékaře. Do speciálních poraden se dostane pouze tzv. „špička ledovce.“ Toto onemocnění má negativní vliv na celkovou kvalitu života žen trpících močovou inkontinencí. Zde vidíme velký prostor pro práci všeobecné sestry/porodní asistentky v primární péči.

Téma rozvoje močové inkontinence po vaginálním porodu nás zaujalo svou aktuálností a rostoucí prevalencí. Jenom v Praze jsou čtyři odborná uro-gynekologická centra, která potvrzují závažnost této problematiky. Hlavním cílem naší práce bylo zjistit jaký je vliv vaginálního porodu na následný rozvoj močové inkontinence. Z tohoto cíle jsme vycházeli při stanovování dílčích cílů.

V teoretické části naší práce jsme popsali anatomickou stavbu pánevního dna, typy močové inkontinence a její léčbu, mechanismus poranění pánevního dna vlivem vaginálního porodu, psycho – sociální aspekty onemocnění a úlohu sestry v ošetrovatelském procesu. Prostřednictvím rozhovorů s vybranými pacientkami a důkladným rozborem anamnézy jsme se snažili nalézt společné rysy, které vyústily v rozvoj močové inkontinence. Dále jsme sledovali průběh porodu, jeho vedení a porodní mechanismus. Důležitá pro nás byla také váha a míra plodu a rozsah porodního poranění. V rámci našeho doporučení pro praxi jsme se pokusili navrhnout leták pro ženy, který by informoval o rizicích vzniku inkontinence moči po vaginálním porodu, o možnostech prevence a léčby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA

Svalové dno pánevní tvoří dvě samostatné funkční jednotky – diafragma pelvis a diafragma urogenitale. Každá funkční jednotka má svou speciální funkci a liší se inervací. Jejich vzájemnou spoluprací vzniká svěračový aparát, který zajišťuje kontinenci a rovněž umožňuje maximální dilataci porodních cest při porodu. Tyto dva funkční celky se stýkají v tzv. centrum perineale, hlavním bodě svalového dna pánevního (Krhovský, 2011 s. 379).

1.1 Diafragma pelvis

Diafragma pelvis má tvar ploché nálevky, kterou prochází v zadní části konečník a v přední části hiatus urogenitalis, jímž prochází pochva a uretra. Uprostřed, mezi konečníkem a pochvou se nachází svalově vazivový uzel – centrum perineale. Diafragma pelvis je tvořena m.coccygeus a m. levator ani. Součástí m. levator ani je m. urogenitalis, který obsahuje několik funkčních svalových částí. Nejdůležitější je m. puborectalis, který obkružuje anus. Jeho funkcí je podpora orgánů procházejících diafragmou skrze hiatus levator ani. Při jeho poklesu se hiatus otevírá a stoupá riziko descenzu pánevních orgánů. Inervace levatoru ani je zajištěna z pudendálního nervu (Krhovský, 2011 s. 380-382; Martan, 2011,2013 s. 13).

1.2 Diafragma urogenitale

Diafragma urogenitale má tvar trojúhelníku, který je rozepjat mezi symfýzou a kostmi sedacími. Fixována je v perineu a mezi jejími listy je vrstva příčně pruhovaných svalových vláken m. compressor urethrae a m. sphincter urethrovaginalis. K zajištění močové kontinence je nesmírně důležitý vzájemný vztah mezi diafragma pelvis a diafragma urogenitale. Jejich svalová vlákna tvoří v oblasti hiatus urogenitalis vzájemně se křížící, protisměrné svalové smyčky. Rozlišujeme dvě svalové smyčky – pubouretrální smyčku a smyčku z diafragma urogenitale. Tyto smyčky jsou navzájem spojeny vazivovou strukturou přední stěny pochvy – hamaky. Pubouretrální smyčka je vystavena v průběhu života trvalému tlaku, který způsobuje vzpřímená poloha člověka a také maximální

dilatace porodních cest u žen. To má za následek distenzi hamaky a celého závěsného aparátu dělohy a pochvy (Krhovský, 2011 s. 382-383; Martan, 2011,2013 s. 13-14).

1.3 Pojivový systém

Klíčovou pánevní strukturou, která připojuje pánevní orgány k pánevní stěně je endopelvicí fascie (EF). Vytváří elastický skelet, který fixuje pánevní orgány ke kostěnému skeletu. Elastický skelet EF je tvořen sítí vzájemně propletených kolagenních a elastických vláken, která jsou zpevněna hladkými svalovými buňkami a fibroblasty. Neustále probíhá proces přestavby, která je velmi citlivá na hormonální hladiny. Důležitá je vzájemná spolupráce mezi svalovým pánevním dnem a strukturami EF. Svalové dno pánevní zajišťuje elastickou podporu, ligamenta EF vytvářejí závěs pánevních orgánů. Pojivový systém je nejzranitelnější strukturou pánevního dna. K jeho poranění nejčastěji dochází při porodu. Poškozením pojivového aparátu dochází ke zborcení anatomické konstrukce. Důsledkem je narušení vektorů normálních kontrakcí a vzniká dysfunkce tělesných rezervoárů a jejich vývodů. Toto doprovází řada příznaků, jako jsou inkontinence moči, stolice, prolaps pánevního dna atd. (Krhovský, 2011 s. 383).

1.4 Závěsný aparát pochvy

Ústředním orgánem ženské pánve je pochva. „*Její závěsný aparát (paracolpium) rozděluje malou pánev na přední a zadní kompartment*“ (Krhovský, 2011 s. 383). Přední stěna pochvy tvoří podporu pro močový měchýř a uretru, zadní stěna pochvy je oporou pro rektum. Pochvu také můžeme chápat jako elastickou membránu, která se podílí na správné funkci pánevního dna. Závěsný aparát pochvy má tři etáže (Krhovský, 2011 s. 383).

První etáž – Level I

Horní konec vagíny je připevněn k cervikálnímu prstenci. Cervikální prstencem s horní třetinou pochvy jsou zavěšeny pomocí komplexu uterosakrálních a kardinálních ligament do sakropelvicího zkloubení. Pochva je tímto způsobem elasticky fixována v podélné ose (Krhovský, 2011 s. 383). Defekt na tomto levelu vyvolá pokles apexu pochvy nebo sestup dělohy (Martan, 2011,2013 s. 14).

Druhá etáž – Level II

Pubocervikální a retrovaginální fascie fixují v příčném směru střední část pochvy k bočním stěnám malé pánve. Splynutím těchto fascií vzniká základní nosná struktura – arcus tendineus fasciae pelvis (Krhovský, 2011 s. 383). Při defektu závěsu vzniká paravaginální defekt (PVD), který se klinicky projeví trakční cystokélou. Dojde-li k defektu fixace předních rohů poševních, naruší se podpora uretry s následnou hypermobilitou uretrovezikální junkce (UVJ). To může být příčinou vzniku stresové inkontinence moči. Rektokéla vzniká při defektu vazů kotvících zadní rohy poševní k m. levator ani (Martan, 2011,2013 s. 14).

Třetí etáž – Level III

Hiatus urogenitalis kopíruje úpon distální části pochvy, která je přímo spojena s okolními orgány. Pochva je pevně spojena s perineální membránou, která se spojuje v pevné centrum tendineum perinei. Pochva má tvar písmene U v úrovni ostium vaginae. Dojde-li k defektu centrum tendineum, rozvine se tzv. distální typ rektokély (Krhovský, 2011 s. 383; Martan, 2011,2013 s. 15).

V tzv. Integrální teorii z roku 1990 se uvádí: „*Mikční a rektální dysfunkce u žen mají svůj původ hlavně v poškození závěsného a podpůrného pojivového aparátu vagíny, a ne v samotném močovém měchýři nebo rektu*“ (Krhovský, 2011 s. 384). V současné době je tato teorie nejpropracovanějším zdrojem informací týkajících se močových a rektálních dysfunkcí. Dle této teorie existuje 9 stěžejních struktur endopelvicke fascie ve kterých může dojít k defektům. Autory jsou prof. Peter Papa Petros a prof. Ulf Ulmsten (Krhovský, 2011 s. 383-384).

2 INKONTINENCE

Močová inkontinence je závažný stav, při kterém dochází k mimovolnému úniku moče. Jedná se o sociální a hygienický problém, který je objektivně prokazatelný. Inkontinence je symptom, který postihuje až polovinu žen v populaci, u kterých dochází v souvislosti s močovou inkontinencí k výraznému snížení kvality života. Bohužel i dnes je močová inkontinence u mnoha žen nediodnostikována a tudíž neléčena. Hlavní roli tady může hrát stud žen postižených močovou inkontinencí a také špatná informovanost o dostupné léčbě (Alušíková, 2016 s. 1).

2.1 Dělení močové inkontinence

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ISC) rozděluje ženskou močovou inkontinenci na dvě skupiny. První skupinu tvoří tzv. uretrální inkontinence, při které dochází k mimovolnému úniku moče uretrou. Druhou, podstatně menší skupinu tvoří tzv. extrauretrální inkontinence, kterou dále dělíme na vrozenou a získanou formu. Do uretrální močové inkontinence řadíme stresovou inkontinenci, urgentní močovou inkontinenci, reflexní inkontinenci a inkontinenci z přetékání (overflow). Uvádí se, že polovinu všech inkontinencí představuje čistá stresová inkontinence, 20% tvoří stresová inkontinence v kombinaci s urgentní (smíšená inkontinence) a 30% představuje čistá urgentní inkontinence (Alušíková, 2016 s. 1).

2.1.1 Stresová inkontinence

Medicínský stav, při kterém dochází k mimovolnému úniku moči při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku (při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkého břemene). Většinou se jedná o malé množství moče. U zdravé, kontinentní ženy je tlak v uretře (jak v klidu, tak i při stresu) vždy vyšší než tlak v močovém měchýři. Naproti tomu, u inkontinence dochází k obrácení tlakového gradientu. Dle závažnosti dělíme stresovou inkontinenci na tři stupně. Při prvním stupni dochází k úniku moči při náhlém intraabdominálního tlaku (smích, kašel, skok atd.). Druhý stupeň představuje únik moče během vykonávání běžných denních činností (změna pozice, chůze atd.). Třetí stupeň je únik moče v klidu (v leže na lůžku). Stresová inkontinence je nejčastějším typem a její etiologie je velmi různorodá (vaginální porod, stárnutí, genetické dispozice, obezita, chronický kašel atd.) (Dvořáčková, 2009 s. 56; Marada, 2008 s. 9).

2.1.2 Urgentní močová inkontinence

Charakteristickým projevem urgentní močové inkontinence je náhlé intenzivní nucení na močení a mimovolný únik většího množství moče. Postižená osoba trpí obavou, že se nedostane včas na toaletu. Také nutková potřeba močit probouzí ženu několikrát během noci. Jedná se o únik moči, který je způsoben nedostatečnou koordinací impulsů mozku a činností močového měchýře. Mezi nejčastější příčiny patří infekce močových cest, zúžení močové trubice, divertikl močové trubice, nádory měchýře, močové kameny, diabetes a degenerativní onemocnění centrálního nervového systému. Tato forma močové inkontinence je druhým nejčastějším typem a týká se především starších žen (Dvořáčková, 2009 s. 56; Slíva, 2008 s. 24).

2.1.3 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinenci musíme chápat jako symptom neurologického onemocnění nebo poranění mozku či míchy. Močový měchýř se vyprazdňuje reflexně, zcela neočekávaně bez pocitu na močení (Alušíková, 2016 s. 1).

2.1.4 Inkontinence z přetékání

Tento typ inkontinence charakterizuje stav, kdy se močový měchýř nedokáže zcela vyprázdnit. Je způsobena získanou slabostí svaloviny močového měchýře. Mezi příčiny patří zúžená močová trubice nebo prolaps dělohy a poševních stěn (Dvořáčková, 2009 s. 57).

2.2 Diagnostika močové inkontinence

Cílem vyšetřovacích metod je objektivně potvrdit únik moči, odhalit příčinu, typ a stupeň inkontinence. Základem diagnostiky je dobrá anamnéza pacienta. Obvykle začínáme rodinnou anamnézou, dále následuje anamnéza osobní a gynekologicko-porodnická. Součástí anamnézy je mikční deník, do kterého si pacientky zapisují množství a frekvenci přijatých tekutin a množství a frekvenci výdeje moči, s možnou inkontinencí. Následuje fyzikální vyšetření, které zahrnuje kontrolu zevního genitálu, svalového tonu malé pánve, zjišťuje pooperační a post radiační změny v malé pánvi, dále obsahuje základní neurologická vyšetření (zjištění kožního cití v oblasti perinea a uretry, anální tonus, anální reflex, bulbokavernózní reflex a schopnost volní aktivity stahu análního svěrače) (Staněk, 2010 s. 41).

2.2.1 Klinické testy

Marshallův test – po naplnění močového měchýře sterilní tekutinou se pacientka postaví a po zakašlání se kontroluje případný únik moči.

Bonneyův test – následuje po Marshallově testu a spočívá v nazdvihnutí parauretrální tkáně v místě krčku močového měchýře – při kašli moč odtékat nebude.

Q-tip test – vypovídá o mobilitě uretrovezikálního spojení. Provádí se navlhčenou vatovou štětičkou, která se zavede do uretry. Jakmile pacientka zatlačí, vatová štětička začne opisovat polokruh směrem vzhůru. Pozitivní test je při pohybu štětičky o více než 30 stupňů.

Cough test (kašlací test) – slouží k objektivnímu zhodnocení. Po naplnění močového měchýře 300ml sterilní tekutinou, pacientka zakašle a lékař sleduje únik moče. Test je pozitivní při jakémkoliv úniku moči.

Pad-weight test (PWT) – test vážení vložek. Test trvá 1 hodinu a je doporučen organizací ICS. Spočívá ve vážení vložek před běžnými aktivitami a po nich. Na začátku testu pacientka vypije 500 ml tekutiny, následuje 30 min. chůze (včetně výstupu do schodů). Dále během 15 min. pacientka provede stoj ze sedu – 10x, zakašle – 10x, běhá na místě 1 min., ohne se a zvedne malý předmět – 5x, a umyje si ruce v proudící vodě 1 min. Při ztrátě moči nad 2 g je test pozitivní (Martan, 2013 s. 41).

2.2.2 Urodynamické vyšetřovací metody a zobrazovací metody

Urodynamika je metoda, která slouží k přesnému určení typu inkontinence. Soustředíme se na kapacitu močového měchýře, tlak v močovém měchýři a v uretře v průběhu plnění a během vytahování katetru z měchýře, a na rychlost proudu moči. Mezi urodynamická vyšetření řadíme cystometrii, uretrální tlakový profil, uroflowmetrii. Před každou plánovanou operací z důvodu močové inkontinence je nutné vždy provést urodynamické vyšetření (Alušíková, 2016 s. 1).

Cystometrie – měří vztah mezi tlakem a objemem v močovém měchýři.

Uretrální tlakový profil – jde o dynamické vyšetření, kdy pacientka opakovaně kašle. Pokud tlak v močovém měchýři převyší intrauterální tlak, lze potvrdit diagnózu stresové inkontinence.

Uroflowmetrie – hodnotí se tok moči, který může být kontinuální nebo intermitentní (Martan, 2013 s. 42-43).

Pomocí ultrazvukového vyšetření můžeme vyšetřit uložení hrdla močového měchýře a uretry. Doplnuje urodynamické vyšetření a taktéž se provádí před každou plánovanou operací pro močovou inkontinenci (Alušíková, 2016 s. 1).

2.2.3 Klinické testy a jiná vyšetření prováděná na urogynekologii ÚPMD Podolí

Svou bakalářskou práci jsem psala ve spolupráci se specializovanou urogynekologickou ambulancí v ÚPMD Podolí, která zkoumá vliv porodu na pánevní dno a následný rozvoj inkontinence moči. Tato specializovaná urogynekologická ambulance začala s výzkumem v roce 2011 a má vypracovaný svůj specifický systém vyšetření a následné vyhodnocení získaných dat. Provádí se zde sběr dat z porodu, ultrazvukové vyšetření, kde se hodnotí POP-Q skóre a určení oxford skóre.

Dotazník PISQ 12 – hodnotí sexuální kvalitu života

Dotazník ICIQ-SF – hodnotí případné potíže s inkontinencí moče

POP Q skóre – diagnostika sestupu přední a zadní poševní stěny a hrdla děložního. Vyšetření se provádí za pomoci gynekologických zrcadel a prolaps se hodnotí pomocí standardního systému ve vztahu k hymenálnímu okraji.

Oxford skóre – posuzuje kvalitu svalů pánevního dna. Hodnotí se síla kontrakce svalů proti digitální kontrole. To v praxi znamená, že pomocí prstu zavedeného do pochvy vypalpujeme sval na levé straně pochvy (hodnotí se objem a symetrie svalu). Poté je pacientka vyzvána, aby prst sevřela, a hodnotí se kontraktilita svalu. To samé provedeme na straně pravé. Kontrakční sílu lze hodnotit 4 stupni.

2.3 Léčba močové inkontinence

Léčbu močové inkontinence rozdělujeme na konzervativní a chirurgickou. Mezi konzervativní metody zahrnujeme cviky na posílení pánevního dna – Kegelovy cviky, elektrostimulace, aplikace estrogenu a další medikamentózní léčbu. Konzervativní léčbu volíme při lehkých stupních močové inkontinence, nebo tam, kde není vhodná chirurgická léčba (např. ženy v produktivním věku) (Alušíková, 2016 s. 1).

2.3.1 Posílení svalů pánevního dna

Kegelovy cviky – soubor po sobě následujících cviků, které způsobují změnu tlaku v uretře a pochvě během kontrakcí svalů pánevního dna. Cvičení je účinné za předpokladu, že ho žena provádí technicky správně nejméně po dobu 6-8 týdnů. Nejlepších výsledků ženy dosahují pod vedením zkušeného fyzioterapeuta (Alušíková, 2016 s. 1).

Vojtova metoda – reflexní lokomoce – je základem Vojtovy terapie. Aktivuje se ze tří základních poloh – poloha na břiše, na zádech a na boku. V léčbě močové inkontinence se používá především metoda reflexního plazení. Tento pohyb má za cíl aktivovat mechanismy potřebné k opoře, úchopu, vzpřímení a chůze, dále aktivace dýchacího a břišního svalstva, svalstva pánevního dna a svěrače močového měchýře a konečníku. Kontraindikace Vojtovy metody jsou těhotenství, některé srdeční a svalové choroby, osteoporóza a akutní horečnaté onemocnění a zánětlivé procesy [RL-CORPUS Metoda V. Vojty, 2018-11-01].

Elektrostimulace – využívá se nepřímá neurostimulace svalů pánevního dna. V ÚPMD Podolí se provádí na přístroji Biocon-2000W. Jedná se o neinvazivní, bezbolestné posílení pánevního dna. Tato terapie se využívá v případech, kdy během klinického vyšetření byla u pacientky zjištěna nulová nebo minimální kontrakční schopnost pánevního dna. Dále se využívá v případech diagnostikované urgentní a smíšené formy močové inkontinence. Rozdíl v léčbě stresové a urgentní inkontinence je v použité frekvenci. Použitím 10 Hz u pacientek se stresovou inkontinencí dosáhneme aktivace pomalých svalových vláken v uretrální svalovině. Vyšší frekvence kolem 50 Hz stimuluje rychle reagující svalová vlákna pánevního dna. Svalovina pánevního dna reaguje na široké rozmezí frekvenčních vln, neboť sestává z obou typů svaloviny. Doba jedné terapie je dvacet minut. Bohužel tuto lékařskou proceduru pojišťovna neproplácí. Jedna terapie vyjde pacientku na 250 Kč. Kontraindikace elektrostimulace jsou menstruace a intermenstruační krvácení, těhotenství, poruchy srdečního rytmu (pace-maker), uterus myomatosus crescens, kolpitida, infekce močových cest a retence, urogenitální pístěl. Efektivita elektroterapie vykazuje obdobné výsledky jako fyzioterapie. U stresové inkontinence je předpokládaný výsledek terapie 50%. U pacientek s urgentní nebo smíšenou inkontinencí moče je úspěšnost terapie kolem 75% (Krofta, 2003 s. 855).

Vaginální kónusy – tato metoda byla zavedena v roce 1985 Plevnikem a je založena na faktu, že závaží ve tvaru kónusu zavedené do pochvy zvyšuje reflektorický

tonus pánevního dna. V praxi se nejčastěji používá set o pěti kónusech o váze 20-70 g. Tento způsob tréninku se používá za předpokladu, že je žena schopna udržet v pochvě nejlehčí kónus ze sady. V opačném případě se začíná se cviky na posílení pánevního dna. Dále je důležité správné uložení kónusu – musí být zasunut hluboko do pochvy. Nelze použít u pacientek s krátkou pochvou a u pacientek s pokročilým sestupem poševních stěn. Nejlepších úspěchů se dosahuje u žen, které mají stresovou inkontinenci I. a II. stupně (úspěšnost léčby je až 60%). Dále se toto cvičení s vaginálními kónusy doporučuje ženám, které mají vyjádřenou symptomatologii stresové inkontinence bezprostředně po vaginálním porodu (Krofta, 2003 s. 855).

2.3.2 Medikamentózní léčba

Medikamentózní terapie stresové inkontinence je spíše doplňkovou léčebnou cestou. Na prvním místě jsou chirurgické metody s rekonstrukcí pánevního dna a jednotlivé metody fyzioterapie. Při každé aplikaci léku by měla být pacientka podrobně diagnosticky vyšetřena včetně urodynamického vyšetření. Některé léky, mohou být kontraindikovány jako např. a-sympatomimetikum vzhledem k výskytu hypertenze nebo časté nadváhy u pacientek. U lehčích forem stresové inkontinence lze aplikovat *imipramin*, který má a-mimetický účinek na uretru. Dále se používá *efedrin*, který zvyšuje uretrální uzávěrový tlak (Krofta, 2003 s. 855).

Aplikace estrogenu – estrogenu ovlivňují uretrální sliznici a hladkou svalovinu. Jejich aplikace může ovlivnit inkontinenci moči u estrogen deficientních pacientek. Při výběru aplikační formy a typu estrogenu se v praxi řídíme výhradně přáním pacientky (obava z nádorového bujení). Lékem první volby je *estriol*, který způsobuje proliferaci epitelu pochvy, uretry a močového měchýře. Lze jej aplikovat v podobě vaginálního gelu nebo krému, čípků, tablet nebo vaginálního pesaru. Léčba při lokálním podávání estriolu je obvykle 14 dnů. Aplikuje se 0,5mg 1xdenně. Dále je léčba udržovací kdy estriol aplikujeme 2-3 x týdně. Před léčbou estrogenu je s výhodou provést UZ endometria a cytologický nález (Krofta, 2003 s. 855).

2.3.3 Chirurgická léčba

Stresová inkontinence se léčí většinou chirurgicky. Výjimku tvoří pacientky ve fertilním období života a rovněž musíme vyčerpat všechny metody konzervativní léčby. Hlavní metodou chirurgické léčby stresové inkontinence je implantace tahuprostých vaginálních pásek TVT (tension-free vaginal tape). „Metoda spočívá v zavedení

polypropylenové pásky pomocí retropubicky vedených jehlových zavaděčů pod uretru“ (Krhut, 2014 s. 48). Při zvýšeném abdominálním tlaku tvoří vaginální páska podporu pro uretru. Úspěšnost metody se uvádí 86-89% přičemž míra komplikací se pohybuje mezi 4,3-75%. Mezi nejčastější komplikace patří perforace močového měchýře, krvácení, retropubické hematomy, pozdní protruze pásky. Ve výjimečných případech došlo k poranění velkých pánevních cév a k úmrtí pacientky. Proto tato metoda musela být modifikována z hlediska chirurgického přístupu zavádění pásky. V současné době se vaginální páska zavádí transobturatorně (TOT). „*Hlavní výhodou metody je v kratší trajektorii pásky skrze tkáň*“ (Krhut, 2014 s. 48). Úspěšnost takto zaváděných pásek je 84-98% a procento komplikací se pohybuje mezi 1,5-31,3%. Nejběžnější komplikací je pooperační bolest v tříslech, perforace močového měchýře, krvácení, protruze pásky a de novo urgence, infekce močových cest (Krhut, 2014 s. 48).

Kotvené implantáty (minisling) – vaginální pásky, které jsou ukotveny v obturátorovém svalu. Jehlový zavaděč se nevypichuje ze zvláštních kožních incizí. Tyto pásky se zavádějí jedinou krátkou kolpotomií pod uretrou. Výhodou této metody je snížení traumatizace tkání, menší množství cizího materiálu v těle a snížením pooperační bolesti. Tento miniinvazivní výkon se provádí v lokální anestezii. Zatím nejsou známi dlouhodobé výsledky (Krhut, 2014 s. 48).

Bulking agents (Bulkamid) – jedná se o injekční aplikaci Bulkamidu do oblasti proximální uretry. Výsledkem je zlepšení funkce uzávěrového mechanismu. Bulkamid je polyakrylamid hydrogel a je z větší části tvořen vodou. Je nevstřebatelný, nemá mikročástice, je stabilně elastický, není alergen a nevyvolává masivní fibrózu. Tuto metodu řadíme mezi miniinvazivní výkony. Většinou se provádí v lokální anestezie a nemá téměř žádné komplikace, nebo nejsou závažné. Výsledky odpovídají výsledkům konzervativní léčby (Krhut, 2014 s. 48).

Burchova kolpopexie – je již zastaralá operační metoda. „*Jedná se o retropubickou kolposuspenzi při níž je endopelvická fascie v úrovni hrdla močového měchýře zavěšena pomocí 4-5 stehů na Cooperovo ligamentum. Dochází tak k významnému omezení hypermobility uretrovezikálního spojení*“ (Krhut, 2014 s. 48). Úspěšnost této operační metody je 85-90% ale časem má tendenci se snižovat. Přesto se tato metoda ve speciálních případech stále provádí (Krhut, 2014 s. 48).

3 MECHANISMUS POŠKOZENÍ PÁNEVNÍHO DNA PŘI VAGINÁLNÍM PORODU

Dobrá funkce pánevního dna je nezbytná pro kontinenci moči a stolice. Hraje klíčovou roli při porodu a ovlivňuje pohlavní život ženy. Už i drobné poruchy jeho funkce mohou mít velký vliv na kvalitu života ženy. Na dysfunkci pánevního dna se podílí několik mechanismů – vaginální porod, stárnutí, chronicky zvýšený intraabdominální tlak při obezitě a chronickém kašli a vrozená slabost pojivové tkáně (Otčenášek, 2008 s. 14).

3.1.1 Poranění svaloviny

„Při průchodu hlavičky plodu pánevním dnem dochází k velkému roztažení svalových snopců *m. levator ani*“ (Otčenášek, 2008 s. 14). Aby mohla hlavička plodu projít svým ideálním průměrem, je nezbytné, aby se vlákna *m. levator ani* roztáhla na více než trojnásobek své klidové délky. Při rychlém průchodu hlavičky, kdy se tkáně nestačí postupně rozvinout, nebo při zvětšení průměru procházející části plodu (při porodu per forcipem či při abnormální prezentaci) je riziko, že dojde k přetržení svalu nebo k jeho odtržení od místa úponu vysoké. „Při odtržení svaloviny od místa úponu hovoříme o tzv. „*avulzi*“ (Otčenášek, 2008 s. 14). Tento typ poranění se projevuje několika způsoby. Ve většině případů se klinicky neprojevuje a defekt pak diagnostikujeme při vyšetření v zrcadlech (mírný sestup poševní stěny), pohmatem nebo při vyšetření MRI, 3D ultrazvukem. Samotná porucha se může projevit až za několik let postupnou elongací závěsného aparátu (Otčenášek, 2008 s. 14).

3.1.2 Poranění závěsného aparátu

Závěsný aparát pánevního dna tvoří síť vláken, která poutá močový měchýř, dělohu, pochvu a konečník ke stěnám pánve. Při porušení mechanických vrstev tohoto spojitého systému dochází k poklesu poševních stěn, dysfunkci močového či gastrointestinálního traktu. K poranění může dojít buď při samotném porodu, nebo jako následek svalového poranění při průchodu hlavičky plodu pánevním dnem. Konkrétní projevy závisí na lokalizaci a rozsahu poranění (Otčenášek, 2008 s. 15).

Vaginální porod představuje nejvýznamnější rizikový faktor pro rozvoj sestupu poševních stěn a inkontinence moči stresového typu. Přesto i žena, která rodila vždy jen císařským řezem, může být postižena močovou inkontinencí. Císařský řez může mít

do jisté míry protektivní charakter na rozvoj stresové inkontinence, ale je limitován počtem operací. „*Při třech a více je výskyt stresové inkontinence stejný jako u žen, které rodily vaginálně*“ (Martan, 2011,2013 s. 52).

4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTKY S MOČOVOU INKONTINENCÍ V ÚPMD PODOLÍ

ÚPMD Podolí má speciální urogynekologickou ambulanci, která se zabývá vlivem porodu na pánevní dno, souhrnným sběrem dat získaných z průběhu porodu, dále se zde provádí ultrazvukové vyšetření, vaginální vyšetření se zhodnocením POP-Q a určením oxford skóre. Všechna tato speciální vyšetření provádí speciálně proškolené všeobecné sestry a porodní asistentky. Ultrazvuková data jsou nasnímana všeobecnou sestrou a uložena v podobě volumů, která následně analyzují lékaři.

4.1 Průběh vyšetření ve speciální urogynekologické ambulanci ÚPMD

Od roku 2011 je v ÚPMD Podolí prováděna prospektivní studie, jejímž cílem je analýza vlivu vaginálního porodu na funkci pánevního dna. Na základě této studie byla zřízena speciální urogynekologická ambulance, která se zabývá etiopatogenezí močové inkontinence a sestupu pánevního dna v souvislosti s těhotenstvím. Tato ambulance se rovněž věnuje popisu rizikových faktorů. Ženy, které se dostaví poprvé již ve 14. týdnu těhotenství nejprve dostanou souhlas se samotnou studií a dále dva dotazníky. Za prvé jde o dotazník hodnotící kvalitu života (PISQ 12) a za druhé o dotazník, který hodnotí případné obtíže s inkontinencí moče (ICIQ). Poté se u ženy provede ultrazvukové vyšetření svalů pánevního dna. Další vyšetření je provedeno při příjmu rodičky na porodní sál. Jedná se opět o ultrazvukové vyšetření, tentokrát se zaměřením na polohou plodu a postavení plodu v děloze. Následuje sběr dat ze samotného porodu. Velice důležitý je váhový přírůstek matky během těhotenství, délka první a druhé doby porodní, aplikace medikamentů včetně Oxytocinu, epidurální analgezie, porodní poranění, hmotnost plodu a další možné nepravidelnosti. Následuje tzv. vyšetření follow-up, kdy jsou zvány na kontrolu ženy ve třech intervalech: po šestinedělí, po půl roce a po roce od porodu. Při každé kontrole se u ženy provede ultrazvukové vyšetření svalů pánevního dna a gynekologické vyšetření (nejprve se provede vyšetření v gynekologických zrcadlech, kdy je stanoveno POP Q skóre a poté je vyšetřena volní kontraktilita levatoru tzv. oxford skóre). Následuje rozhovor s pacientkou, kde zjišťujeme aktuální potíže s únikem moče, bolest vázanou na vyprazdňování nebo pohlavní styk a jiné subjektivní obtíže. Pacientky opět vyplní již zmíněné dotazníky dle své aktuální situace. Všechna tato vyšetření provádí všeobecná sestra nebo porodní asistentka samostatně ve spolupráci s lékařem.

4.2 Péče o pacientku před a po urogynekologické operaci

Role sestry v ošetrovatelském procesu o pacientku před a po urogynekologickém výkonu je velice důležitá. Pacientka od sestry získá mnohdy jediné informace o celém průběhu a realizaci plánované operace. Sestra má jakousi roli průvodce celým procesem před a po chirurgickém výkonu. Je proto důležité, aby měla sestra dostatečné vzdělání a znalosti z komunikace a psychologie. Měla by být také empatická a vstřícná k obavám ze strany pacientek. První setkání pacientka/sestra se odehrává obvykle při příjmu, kde sestra provede běžné odborné výkony – změření TK, teploty, váhy, odběr biologického materiálu. Dále pacientce předá k podpisu souhlas s výkonem a uvede jí na pokoj, kde ji seznámí s chodem oddělení a následným harmonogramem před operací. Poté sestra pacientku oholí, vyčistí pupeční jizvu a podá večerní medikaci dle ordinace lékaře. Ráno před operací jsou pacientce navlečeny stahovací punčochy, aplikována miniheparinizace, zajištěna periferní žíla a podána premedikace na vyzvání z operačního sálu. Pacientka je poté převezena i s dokumentací na operační sál.

Po operaci je pacientka převezena v doprovodu anesteziologické sestry zpět na oddělení, kde si ji sestra převezme včetně kompletní dokumentace a ordinace lékaře. Sestra má za úkol v pravidelných intervalech sledovat fyziologické funkce do stabilizace a intenzitu krvácení. Pacientky mají zpravidla zaveden Folleyův katétr a tamponádu v pochvě. Měří se také příjem a výdej tekutin za 12 hodin od operace. Jeli pacientka stabilizována, může začít přijímat tekutiny a stravu. Analgezie je podávána dle ordinace lékaře. Při večerní vizitě lékař odstraní pacientce tamponádu z pochvy. Folleyův katétr a periferní kanyla se nechávají do druhého dne. Pacientka rovněž vstane za doprovodu sestry do sprchy. Pokračuje se s prevencí tromboembolických komplikací a to miniheparinizací (většinou do 3. dne), bandážemi DK a včasnou mobilizací.

Další den je pacientce zrušen Folleyův katétr a periferní kanyla. Po vizitě, dle rozhodnutí lékaře, je pacientka propuštěna do domácího léčení. Za týden je objednána na kontrolní ultrazvukové vyšetření. Pacientka je sestrou důkladně poučena o klidovém režimu, pooperačních komplikacích a potřebě zvýšené hygieny.

4.3 Edukace

Nedílnou součástí komplexní léčby je podrobná edukace pacientek sestrou. Zahrnuje podrobné vysvětlení cvičení s vaginálními kónusy, informace o cvičích

na posílení pánevního dna (všeobecná sestra/porodní asistentka zde úzce spolupracuje s fyzioterapeuty). V ÚPMD Podolí je aktivní Pelvis klub, který pořádá jednou týdně cvičení pánevního dna pro ženy trpící močovou inkontinencí. Sestra by měla také každé pacientce vysvětlit důležitost provádění pánevních cviků a pozitivně je motivovat v každodenním cvičení. Dále by měla apelovat na redukci nadváhy, dodržování životosprávy (vyloučení kofeinu a alkoholu) a pitného režimu (více pít přes den, 2–3 hodiny před spaním už nepít). Rovněž je důležité pacientky poučit o zvýšené potřebě osobní hygieny včetně prevence opruzenin a také vhodných typech inkontinenčních pomůcek (Česká asociace sester, 2009, s. 6).

5 KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Vliv močové inkontinence na kvalitu života žen je ohromný a devastující. Prostupuje všemi oblastmi každodenního života. Negativně se odráží v sociální oblasti, kde narušuje společenské a mezilidské vztahy, což může vyústit v sociální izolaci. Dále je zde dopad na emoční pohodu žen, kdy podle výzkumu dlouhotrvající močová inkontinence vede k rozvoji depresí a ztráty sebeúcty. Ženy jsou také postiženy v aktivním přístupu k životu. Raději se vyhýbají sportu, cestování či návštěvě divadla nebo kina, a to všechno z obavy, že nestačí doběhnout na toaletu. Jak bychom tedy mohli definovat kvalitu života? Přesná definice zatím chybí. Často je odvozována od definice zdraví WHO (1947), která zní takto: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Rybářová, 2010, s. 38).

5.1 Dotazníky hodnotící kvalitu života žen s močovou inkontinencí

K hodnocení kvality života žen s močovou inkontinencí se používají standardizované dotazníky, které jsou považovány za jeden ze základních parametrů k hodnocení závažnosti obtíží a úspěšnosti léčby. Tyto dotazníky můžeme rozdělit do dvou skupin: všeobecné a specifické. Všeobecné dotazníky zjišťují kvalitu života jako takovou. Nejsou specificky zaměřené, dají se použít u jakékoliv skupiny populace. Hodnotí stav zdraví, vliv choroby na jedince, účinek léčebných intervencí a ekonomický dopad nemoci. Specifické dotazníky lze použít k hodnocení daného stavu. Vykazují vyšší výpovědní hodnotu než všeobecné dotazníky. K posouzení kvality života při močové inkontinenci jsou využívány dvě skupiny těchto dotazníků. První skupinou jsou dotazníky k zjišťování citlivosti pacienta na jednotlivé symptomy močové inkontinence. Druhou skupinu tvoří dotazníky k vyšetření celkového dopadu močové inkontinence na pacienta. Mezi ně patří dotazník PICQ 12 a ICIQ (viz. Příloha), které se používají ve speciální urogynnekologické ambulanci ÚPMD Podolí (Rybářová, 2010, s. 38).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Formulace problému

Inkontinence moči je mimovolný nechtěný únik moči, který je pacientkou negativně vnímán. Některou z forem inkontinence trpí až jedna třetina, podle některých studií až jedna polovina žen v populaci. Jedná se tedy o závažný medicínsko-psychologický problém světového významu. Močová inkontinence se může objevit v každém věku (Krcmář, 2014 s. 1; Dvořáčková, 2009 s. 60).

Vaginální porod představuje nejvýznamnější rizikový faktor pro rozvoj sestupu poševních stěn a inkontinence moči stresového typu. Je popsáno několik způsobů, kterými může dojít k poškození pánevního dna a následného rozvoje močové inkontinence. Jedná se o přímé poškození svaloviny, poranění nervů a poškození podpůrné pojivové tkáně a oblasti hráze. Dalším rizikovým faktorem je věk ženy při prvním porodu (Martan, 2011, 2013 s. 52). V praktické části své práce se tedy zabývám otázkou „*Jaký vliv má vaginální porod na rozvoj močové inkontinence?*“

6.2 Cíl výzkumu

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit vliv vaginálního porodu na následný rozvoj močové inkontinence.

6.2.1 Dílčí cíle

Na základě hlavního cíle jsme si stanovili dílčí cíle, které se týkají konkrétních oblastí výzkumného šetření.

- Zpracovat kazuistiku u tří vybraných pacientek.
- Zjistit nejčastější rizikové faktory, které vedou k rozvoji močové inkontinence po vaginálním porodu.
- Zjistit možná preventivní opatření rozvoje močové inkontinence po vaginálním porodu.

- Navrhnout informační leták pro ženy a budoucí matky, který by zevrubně informoval o inkontinenci moči, její možné prevenci a léčbě.

6.2.2 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených cílů jsme si položili následující výzkumné otázky.

- 1) Jaký vliv má způsob vedení porodu na rozvoj močové inkontinence?
- 2) Jakou úlohu hraje věk pacientky v rozvoji močové inkontinence po vaginálním porodu?
- 3) Jaký vliv má váha plodu na rozvoj inkontinence moči?
- 4) Jaké jsou nové metody v ošetrovatelské péči?

6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

K získávání informací do odborné práce jsme zvolili kvalitativní výzkum. Tato metoda zpracování nám umožnila hloubkový pohled na daný problém. Z intimní povahy zpracovávaného tématu logicky vyplývá individuální a citlivá spolupráce s oslovenými klientkami.

6.3.1 Metoda

Ve výzkumu byly zpracovány tři případové studie u vybraných pacientek. Popisují průběh a způsob vedení porodu, porodní poranění, hmotnost dítěte, období, ve kterém nastali první problémy s únikem moči a následnou terapií. Velice důležitá byla podrobná anamnéza z průběhu porodu a následný stav po porodu. Léčba močové inkontinence se opírá o dobře odebranou a dopodrobna zpracovanou anamnézu pacienta. V jednotlivých kazuistikách jsme se snažili dopátrat společného jmenovatele.

6.4 Výběr případu

Výběr případů byl záměrný. Vybrali jsme si typické případy vaginálního porodu s vysokým rizikem následného rozvoje močové inkontinence (primipara vetus, partus per forcipem, multipara). U všech vybraných pacientek jsme se snažili dopátrat společného faktoru, který by podmiňoval rozvoj močové inkontinence po vaginálním porodu.

6.5 Způsob získávání informací

Všechny informace pro bakalářskou práci byly získány z dokumentace a polo strukturovanými rozhovory s vybranými pacientkami. Všechny zúčastněné podepsaly informovaný souhlas, ve kterém byly seznámeny s podstatou výzkumu a absolutní anonymitě. Rozhovory s vybranými pacientkami probíhaly při příjmu na urogynekologickém oddělení ÚPMD Podolí. Snažili jsme se o citlivý přístup k dotazovaným pacientkám vzhledem k choulostivosti a intimitě tématu našeho rozhovoru.

6.6 Organizace výzkumu

Na začátku praktické části jsme se věnovali popisu anamnézy pacientek. Zajímalo nás především věk pacientky, počet předchozích porodů, způsob vedení porodu a rozsah porodního poranění. Dále jsme se věnovali období po porodu, v němž došlo k rozvoji močové inkontinence. Popisovali jsme zde způsob léčby a prognózu pacientek. U každé pacientky se jednalo o jiný typ léčby, který vycházel ze způsobu poranění pánevního dna. Snažili jsme se zjistit společný faktor, který mohl podnítit rozvoj močové inkontinence. Jako zdroj informací jsme využili zdravotnickou dokumentaci a polo strukturované rozhovory. Všechny stanovené cíle byly zhodnoceny v závěru bakalářské práce. Výzkum trval tři měsíce na urogynekologickém oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě v souladu s informovaným souhlasem zdravotnického zařízení (viz. Příloha).

Praktická část výzkumu probíhala během odborné čtrnáctidenní praxe na urogynekologickém lůžkovém oddělení ÚPMD Podolí, a to od 1. 5. 2017 do 12. 5. 2017. Sběr dat pro teoretickou část probíhal od listopadu 2017 do ledna 2018 tamtéž. Během výzkumného šetření jsme spolupracovali se sestrami z urogynekologické ambulance, lékaři a vybranými pacientkami.

6.7 Použití modelu funkčního zdraví Majory Gordonové

Tento ošetrovatelský model jsme vybrali proto, že si myslíme, že z hlediska holistického přístupu k člověku je jedním z nejkompexnějších. Použitím tohoto modelu jsme získali komplexní informace o pacientovi a jeho problémech. Jeho prostřednictvím lze dobře sestavit ošetrovatelské anamnézy, aktuální i potenciální diagnózy a následně efektivně naplánovat a realizovat ošetrovatelskou péči. Model dle Gordonové pracuje s pojmy funkční a dysfunkční zdraví. Kostru tohoto modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž

každá představuje funkční nebo dysfunkční stránku zdravotního stavu člověka (Trachtová, 2008 s. 166).

7 KAZUISTIKY

7.1 Kazuistika č. 1

Anamnéza:

Pacientka ve věku 43 let, po jednom spontánním porodu v roce 2016. Pacientka má potíže s inkontinencí moči, která se objevila po porodu syna. Těhotenství probíhalo bez problémů, váhový přírůstek matky byl 8 kg. Během porodu aplikace epidurální analgezie na přání rodičky, následně nasazena infuze s Oxytocinem z důvodu sekundárně slabé děložní činnosti. První doba porodní trvala 11 hodin a 30 minut. Druhá doba porodní 45 minut. Při porodu byla provedena epiziotomie hráze. Zhojena per primam. Váha/míra dítěte byla 3450 g/ 50 cm. Porodní mechanismus: záhlaví, předhlaví. Pacientka byla pro své potíže odeslána do urogynekologické ambulance již v šestinedělí. Stěžovala si na úniky moči, hlavně při kašli, smíchu a při zvednutí těžkého předmětu. Také si pacientka stěžuje na bolestivý styk. Pacientce byla doporučena rehabilitace v podobě cviků pánevního dna a fyzioterapie pomocí křesla Biocon. Další kontrola proběhla za šest měsíců. Pacientka udává mírné zlepšení, úniky moči jsou méně časté, bolestivý styk přetrvává. Doporučení: pokračovat s rehabilitací, pacientce jsou nabídnuty vaginální kónusy. Po dobu dalších šesti měsíců není patrné výraznější zlepšení. Pacientka není se svým stavem spokojena, a proto jí byl doporučen anti inkontinenční výkon – operace TOT. Ten pacientka odmítla z důvodu hospitalizace. Nemohla by se starat o svého synka. Pacientce bylo proto nabídnuto řešení v podobě aplikace Bulkamidu. Pacientka souhlasila.

Rodinná anamnéza:

Oba dva rodiče dosud žijí a jsou zdraví. Pacientka má jednu sestru, která se s ničím závažným neléčí.

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci. S žádným vážným onemocněním se neléčí. Neužívá žádné léky. Operace neudává. Transfuzi nikdy nedostala. Dietu nedrží. Nekouří, alkohol pije příležitostně.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace od 13 let, pravidelná 28/5. Vaginální záněty, mykózy neudává. UPT neudává. Venerická onemocnění neudává. V roce 2016 spontánní porod zdravého chlapce. Po porodu mimovolné úniky moči při kašli, smíchu a při zvednutí těžkého předmětu.

Alergická anamnéza:

Žádné alergie pacientka neudává.

Sociálně – pracovní anamnéza:

Žije s manželem a malým synkem v rodinném domě za Prahou. Před porodem pracovala v rodinné firmě jako účetní. Nyní na rodičovské dovolené.

Nynější onemocnění:

Pacientka trpí od porodu mimovolnými úniky moči při kašli, smíchu a při zvednutí těžkého předmětu. Z výsledků základních vyšetření se jedná o stresovou inkontinenci II. stupně.

Posouzení dle ošetrovatelského modelu M. Gordonové

Vnímání zdraví

Od porodu si pacientka stěžuje na občasný únik malého množství moči, a to po zvednutí těžkého předmětu, při kašli a někdy též smíchu. Rovněž zmiňuje bolestivý pohlavní styk.

Výživa

Pacientka se snaží jíst pravidelně, v malých dávkách vyvážené porce. Dbá na zdravý životní styl a na zdravou životosprávu. Svou váhu si udržuje pravidelným pohybem. Poporodních kil se zbavila během prvního roku. Nyní si udržuje svou optimální váhu.

Vylučování

Pacientka má od porodu problémy s občasným únikem moči, a to při zvedání těžkého předmětu, smíchu a kašli. Jedná se vždy o malé množství moči. Nepoužívá žádné inkontinenční pomůcky, jelikož se jedná o malé množství, které není pravidelné. Tato

situace pacientku stresuje. Není si jistá, kdy dojde opět k úniku moči. S udržení stolice problémy nemá. Na stolici chodí pravidelně.

Aktivita a cvičení

Pacientka se snaží pravidelně hýbat. Má kladný vztah ke sportu. Rekreačně hraje tenis a jednou týdně chodí plavat. Při sportu nebo pohybu pacientka nezaznamenala mimovolný únik moče.

Spánek a odpočinek

Jelikož má pacientka malého synka, tak je její spánkový režim přizpůsoben dítěti. Syn se velice často během noci budí a volá maminku. Pacientka se snaží spánkový deficit dohnat krátkým spánkem po obědě společně se svým synem. Ne vždy to ale jde.

Vnímání

Pacientka je plně orientovaná. Jelikož je krátkozraká, tak nosí trvale brýle. Na sport používá kontaktní čočky.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je velice milá žena s kladným přístupem k životu. Svou situaci vnímá jako vyřešitelnou s dobrou prognózou. Věří, že bude zákrok úspěšný a ona bude zase aktivně a spokojeně žít svůj život. Velkou motivací je pro ni její malý synek.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdaná, žije se svým manželem a malým synem v rodinném domku za Prahou. Nyní je na rodičovské dovolené. Před porodem pracovala jako účetní v rodinné firmě. Se synem jí pomáhá manžel a tchyně. Pacientka je velmi přátelská a ráda se stýká se svými kamarády, se kterými podnikají různé výlety. Svoje problémy před nimi ale úzkostlivě tají.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka hodnotila svého manžela jako chápajícího a naslouchajícího partnera, který je jí velkou oporou. Od porodu trpí bolestmi při pohlavním styku. Navíc měla obavu z úniku moči při styku. Postupem času se sexuálnímu kontaktu s manželem začala

vyhýbat a jejich vztah mírně ochladl. Pacientka doufá, že po zákroku se zlepší i tento problém.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacientka uvádí, že ji stresuje její momentální situace s únikem moči. Necítí se ve své kůži. Má pocit, že nemůže žít naplno, jelikož se stále obává neočekávaného úniku moči na veřejnosti. Dle jejích slov: „*Necítím se ještě tak stará, abych musela nosit plenky. Mám přece malého synka a pro něj musím být zdravá.*“ Jinak pacientka působí klidným a vyrovnaným dojmem.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka považuje za největší hodnotu svoji rodinu, zdraví a spokojenost se svým životem. Pacientka je nevěřící.

Jiné

Pacientka se těší na svého synka. Vzhledem k tomu, že se zákrok provádí v lokální anestezii, tak není pobyt v nemocničním zařízení nutný.

Stav při přijetí:

Datum příjmu: 8. 5. 2017

Váha: 70 kg

Míra: 175 cm

BMI: 22,85

Tepová frekvence: 75/minutu

Krevní tlak: 125/70 Torr

Tělesná teplota: 36,5°C

Stolice: bez obtíží

POP Q: Aa-2, Ba-3, C-7, D-8, Ap-2, Bp-3, GH4, pb 3,5, TVL 9, ox 3/3 (referenční hodnoty viz příloha)

Závěr: inkontinence moči I. typu, pacientka souhlasí s aplikací Bulkamidu.

Průběh zákroku

Pacientce byl pod cystoskopickou kontrolou aplikován transuretrální injekcí polyakrylamid hydrogelu (Bulkamid). Pacientka se nacházela v gynekologické poloze. Zákrok byl proveden v lokální anestezii. Bulkamid byl aplikován do třech míst a to cca 1 cm od hrdla močového měchýře. Aplikované množství Bulkamidu bylo 1,206 ml. Pacientka si po celou dobu zákroku nestěžovala na bolest ani žádné nepříjemné pocity. Žádná speciální opatření nejsou třeba. Pacientka by měla nadále pokračovat s rehabilitací po dobu 4 měsíců.

Ošetřovatelské diagnózy:

Stresová inkontinence moči z důvodu oslabení svaloviny pánevního dna 00017

Subjektivně: Pocit nejistoty a dyskomfortu, negativní dopad na každodenní život.

Objektivně: Únik moče při zvednutí těžkého předmětu, kašli, smíchu.

Očekávané výsledky: Pacientka pochopí příčiny vzniku močové inkontinence, pacientka zvládá teoreticky i prakticky techniku cvičení na posílení pánevního dna, uznává nezbytnost zvýšené hygieny.

Ošetřovatelské intervence: Zjistí, zda pacientka pravidelně a správně provádí cviky na posílení pánevního dna, vysvětlí pacientce význam pravidelného močení v intervalech, zdůrazní, proč se vyhýbat močopudným potravinám/tekutinám, pouč pacientku o důležitosti zvýšené hygienické péče.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Jelikož pacientka měla tyto cviky doporučeny již na začátku terapie, tyto cviky bezchybně ovládala a dodržovala jejich každodenní cvičení. S hygienou pacientka problémy neměla.

Porucha sebekoncepce (sebepojetí) z důvodu inkontinence moče 00052

Subjektivně: Narušený obraz těla, neúcta k sobě samé.

Objektivně: Vyhýbání se ostatním lidem, sociální izolace, bagatelizace problému.

Očekávané výsledky: Pacientka využívá všechny prostředky ke zlepšení své situace, začne mluvit o svých problémech, začne pozitivně vnímat sebe samu.

Ošetřovatelské intervence: Postarej se o klidné prostředí a zajisti soukromí pacientky, snaž se získat důvěru pacientky, vyhni se negativní kritice, popřípadě doporuč rozhovor s psychologem.

Hodnocení: S pacientkou se nám podařilo navázat důvěrnější kontakt. Po zákroku se cítila psychicky lépe, byla optimisticky naladěná.

Riziko porušení kožní integrity z důvodu inkontinence moče 00047

Rizikové faktory: Zarudnutí kůže okolo perinea, pálení, svědění, pocit dyskomfortu.

Očekávané výsledky: Má neporušenou kůži kolem perinea, pacientka nebude mít žádné nepříjemné pocity.

Ošetřovatelské intervence: Zajisti dostatečnou osobní hygienu, doporuč vhodnou kosmetiku a ochranné krémy, představ klientovi vhodné inkontinenční pomůcky.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Pacientka neměla problém s prováděním hygienické péče. Kůže kolem perinea zůstala neporušena, pacientka neměla pocit dyskomfortu.

Edukační plán:

Účel: Edukace pacientky o správném provedení cviků na posílení pánevního dna.

Cíl: Pacientka bude znát a přesně provádět jednotlivé cviky, bude dodržovat jejich pořadí. Pacientka zařadí toto cvičení do každodenních činností, pochopí důležitost a smysl tohoto cvičení.

Pomůcky: Brožura, která obsahuje detailní popis jednotlivých cviků a jejich provedení, praktický nácvik cviků.

Výukové metody: Teoreticko – praktické

Tabulka č. 1: Edukační plán

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	P se teoreticky naučí správný postup a techniku cvičení.	Správná technika cvičení, dbát na dodržování pořadí jednotlivých cviků.	10 min.	P má dostatek informací o správném provedení cviků na posílení pánevního dna.
Afektivní	P uzná nezbytnost a důležitost cviků na posílení pánevního dna.	Zdůraznit přesné provedení cviků a jejich pořadí. Vysvětlí, proč je důležité cvičit každý den.	5 min.	P uzná nezbytnost pravidelného cvičení. Zahrne toto cvičení do každodenního života.
Psychomotorický	P je schopna samostatně, v domácím prostředí provádět cviky na posílení pánevního dna.	Praktická ukázka jednotlivých cviků. Společné provedení cviků s pacientkou. Případná korekce chyb.	15 min.	P zvládá teoreticky i prakticky techniku jednotlivých cviků.

Zdroj: vlastní

7.2 Kazuistika č. 2

Anamnéza:

Pacientka ve věku 36 let, po dvou spontánních porodech. První těhotenství probíhalo fyziologicky. Váhový přírůstek matky byl 10 kg. Porod v roce 2013, který byl veden per forcipem Kjeland pro nepostupující druhou dobu porodní (druhá doba porodní trvala 1 hodinu a 40 min.). Během porodu opakovaně podána infuze s Oxytocinem pro sekundárně slabou děložní činnost. Váha/míra dítěte 3340 g/51 cm. Provedena elektivní epiziotomie hráze. Při porodu pacientka utrpěla rozsáhlejší poranění v oblasti hráze a pochvy. Zhojeno per primam. Od porodu udává potíže s únikem moči a střevních plynů. Pacientka odeslána v šestinedělí do urogynekologické ambulance. Po důkladném vyšetření se ukázalo, že pacientka trpí stresovou inkontinencí II. stupně. Při palpačním vyšetření pochvy byla zjištěna bilaterální avulze, POP Q – defekt ve všech kompartmentech gradient I. (viz. Tabulka referenčních hodnot v příloze). Pacientce bylo doporučeno cvičení na posílení pánevního dna a fyzioterapie na křesle Biocon. Další kontrola proběhla za tři měsíce. Pacientka absolvovala 10 sezení na křesle Biocon a zároveň doma prováděla cviky na posílení pánevního dna. Po fyzioterapii vymizely obtíže s únikem střevních plynů, došlo ke zlepšení oxford skóre. Pacientka si stěžuje na úniky moče při kašli a při zvednutí těžkého předmětu. V pochvě si pacientka nahmatá nějaký útvar. Pacientce byla doporučena udržovací fyzioterapie na křesle Biocon 1x týdně po dobu osmi týdnů. Rovněž cviky na posílení pánevního dna. V roce 2015 druhý spontánní porod bez komplikací. Váha/míra dítěte 3100 g/50 cm. Porodní poranění v minimálním rozsahu – zhojeno per primam. Pacientka přichází na kontrolu po šestinedělí. Obtíže s úniky moče stále přetrvávají a mírně se zhoršily. Nyní při zakašlání, smíchu, skocích a zvednutí těžkého předmětu (dítěte). Při vaginálním vyšetření přetrvává bilaterální avulze, přední a zadní stěna pochvy tvoří defekt gradientu II. + centrální defekt gradientu II. Pacientce byla opět doporučena fyzioterapie na křesle Biocon a pánevní cviky. Další kontrola proběhla za půl roku, kde si pacientka stále stěžovala na močovou inkontinenci. Zlepšení minimální. S ohledem na přetrvávající potíže s inkontinencí moče byla pacientce doporučena anti inkontinenční operace TOT. Po dohodě s pacientkou, která stále ještě plně kojí, byla operace posunuta na dobu po ukončení laktace. Pacientka souhlasila. Byla patřičně informována.

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče dosud žijí. Otec se léčí s hypertenzí. Matka opakovaně léčena pro kompulzivně obsedantní poruchu. Pacientka má dva bratry, oba jsou zdraví, s ničím se neléčí.

Osobní anamnéza:

Běžná dětská onemocnění. V dětství podstoupila tonsilektomii. V roce 1990 operace APPE. Pacientka se léčí pro úzkostnou poruchu, užívá Asentru. První ataka se objevila ve 20 letech. Pacientka se léčí ambulantně, jednou za čtrnáct dní dochází na terapeutická sezení. Transfúzi krve dosud nedostala. Dietu nedrží. Pacientka je kuřačka – nyní 5 cigaret denně. V těhotenství kouření omezila na 1-2 cigarety denně. Alkohol příležitostně. Abúzus drog neudává.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace od 12 let, pravidelná 30/5. Vaginální záněty neudává, trpí občasnými mykózami (Gyno pevaryl čípky). Pacientka užívala hormonální antikoncepci 15 let. UPT neudává. Venerická onemocnění neudává. Pacientka po dvou spontánních porodech v roce 2015, který byl veden per forcipem Kjeland (Forceps střední). Indikace pro porod per forcipem byla dystokie cervicocorporalis, sekundárně slabá děložní činnost, vyčerpaná rodička. Porodní poranění rodičky bylo episiotomie mediolat. 1. sin. (nástřih hráze vlevo), ruptura parietis vaginae l. dx., laceratio parauretralis. Krevní ztráta – 400 ml. Váha míra dítěte – 3340 g/51 cm, pupečník obtočený dvakrát kolem krku. A druhý spontánní porod v roce 2015, bez komplikací. Váha/míra dítěte 3100 g/50 cm. Porodní poranění v minimálním rozsahu (pouze drobné lacerace).

Alergická anamnéza:

Biseptol – projevující se svěděním po celém těle s pocitem sucha v ústech.

Sociálně – pracovní anamnéza:

Pacientka je vdaná, žije s manželem a dvěma malými dětmi v panelákovém bytě 3+1. Před porodem pracovala jako produkční pro reklamní agenturu. Práce ji velmi bavila. Nyní na rodičovské dovolené.

Nynější onemocnění:

Pacientka trpí od prvního porodu v roce 2013 stresovou inkontinencí typu II, rovněž také prolapsem pánevních orgánů II stádia.

Posouzení dle ošetřovatelského modelu M. Gordonové

Vnímání zdraví

Pacientka od prvního porodu v roce 2013 trpí močovou inkontinencí. „*Vždy, když zvednu nějaký těžký předmět nebo se zasměju, zakašlu, tak se počurám. Zatím nosím jenom slipové vložky, ale bojím se, že se to zhorší a pak budu muset nosit pleny.*“ Pacientka je ve svém projevu nejistá, má sklony k úzkostem – pacientka se léčí pro úzkostnou poruchu.

Výživa

Pacientka má přiměřenou váhu. Stravuje se doma s rodinou. Každý den vaří pro své děti a manžela. Upřednostňuje lehkou a zdravou stravu. Po porodu se velmi rychle dostala na svoji původní váhu. „*S váhou jsem nikdy problémy neměla. Mám v genech štíhlou postavu.*“

Vylučování

Pacientka trpí od prvního porodu únikem moče, což ji velice stresuje a limituje v jejím chování. Nykturii neguje. Krátce po porodu také neudržela střevní plyny, ale to se po rehabilitaci a fyzioterapii na křesle Biocon upravilo. Na stolici chodí pravidelně.

Aktivita a cvičení

Pacientka žádný sport neprovozuje, pouze denně provádí cviky na posílení pánevního dna. „*Chvilku trvalo, než jsem si na to cvičení zvykla, ale teď už je to běžná součást mého denního rozvrhu. Na další sporty čas nemám, děti stačí.*“

Spánek a odpočinek

Vzhledem k tomu, že má pacientka dvě malé děti, tak je její spánek přerušovaný. Poslední dobou se to mírně zlepšilo, jelikož pacientka přestala kojit. Na únavu si nestěžuje. O víkendech se v péči o děti střídá s manželem a může si ráno přispat.

Vnímání

Pacientka je aktivní mladá žena. Je plně orientovaná. Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se už od dětství potýká s nízkým sebevědomím. V pubertě se tento problém ještě více prohloubil. Pacientka začala trpět obavou, že nedostuduje školu, že si nenajde žádného partnera, že není dostatečně hezká atd. První záchvat úzkosti se objevil ve 20 letech, kdy měla nastoupit do nové práce. „*Měla jsem tenkrát pocit, že nebudu dost dobrá a že svoji práci nezvládnou.*“ Pacientce byla diagnostikována úzkostná porucha, léčí se ambulantně. Jednou za čtrnáct dní se účastní terapeutického sezení. Po prvním porodu se její stav opět zhoršil, vzhledem k únikům moče a střevních plynů. Pacientka se začala izolovat od svého okolí a přestala na nějaký čas vycházet z domu. „*Měla jsem hrozný strach, že se na veřejnosti počůřám, nebo neudržím plyny a všichni to uvidí a uslyší.*“ Pacientce pomohla až pravidelná rehabilitace a fyzioterapie na křesle Biocon, po které její problémy částečně ustoupily. Velkou oporu má také ve svém manželovi.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdaná a žije se svým manželem a dvěma malými dětmi v panelákovém bytě 3+1. Před porodem pracovala jako produkční v reklamní agentuře. Práce ji bavila, ale chvilku jí trvalo, než se zapracovala a sžila s kolektivem. V navazování kontaktů s ostatními lidmi je pacientka opatrná. Trvá jí trochu déle, než si vytvoří kamarádský vztah. V kolektivu je tichá a drží se spíše v ústraní, přesto je mezi přáteli a kolegy oblíbená.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka má hezký vztah se svým manželem. Od té doby, co má problémy s únikem moče jejich intimní vztah malinko ochladl. Pacientka nemá chuť na sex a začala se mu vyhýbat. „*Začala jsem se před manželem stydět. Mám obavy, že bych se mohla při styku pomočit a manželovi bych se tím zošklivila. Někdy se ke styku nechám přemluvit, ale sama ho aktivně nevyhledávám.*“ Bolesti při styku pacientka neudává.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacientka si už v pubertě navykla kouřit. Kouření používala jako berličku, která jí pomáhala ve stresových situacích. „Když jsem byla někde ve společnosti, tak jsem nevěděla, co s rukama a cigareta mi vždy pomohla. Do určité míry mi zvyšovala mé sebevědomí, měla jsem pocit, že jsem dospělá.“ Pacientka ve stresových situacích vždy sáhne po cigaretě.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka a její rodina je nevěřící. Na prvním místě žebříčku hodnot pacientka uvádí zdraví a lásku v rodině, dobré rodinné vztahy.

Jiné

Stav při přijetí:

Datum příjmu: 2. 5. 2017

Váha: 60 kg

Míra: 165 cm

BMI: 22,03

Tepová frekvence: 76/minutu

Krevní tlak: 125/80 Torr

Tělesná teplota: 36,3°C

Stolice: stolici i plyny udrží, zácpu neudává

POP Q: Aa 0, Ba 0, C -1, D -8, Ap 0, Bp +0,5, GH 4, pb 4, TVL 9 (referenční hodnoty viz příloha)

vag: přední a zadní stěna tvoří defekt gr. II, centrální defekt gr. II, ox 2/2

susp. avulze bilat – od posledního vyšetření výrazné vizuální zlepšení

Indikace:

Pacientka byla přijata na gynekologicko – porodnickou kliniku ÚPMD k plánovanému operačnímu řešení metodou TOT – s diagnózou stresové inkontinence II. stupně.

Ošetrovatelský postup:

Pacientka byla přijata den před plánovaným výkonem (2. 5. 2017). Byla uvedena na nemocniční pokoj, kde jí bylo ukázáno signalizační zařízení a vysvětlen následující postup před operací. Pacientka se převlékla do své košile a uložila si své věci. Poté se pacientka dostavila na sesternu, kde jí byla odebrána krev a předložen k podpisu souhlas s plánovaným výkonem. Pacientka rovněž předložila předoperační vyšetření, které vyhotovila její praktická lékařka. Na základě výsledků krevních testů a po dohodě s pacientkou, byla anesteziologem indikována spinální anestezie. Večer byla pacientka poučena o tom, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít ani kouřit, nesmí mít na sobě žádné šperky a byl jí na noc podán Diazepam 5 mg tbl.

Tabulka č. 2. Hematologické vyšetření – krevní obraz ze dne 2. 5. 2017

Sledovaná frakce	Hodnota	Referenční rozmezí
Leukocyty (WBC)	8,2 x10 ⁹ /l	4 – 10 x10 ⁹ /l
Erytrocyty (ERY)	4,50 x10 ¹² /l	3,8 – 4,9 x10 ¹² /l
Hemoglobin (HGB)	130g/l	120 – 162g/l
Hematokrit (HCT)	38,6	36 – 46%
Trombocyty (PLT)	140 x10 ⁹ /l	135 – 400 x10 ⁹ /l

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3. Hemokoagulační vyšetření ze dne 2. 5. 2017

Sledovaná frakce	Hodnota	Referenční rozmezí
APTT	32,4	25,6 – 40 s
Quick test	14	12 – 15 s
Antitrombin (AT III)	68	> 60 až 70 %

Zdroj: vlastní

Biochemické vyšetření krve ze dne 2. 5. 2017

C – reaktivní protein (CRP): 10,2 mg/l **referenční rozmezí:** 0,0 – 12,0 mg/l

Den operace:

Druhý den 3. 5. 2017 v 7:00 byla pacientka oholena, byla jí vyčištěna pupeční jizva, nataženy elastické punčochy a aplikován Clexan 0,4 ml s. c do břicha. Pacientce byla rovněž zajištěna žíla na levé horní končetině v oblasti véna cephalica a aplikována premedikace Degan 10 mg + Buskopan 20 mg i. v, poté podána infuze Ringerova roztoku (Ringer laktát) 1000 ml. Pacientka byla i s dokumentací převezena na operační sál.

Průběh zákroku:

Po zacévkování močové měchýře PMK Folley CH 18, byla operace zahájena dvěma malými incizemi v tříselech. Dále byla provedena incize asi 1 cm pod uretrou, kam byla pod kontrolou prstu zavedena jehla. Ta byla vedena podél obturátorových vazů pod stydkou kostí. Na jehlu byla připevněna páska, která byla opačným postupem vytažena incizemi v tříselech. Pacientce byla do pochvy zavedena tamponáda. Průběh operace proběhl bez komplikací s minimální krevní ztrátou. Doba zákroku 15 minut.

Průběh hospitalizace:

Pacientka byla převezena zpět na urogynekologické oddělení v doprovodu sestry. Měla ze sálu zaveden Folleyův katétr, tamponádu a kanylu v levé horní končetině. U pacientky jsme sledovali vitální funkce do stabilizace, dále příjem a výdej tekutin a krvácení. Na bolest pacientka dostala Tramal 50 mg i.m. Jakmile byla pacientka stabilní, dostala napít. Během dne byla spíše spavější, na bolest si nestěžovala. Při večerní vizitě odstranil lékař pacientce tamponádu a zkontroloval krvácení, Folleyův katétr a kanyla byly pacientce ponechány do druhého dne. Po večeri se pacientka s naší pomocí sama postavila a došla se vysprchovat. Na noc dostala Diazepam 5 mg tbl. Na bolest pacientka nic nechtěla.

Tabulka č. 4. Měření fyziologických funkcí ze dne 3. 5. 2017

Veličina	0. hodina	1. hodina	5. hodina	12. hodina
Krevní tlak [mm Hg]	125/75	120/70	125/80	115/70
Puls [min⁻¹]	85	82	78	74
Dech [min⁻¹]	14	17	15	16
SpO2 [%]	95	97	97	98
Teplota [°C]	neměřena	37,2	36,9	36,5

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 5. Příjem a výdej tekutin ze dne 3. 5. 2017

Datum	Příjem	Výdej
2. 5. 2017 za 12 hodin od příjmu ze sálu	Enterální 550 ml Parenterální 1000 ml	Moč 1150 ml Stolice 0
Celkem	1550 ml	1150 ml

Zdroj: vlastní

1 pooperační den:

Ráno byl pacientce do břicha aplikován Clexan 0,4 s.c., poté jí byl odstraněn Foleyův katétr a kanyla z levé horní končetiny. Pacientka byla poučena, jak se má starat o incize v tříselech a mohla se jít osprchovat. Po dvou hodinách od vyndání močového katétru se pacientka spontánně vymočila. Pacientka se cítila dobře a další léky na bolest nechtěla. Těšila se na odpolední návštěvu rodiny. Krevní tlak a teplota v normě.

2 pooperační den:

Při ranní vizitě lékař rozhodl, že může být pacientka propuštěna do domácího léčení. Pacientka byla řádně poučena o klidovém režimu. Nesmí zvedat těžší předměty než 5 kg po dobu 2–3 týdnů, pohlavní styk nejdříve po 6 týdnech, incize do zhojení pouze sprchovat a větrat. Za týden kontrolní UZ. Pacientka byla hospitalizována 4 dny.

Ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest třísel v souvislosti s operačním výkonem 00132

Subjektivně: P sdělí nebo označí bolest, změněná chuť k jídlu a změna příjmu potravy, úzkost, strach.

Objektivně: Obranné chování pacientky (úlevové polohy, gestikulace), bolestivý výraz v obličeji, grimasy.

Očekávané výsledky: P chápe příčinu vzniku bolesti, P je schopna sledovat bolest, P se naučí metodám zmírňování bolesti, P dodržuje farmakologický režim.

Ošetřovatelské intervence: Posuď bolest a ovlivnitelnost bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, pomoz pacientce se změnou polohy.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo, pacientka pochopila, proč bolest vznikla, umí ji zhodnotit. Umí při mobilizaci vstát tak, aby se bolest nezhoršovala. Podávání analgetik pacientka nevyžadovala, stačila jí dobře provedená úlevová poloha.

Porušená kožní integrita v oblasti genitofemorální rýhy v souvislosti s operačním výkonem 00046

Subjektivně: Stížnost na bolestivost, svědivost, necitlivost postiženého okrsku kůže nebo jeho okolí.

Objektivně: Destrukce jednotlivých kožních vrstev, cizí tělesa v kůži.

Očekávané výsledky: Pacientce se operační rána zhojí per primam, pacientka se účastní léčebného procesu a dodržuje preventivní opatření a zvýšenou hygienu.

Ošetřovatelské intervence: Pouč pacientku o významu zvýšené hygieny.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Pacientka ovládá péči o operační rány. V rámci hygienické péče denně sleduje stav operačních ran.

Riziko vzniku infekce v souvislosti s operačním výkonem 00004

Rizikové faktory: Invazivní procedury (operační výkon, močový katetr), stáza moči v močovém měchýři.

Očekávané výsledky: Pacientka je bez známek infekce, pacientce se zhojí operační rána per primam, pacientka dodržuje zvýšenou hygienickou péči.

Ošetrovatelské intervence: Pátrej po známkách infekce (sleduj FF, subjektivní pocity pacientky), posud' stav operačních ran, popiš jejich změny.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Pacientka neměla žádné projevy možné infekce.

Edukační plán:

Účel: Edukace pacientky o základní hygienické péči o vzniklé incize během operace

Cíl: Pacientka bude ovládat hygienickou péči o incize. Pochopí důvod zvýšené hygienické péče.

Pomůcky: Ústní sdělení informací sestrou, praktický nácvik hygienické péče.

Výukové metody: Teoreticko – praktické

Tabulka č. 6. Edukační plán

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	P se teoreticky naučí základní péči o incize.	Hygienická opatření, péče o kůži kolem incizí, pravidelné a dostatečné větrání, používání v hodné kosmetiky.	10 min.	P má dostatek informací o základní hygienické péči, rovněž o možných komplikacích. P rozumí pojmům a postupům.
Afektivní	P uzná nezbytnost zvládnutí základní péče o incize.	Zdůraznit zvýšená hygienická opatření, správnost provedení a pravidelnost, v případě problémů se obrátit na svého lékaře.	5 min.	P uzná nezbytnost dodržování zvýšené hygienické péče. Zná všechna rizika a komplikace.
Psychomotorický	P je schopna samostatně provádět péči o incize.	Praktická ukázka ve sprše při prvním vstávání s pacientkou.	5 min.	P zvládá hygienickou péči o incize vzniklé operací.

Zdroj: vlastní

7.3 Kazuistika č. 3

Anamnéza:

Pacientka ve věku 32 let, po třech spontánních porodech. První těhotenství probíhalo fyziologicky. Váhový přírůstek matky byl 19 kg. Spontánní porod v roce 2011. Porod proběhl bez epidurální analgezie a další medikace. První doba porodní trvala 9 hodin a 52 minut, druhá doba porodní 1 hodinu a 21 minut. Porodní mechanismus záhlaví/předhlaví. Narozena zdravá dívka váha/míra 3760 g/51 cm. Při porodu bylo nutné provést nástřih hráze vlevo, který se zhojil per primam. Od porodu si pacientka stěžuje na únik moče při kašli, smíchu, při zvedání těžkého předmětu, ale i při kojení. Dále trpí únikem střevních plynů a řídké stolice. Pacientka odeslána po šestinedělí do urogynekologické ambulance. Po zevrubném vyšetření bylo zjištěno, že pacientka trpí stresovou inkontinencí typu II. Při vaginálním vyšetření se prokázala avulze I. sin., přední a zadní strana pochvy v normě, hrdlo nesestupuje. Na UZ sphinkteru se žádný defekt neprokázal. Pacientce bylo doporučeno fyzioterapeutické sezení na křesle Biocon a rehabilitační cvičení na posílení pánevního dna. Dále byla pacientce doporučena redukční dieta vzhledem k nadváze. Další kontrola za 6 měsíců. Po půl roce pacientka neudává výrazné zlepšení. Pacientka absolvovala 12 sezení na křesle Biocon. Rehabilitační cvičení na posílení pánevního dna pacientka cvičí jen občas. Znovu byl pacientce zdůrazněn význam pravidelného každodenního cvičení. Druhý spontánní porod v roce 2013, bez komplikací, bez porodního poranění. Váha/míra dítěte 3500 g/50 cm. Obtíže s únikem moče, střevních plynů a řídké stolice stále přetrvávají. Pacientka pozvána na další kontrolu po šestinedělí. Nález bez zlepšení. Pacientka pokračuje v sezení na křesle Biocon, taktéž s rehabilitačním cvičením pánevního dna. V roce 2015 třetí spontánní porod, bez komplikací a porodního poranění. Váha/míra dítěte 3640 g/51 cm. Pacientka na kontrole v naší ambulanci po čtyřech měsících od posledního porodu. Stěžuje si na nelepšící se úniky moči, a to při kašli, smíchu, kojení a zvedání dětí. Rovněž úniky střevních plynů a řídké stolice přetrvávají. Pacientka požaduje chirurgické řešení. Vzhledem k nedávnému porodu a plnému kojení je operační výkon odložen do doby po ukončení laktace. Pacientka byla upozorněna, že v případě dalšího těhotenství je anti inkontinenční výkon absolutní indikací k císařskému řezu. Pacientka souhlasila. Dále pokračuje v rehabilitačním cvičení pánevního dna a sezení na křesle Biocon.

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče dosud žijí. Otec je léčen na hypertenzi. Matka zdravá. Pacientka má jednu sestru, která se od dětství léčí s astmatem bronchiale.

Osobní anamnéza:

Běžná dětská onemocnění. V dětství fraktura pravé horní končetiny. V roce 2010 korekční operace očí. Pacientka trpí nadváhou. Dietu nedrží. Nekouří. Alkohol příležitostně. Abúzus drog neudává.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace od 12 let, pravidelná 38/6. Vaginální záněty neudává, mykózami netrpí. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. UPT neudává. Venerická onemocnění neudává. Pacientka po třech spontánních porodech v roce 2011, 2013 a 2015. Všechny porody proběhly bez komplikací. Děti jsou zdravý. Pacientka všechny děti kojila do 1,5 roku věku.

Alergická anamnéza:

Pacientka je alergická na včelí bodnutí. Lékovou alergii neudává.

Sociálně – pracovní anamnéza:

Pacientka je vdána a žije ve dvougeneračním rodinném domku se svými rodiči a mladší sestrou. Pacientka otěhotněla po ukončení vysoké školy. Dosud nikde nepracovala. Je vystudovaná speciální pedagožka.

Nynější onemocnění:

Pacientka trpí od prvního porodu v roce 2011 inkontinencí II. typu, dále má obtíže s častým únikem střevních plynů a řídké stolice.

Posouzení dle ošetřovatelského modelu M. Gordonové

Vnímání zdraví

Pacientka se považuje za zdravého člověka. Nikdy příliš nestonala. Zdravotní problémy u pacientky nastaly po prvním porodu v roce 2011. Pacientka začala trpět únikem moče při kašli, smíchu, ale také při kojení a zvednutí těžkého předmětu. Mimo jiné se přidružil únik střevních plynů a řídké stolice. „Bylo to hrozné, měla jsem plné ruce

práce s dítětem a do toho jsem se potýkala s pomočováním a únikem řídké stolice. Velice nepříjemné to bylo během kojení. Začala jsem si pod sebe dávat hygienickou podložku, ale i tak to nebylo nic moc. Než jsem se mohla jít osprchovat, tak jsem musela dokojit a postarat se o miminko.“ Pacientka poté porodila další dvě děti v poměrně krátkém časovém intervalu. Její problémy dosud trvají i přes soustavnu rehabilitaci a fyzioterapii.

Výživa

Pacientka je obézní. Její BMI je 33,2. Pacientka byla silnější postavy už v dětství. *„U nás v rodině se vždy vařila klasická česká kuchyně. Maminka s babičkou byly výborné kuchařky. Ke sportu nás nikdo nevedl.“* Pacientka dosud nezhubla poporodní kila a ani se o to příliš nesnaží. *„Manželovi se líbím taková, jaká jsem.“* Pacientka denně vaří. Je zvyklá po dětech dojídat. Nemá kontrolu nad tím, kolik toho za den sní. V rámci konzervativní léčby močové inkontinence bylo pacientce doporučeno snížení váhy. Pacientka rady neuposlechla.

Vylučování

Pacientka má od prvního porodu problémy s únikem moče, střevních plynů a řídké stolice. Před otěhotněním a během prvního těhotenství se žádné takové problémy neobjevily. Nykturii neguje. Pacientka trpí občasnými zácpami. Při potížích užívá jednu polévkovou lžici Lactulozy denně.

Aktivita a cvičení

Pacientka se nevěnuje žádné fyzické aktivitě. Má raději rodinné procházky v okolí nebo kratší výlety o víkendech. Více než sport preferuje návštěvu kulturních akcí, divadel, kina. S manželem jsou nadšenými šachisty. Své děti k pohybu motivovat nemusí. *„Jsou jak z divokých vajec, zatím je pohyb baví. V budoucnosti je rozhodně nutit nebudu.“* Pacientce již při první návštěvě urologické ambulance byl doporučen rehabilitační tělocvik na posílení svalů pánevního dna. Pacientka se snažila cvičit denně, ale vždy jí toto přesvědčení vydrželo jen pár dní. S rozrůstající se rodinou měla stále méně času toto cvičení zařadit do každodenního života. *„Se třemi dětmi jsem ráda, že vůbec zvládám domácnost. Rodiče sice pohlídají, ale to jsem ráda, že si můžu na chvíli sednout a něco si přečíst nebo se podívat na televizi. Na cvičení nemá člověk náladu.“*

Spánek a odpočinek

Vzhledem k tomu, že má pacientka tři malé děti, se během noci příliš nevyspí. Poslední dobou se to mírně zlepšilo, jelikož pacientka přestala kojít. Pacientka by si ráda po obědě pospala společně s dětmi, ale to by prý nestihla udělat věci v domácnosti. *„S dětmi nic neudělám, když spí tak vařím, pečů nebo žehlím. Když se děti vyspí, tak můžeme trávit čas hrou. Večer chodím spát kolem deváté hodiny, když už děti spí. Manžel ještě pracuje nebo se dívá na televizi.“* Dříve se spánkem problémy neměla.

Vnímání

Pacientka je aktivní mladá žena. Je plně orientována. Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je velice milá žena s kladným přístupem k životu. Svou situaci vnímá jako vyřešitelnou s dobrou prognózou. Věří, že bude zákrok úspěšný.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdaná a žije se svým manželem a třemi malými dětmi ve dvougeneračním domě se svými rodiči. S manželem obývají horní patro domu. Pacientka otěhotněla hned po ukončení vysoké školy. Je speciální pedagožka, dosud nikde nepracovala. V kontaktu s lidmi je velmi přátelská a otevřená. Má velký smysl pro humor a životní optimismus. Ze svých problémů si dělá legraci, snaží se je zlehčovat. Pacientka má několik blízkých přátel, kterým se se svými zdravotními potížemi svěřila. Přijali to s pochopením a nabídkou pomoci. Pacientce se psychicky velmi ulevilo. *„Měla jsem pocit, že na to nejsem sama. Potřebovala jsem vědět, že mě moji nejbližší přátelé pochopí a neodsoudí mě.“*

Sexualita, reprodukční schopnost

V této oblasti pacientka neudává žádné potíže. Bolestmi při styku nikdy netrpěla. Před svým manželem se za své problémy s únikem moče nestydí. Je to její nejbližší člověk. Jejich vztah je velice hluboký. *„Před Bohem jsme si slíbili, že spolu budeme v radosti i nemoci. Manžel zná moje zdravotní potíže a je mi velkou oporou. Můžu se mu se vším svěřit.“*

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pacientka je klidné, nekonfliktní povahy. Někdy je toho ale na ní moc a stresové situace tzv. „zajídá.“ Tento zlozvyk si vypěstovala během studia na vysoké škole. Během zkouškového období byla schopna přibrat i 5 kg. „*Po zvlášť náročném dni si večer, když už děti spí, sednu s manželem k televizi a jím všechno, co mi přijde pod ruku. Vím, že je to nezdravé a že tloustnu, ale nemůžu si prostě pomoci. Je to takový můj způsob relaxace.*“

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je věřící. Hlásí se k římskokatolické církvi. S manželem se seznámila na setkání římskokatolické mládeže ve Velehradě. Svoje děti vychovává v souladu s vírou.

Jiné

Stav při přijetí:

Datum příjmu: 8. 5. 2017

Váha: 85 kg

Míra: 160 cm

BMI: 33,2

Tepová frekvence: 78/minutu

Krevní tlak: 130/80 Torr

Tělesná teplota: 36,4°C

Stolice: únik řidší stolice – cca 2x týdně již po prvním porodu, častý únik plynů

POP Q: Aa -2, Ba -2, C -7, D -8, Ap -2, Bp -2, GH 4, pb 4, TVL 9, ox 1/1
(referenční hodnoty viz příloha)

vag: přední i zadní stěna v normě, hrdlo nesestupuje, avulze I. sin

závěr: inkontinence moče, plynů a řídké stolice

Indikace:

Pacientka byla přijata na gynekologicko – porodnickou kliniku ÚPMD k plánovanému operačnímu řešení metodou minisling (kotvené implantáty) – s diagnózou stresové inkontinence II. stupně.

Ošetrovatelský postup:

Pacientka byla přijata den před plánovaným výkonem (8. 5. 2017). Byla uvedena na nemocniční pokoj, kde jí bylo ukázáno signalizační zařízení a vysvětlen následující postup před operací. Pacientka se převlékla do své košile a uložila si své věci. Poté se pacientka dostavila na sesternu, kde jí byla odebrána krev a předložen k podpisu souhlas s plánovaným výkonem. Pacientka rovněž předložila předoperační vyšetření, které vyhotovila její praktická lékařka. Na základě výsledků krevních testů a po dohodě s pacientkou, byla anesteziologem indikována spinální anestezie. Večer byla pacientka poučena o tom, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít ani kouřit, nesmí mít na sobě žádné šperky. Na noc byl pacientce nabídnut Diazepam 5 mg tbl., který odmítla.

Tabulka č. 7. Hematologické vyšetření – krevní obraz ze dne 8. 5. 2017

Sledovaná frakce	Hodnota	Referenční rozmezí
Leukocyty (WBC)	7,1 x10 ⁹ /l	4 – 10 x10 ⁹ /l
Erytrocyty (ERY)	4,12 x10 ¹² /l	3,8 – 4,9 x10 ¹² /l
Hemoglobin (HGB)	140g/l	120 – 162g/l
Hematokrit (HCT)	40,5	36 – 46%
Trombocyty (PLT)	360 x10 ⁹ /l	135 – 400 x10 ⁹ /l

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8. Hemokoagulační vyšetření ze dne 8. 5. 2017

Sledovaná frakce	Hodnota	Referenční rozmezí
APTT	30,5	25,6 – 40 s
Quick test	13	12 – 15 s
Antitrombin (AT III)	65	> 60 až 70 %

Zdroj: vlastní

Biochemické vyšetření krve ze dne 8. 5. 2017

C – reaktivní protein (CRP): 1,0 mg/l **referenční rozmezí:** 0,0 – 12,0 mg/l

Den operace:

Druhý den 9. 5. 2017 v 7:30 hod. byla pacientka oholena, byla jí vyčištěna pupeční jizva, nataženy elastické punčochy a aplikován Clexan 0,6 ml s. c do břicha. Pacientce byla rovněž zajištěna žíla na levé horní končetině v oblasti véna cephalica a aplikována premedikace Degan 10 mg + Buskopan 20 mg i. v, poté podána infuze Ringerova roztoku (Ringer laktát) 1000 ml. Pacientka byla i s dokumentací převezena na operační sál.

Průběh zákroku:

Po zacévkování močového měchýře PMK Folley CH 18, byla operace zahájena asi 1,5 cm incizí, která začínala 1 cm pod uretrou. Následně byla uvolněna poševní sliznice od okolní tkáně a tupými nůžkami vytvořen tunel, který vedl k musculus obruratorus internus. Za pomoci tenkého jehlového zavaděče byla ukotvena páska do vnitřního obturátorového svalu, a to na obou jeho stranách. Tah pásky byl nastaven podle hloubky průniku kotvy pásky do obturátorového svalu. Poté byla odstrížena přebytečná páska a sešita incize. Pacientce byla do pochvy zavedena tamponáda. Průběh operace proběhl bez komplikací s minimální krevní ztrátou. Doba zákroku 15 minut.

Průběh hospitalizace:

Pacientka byla převezena zpět na urogynekologické oddělení v doprovodu sestry. Měla ze sálu zaveden Folleyův katétr, tamponádu a kanylu v levé horní končetině. U pacientky jsme sledovali vitální funkce do stabilizace, dále příjem a výdej tekutin a krvácení. Na bolest pacientka dostala Tramal 50 mg i.m. Jakmile byla pacientka stabilní, dostala napít. Vzhledem ke zvýšené teplotě byla pacientka poučena o důležitosti pitného režimu. Pacientka byla během dne neklidná a stěžovala si na bolest. Po dohodě s lékařem dostala Diclorem 100mg supp. Dále si opakovaně stěžovala na pálení a řezání kolem uretry v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru. Pacientka byla ujištěna, že se nejedná o infekci, ale o nepříjemné podráždění a že jde pouze o krátkodobé zajištění močových cest. Pacientka se po odeznění bolesti zklidnila. Při večerní vizitě odstranil lékař pacientce tamponádu a zkontroloval krvácení, které bylo střední intenzity. Folleyův katétr a kanyla byly pacientce ponechány do druhého dne. Po večeri se pacientka s naší pomocí sama postavila a došla se vysprchovat. Na noc dostala Diazepam 5 mg tbl. Poté spala klidně celou noc.

Tabulka č. 9. Měření fyziologických funkcí ze dne 9. 5. 2017

Veličina	0. hodina	1. hodina	5. hodina	12. hodina
Krevní tlak [mm Hg]	115/60	115/65	120/80	120/75
Puls [min ⁻¹]	80	82	75	77,5
Dech [min ⁻¹]	15	16	16	15
SpO2 [%]	97	97	97	98
Teplota [°C]	neměřena	37,6	37,5	37,5

Tabulka č. 10. Příjem a výdej tekutin ze dne 9. 5. 2017

Datum	Příjem	Výdej
9. 5. 2017 za 12 hodin od příjmu ze sálu	Enterální 725 ml Parenterální 1000 ml	Moč 1550 ml Stolice 0
Celkem	1725 ml	1550 ml

Zdroj: vlastní

1 pooperační den:

Ráno byl pacientce do břicha aplikován Clexan 0,6 s.c., poté jí byl odstraněn Foleyův katétr a kanyla z levé horní končetiny. Pacientka již nekrvácela, pouze špinila tmavou krví. Pacientka byla poučena, jak se má starat o incize v tříslech a mohla se jít osprchovat. Po dvou hodinách od vyndání močového katétru se pacientka spontánně vymočila. Pacientka se již cítila mnohem lépe a na bolest si již nestěžovala. Krevní tlak a teplota v normě.

2 pooperační den:

Po posouzení pacientčina zdravotního stavu lékař rozhodl, že může být pacientka propuštěna do domácího léčení. Pacientka byla řádně poučena o klidovém režimu. Nesmí zvedat těžší předměty než 5 kg po dobu 2–3 týdnů, pohlavní styk nejdříve po 6 týdnech, incize do zhojení pouze sprchovat a větrat. Za týden kontrolní UZ. Pacientka byla hospitalizována 4 dny.

Ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem 00132

Subjektivně: Pacientka sdělí nebo označí bolest, změněná chuť k jídlu a změna příjmu potravy, úzkost, strach.

Objektivně: Obranné chování pacientky (úlevové polohy, gestikulace), bolestivý výraz v obličeji, grimasy.

Očekávané výsledky: Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti, je schopna sledovat bolest, naučí se metodám zmírňování bolesti, pacientka dodržuje farmakologický režim.

Ošetřovatelské intervence: Posud' bolest a ovlivnitelnost bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, pomoz pacientce se změnou polohy.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo, pacientka pochopila, proč bolest vznikla, umí ji zhodnotit. Umí při mobilizaci vstát tak, aby se bolest nezhoršovala.

Zhoršený komfort v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katetrem 00214

Subjektivně: Pacientka pociťuje silný dyskomfort v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru, při pohybu si stěžuje na pálení, řezání.

Objektivně: Močový katétr odvádí čirou moč samospádem do sběrného sáčku, oblast kolem uretry je klidná, bez známek infekce.

Očekávané výsledky: Pacientka pochopí význam zavedení permanentního močového katétru, sestra pacientku uklidní sdělením, že se jedná o krátkodobou záležitost.

Ošetřovatelské intervence: Poskytni pacientce veškeré informace o důvodu zavedení permanentního močového katétru, motivuj pacientku k pozitivnímu myšlení, snaž se odvrátit její pozornost jiným směrem.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Pacientka se uklidnila a přestala si stěžovat na nepříjemné pocity v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru. Po 24 hodinách od operace byl katétr zrušen. Žádné známky infekce se neobjevily.

Riziko vaginálního krvácení v souvislosti s operačním výkonem 00206

Rizikové faktory: Krvácivé stavy po operaci, infekce při nedodržení hygieny.

Očekávané výsledky: Pacientka chápe důvody vaginálního krvácení, dokáže posoudit jeho intenzitu, při komplikacích ví, na koho se obrátit, krvácení bude mít klesající intenzitu.

Ošetřovatelské intervence: Vysvětlí pacientce příčiny krvácení, dále upozorní na rizika pooperačních krvácivých stavů, pouč pacientku o vhodném tělesném pohybu a prevenci krvácení – klidový režim, pacientka bude dodržovat zvýšená hygienická opatření.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo. Pacientka neměla žádné krvácivé komplikace. Druhý den po zákroku pouze špinila.

Edukační plán:

Účel: Edukace pacientky o pooperačním klidovém režimu.

Cíl: Pacientka pochopí smysl klidového režimu po prodělané operaci. Naučí se správně vstávat z lůžka. Pacientka pochopí, proč nesmí delší dobu zvedat svoje děti do náručí.

Pomůcky: Informace sdělené sestrou, praktická ukázka vstávání z lůžka.

Výukové metody: Teoreticko – praktické

Tabulka č. 11. Edukační plán

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka pochopí smysl klidového režimu po operaci. Seznámí se s potenciálními komplikacemi při jeho nedodržení.	Vysvětlit pacientce, proč je důležité vstávat z lůžka přes bok. Vysvětlí pacientce, že první vstávání do sprchy je vždy v doprovodu sestry.	10 min.	Pacientka má dostatek informací o průběhu klidového režimu. Zná všechna rizika a komplikace, která mohou nastat při nedodržení klidového režimu.
Afektivní	Pacientka uzná, že klidová opatření jsou nutná, že nebude zvedat těžké předměty ani svoje děti po dobu 2-3 týdnů. Pacientka nebude mít pohlavní styk po dobu 6 týdnů.	Zdůraznit potenciální vznik komplikací při nedodržení klidového režimu.	5 min.	Pacientka zná všechny zásady a doporučení klidového režimu a bude je dodržovat.
Psychomotorický	Pacientka je schopná se správným způsobem zvednout z lůžka.	Praktická ukázka správného vstávání z lůžka.	10 min.	Pacientka se naučila správnému vstávání z lůžka po operaci.

Zdroj: vlastní

8 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Při sběru dat z dokumentace a z rozhovorů s pacientkami jsme zjistili, že se u nich objevují shodné faktory, které mohly vyvolat rozvoj močové inkontinence po vaginálním porodu. Prvním shodným ukazatelem byl vyšší věk. Dvě ze tří pacientek poprvé porodily po 30 roku věku. Odkládání těhotenství do vyššího věku ženy s sebou nese určitá rizika, mezi která patří následná inkontinence moči a sestup pánevních orgánů. Dalším shodným znakem byla slabá děložní činnost v průběhu porodu. U dvou ze tří pacientek byl indikován Oxytocin na podporu děložních kontrakcí. Doba trvání I. doby porodní u všech tří pacientek nepřekročila 12 hodin, tedy průměrnou délku u prvorodiček. Druhá doba porodní byla prodloužená u dvou ze tří pacientek, což má významný vliv na pánevní dno a rovněž na rozvoj inkontinence moče. U jedné z nich trvala druhá doba porodní 1 hodinu a 40 min, porod byl následně veden per forcipem Kjeland. Následně se po šestinedělí u pacientky prokázala avulze pochvy bilaterálně. U druhé pacientky trvala druhá doba porodní 1 hodinu a 21 minut, porodní mechanismus byl záhlaví/předhlaví. Po šestinedělí byla u pacientky prokázána avulze pochvy l.sin. U všech tří pacientek byla provedena epiziotomie hráze. Ve všech případech se epiziotomie zhojila per primam. Pouze jedna z pacientek si stěžovala na bolestivý pohlavní styk. Co se týče váhy novorozence, tak všechny děti byly nad průměrnou váhou, která činí 3300 g. Vyšší váha dítěte hraje opět významnou roli v rozvoji inkontinence moči po vaginálním porodu.

U všech tří pacientek došlo k rozvoji inkontinence moči po prvním vaginálním porodu. Následně všem třem pacientkám byla doporučena rehabilitace pomocí cviků na posílení svalů pánevního dna a fyzioterapie pomocí křesla Biocon. Ve všech třech případech nedošlo k žádnému významnému zlepšení. Léčba inkontinence moči pomocí chirurgického výzkumu byla provedena u dvou ze tří pacientek. Jedna pacientka tuto možnost léčby odmítla a zvolila si aplikaci Bulkamidu., bez nutnosti hospitalizace.

Přehled jednotlivých sledovaných faktorů jsme zpracovali do přehledné tabulky. Shoda ve všech třech případech je v tabulce vybarvena fialovou barvou.

Tabulka č. 12. Přehled sledovaných rizikových faktorů

Rizikové faktory	1. pacientka	2. pacientka	3. pacientka	Výsledek
Věk	41let	31 let	25 let	Dvě ze tří pacientek porodily po 30 roku věku.
Slabá děložní činnost	ne	ano	ano	U jedné pacientky ze tří nebyla diagnostikována slabá děložní činnost.
Oxytocin	nepodán	podán v infuzi	podán v infuzi	Pouze u jedné pacientky nebyl ordinován Oxytocin.
Délka první doby porodní	11 hodin 30 min.	6 hodin a 30 min.	9 hodin 52 min.	Průměrná délka první doby porodní u prvorodičky je 6-12 hodin.
Délka druhé doby porodní	45 min.	1 hod. 40 min.	1 hod. 21 min.	Neměla by trvat déle než 60 min.
Způsob vedení porodu	Záhlaví/před hlaví	per forcipem Kjeland	Záhlaví/před hlaví	Jedna pacientka ze tří porodila per forcipem Kjeland.
Porodní poranění	epiziotomie I. sin, zhojeno per primam	epiziotomie I sin., rozsáhlejší poranění v oblasti hráze a pochvy, zhojeno per primam	epiziotomie I. sin., zhojeno per primam	U všech tří pacientek byl proveden nástřih hráze.

Tabulka č. 13. Přehled sledovaných rizikových faktorů

Rizikové faktory	1. pacientka	2. pacientka	3. pacientka	Výsledek
Avulze pochvy	neprokázána	avulze bilaterálně	avulze I. sin	Pouze u jedné ze tří pacientek nebyla prokázána avulze pochvy.
Váha dítěte	3450 g	3340 g	3760 g	U všech tří pacientek byla porodní váha dítěte nad normou (3300 g).
Rozvoj inkontinence moči	Po prvním porodu	Po prvním porodu	Po prvním porodu	U všech tří pacientek došlo k rozvoji inkontinence moči po prvním porodu.
Konzervativní terapie	Cviky na posílení svalů pánevního dna, Biocon, vag. kónusy	Cviky na posílení svalů pánevního dna, Biocon	Cviky na posílení svalů pánevního dna, Biocon	U všech tří pacientek nedošlo k významnému zlepšení inkontinence moči.
Operační řešení	Aplikace Bulkamidu	Metoda TOT	Metoda minisling (kotvené implantáty)	Všechny tři pacientky absolvovaly zákrok bez obtíží.

Zdroj: vlastní

9 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali problémem rozvoje močové inkontinence po vaginálním porodu. V této části práce jsme se snažili shrnout výsledky, ke kterým jsme došli v jednotlivých kazuistikách, porovnali jsme je s odbornou literaturou a uvedli výstup z naší práce.

Prvním cílem bylo vypracovat kazuistiky u tří záměrně vybraných žen, u kterých došlo k rozvoji inkontinence moče bezprostředně po vaginálním porodu. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsme mohli hlouběji popsat jednotlivé případové studie. S každou pacientkou byl také veden rozhovor, který nám pomohl doplnit a ucelit celkový pohled na daný problém. Při sběru dat jsme použili model funkčního zdraví Majory Gordonové. V jednotlivých kazuistikách jsme se podrobně zaměřili na průběh porodu a období šestinedělí, kdy nejčastěji dochází k prvním únikům moči. Dále jsme sledovali průběh doporučené terapie, její úspěšnost a následné chirurgické řešení. V období nástupu pacientek k operačnímu výkonu jsme se aktivně podíleli na jejich ošetrovatelském postupu. Popsali jsme celou dobu hospitalizace den po dni.

Naším druhým cílem bylo zjistit nejčastější rizikové faktory, které vedou k rozvoji inkontinence moče po vaginálním porodu. Při sběru dat jsme přišli na shodné rysy u jednotlivých pacientek, které mohly být vyvolávajícími faktory inkontinence moče. Seřadili jsme je, dle logické posloupnosti v návaznosti na průběh porodu a šestinedělí. Zaměřili jsme se na věk pacientky při prvním porodu, který hraje významnou roli v rozvoji inkontinence moči. Doc. Krofta ve své prospektivní studii uvádí, že ženy, které byly při prvním porodu starší 35 let, udávali 12 měsíců po vaginálním porodu častější výskyt stresové inkontinence [MEDICAL TRIBUNE CZ, 2018-03-25]. Dále jsme sledovali slabou děložní činnost, která vede k podání Oxytocinu v průběhu porodu a může zásadním způsobem ovlivnit délku první a druhé doby porodní. Odborná literatura uvádí, že na vznik porodního poranění má vliv druhá doba porodní trávající déle než 50 minut (Herbert, 2009 s. 41). Dalším významným rizikovým faktorem, který jsme sledovali byl způsob vedení porodu. U jedné ze tří pacientek byl porod veden per forcipem Kjeland. Takto vedený porod představuje pro svaly pánevního dna extrémní zatížení. Jeho vlivem je nejčastěji postižen musculus levator ani, který může být natržen nebo zcela bilaterálně odtržen od pánevní stěny. Tyto morfologické změny mají podstatný podíl na rozvoji stresové inkontinence moči [MEDICAL TRIBUNE CZ, 2018-03-25]. Klešťový porod má také vliv

na vznik avulze pochvy. Podle studie Doc. Krofity z roku 2006 vykazuje 63,6% žen po klešťovém porodu avulzi pochvy. Z toho 48% bilaterálně a 51,7% jednostranně (Kašíková, 2012 s. 274). Porodní poranění jsme našli u všech tří pacientek. Ve všech případech byla provedena epiziotomie. Jedna z pacientek měla ještě další rozsáhlejší poranění hráze a pochvy. Starší odborná literatura pohlíží na epiziotomii jako na prevenci poranění pánevního dna. V dnešní době je tento názor zcela zapomenut (Kašíková, 2012 s. 274). Mezi další rizikové faktory patří vyšší hmotnost dítěte. Ve všech třech případech se pohybovala váha novorozenců nad váhovým průměrem (3300 g). Zde jsme se s odbornou literaturou rozešli. Dle aktualizované směrnice RCOG, 2007 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) je rizikovým faktorem pro rozvoj inkontinence moči váha dítěte nad 4000 g. Vycházeli jsme z odborné literatury, která všechny naše sledované veličiny zahrnuje do nejčastějších rizikových faktorů, které vedou ke vzniku inkontinence moči. Rovněž jsme se zabývali konzervativní léčbou a jejími postupy při řešení stresové inkontinence moči u žen po vaginálním porodu. Konzervativní léčba, která zahrnuje především cviky na posílení svalů pánevního dna, cviky s vaginálními kónusy a fyzioterapii pomocí křesla Biocon, představuje základ v léčbě inkontinence moči. Velký důraz se klade právě na systematické cvičení svalů pánevního dna, které by budoucí maminky měly cvičit již v průběhu těhotenství. Stále se vychází z cviků dle Kegela, ale tato metoda je v současné době mnohem propracovanější. Do cvičení se zapojuje bránice a nácvik správného dýchání. Při správné technice dýchání jde bránice dolů a dojde k lepšímu prokrvení pánevních orgánů. Dále se posilují břišní, zádové svaly a gluteální svaly. Zde se používá technika podle Mojžíšové (Drobilová, 2010 s. 44). Další možností konzervativní léčby je využití fyzioterapie pomocí křesla Biocon. Podle studie Holaňové, Krhuta a Muroňové z roku 2008 se uvádí, že cvičení prováděné dvakrát týdně je nedostačující. Rovněž se nedá výsledek konzervativní léčby očekávat dříve než za šest měsíců. Všechny tři vybrané pacientky cvičily rehabilitační cviky na posílení svalů pánevního dna a podstoupily fyzioterapii pomocí křesla Biocon. Jedna z pacientek rovněž cvičila s vaginálními kónusy. Bohužel ve všech třech případech nedošlo k výraznému zlepšení projevů stresové inkontinence moči a všechny tři pacientky byly indikovány k chirurgickému výkonu. Jedna ze tří pacientek toto mini invazivní řešení odmítla z důvodu hospitalizace. Proto byl pacientce aplikován Bulkamid. Ostatní dvě pacientky podstoupily mini invazivní anti inkontinenční operaci. Jedna z pacientek byla indikována k operaci TOT. Druhé pacientce byla doporučena nejnovější metoda kotvených implantátů (minisling). Metoda minisling má dle krátkodobých studií vysokou úspěšnost (u

primoinkontinence je to 94%). Úspěšnost u aplikace Bulkamidu je podle krátkodobých studií 72–100%. Po jednom roce až dvou letech efektivita klesá asi na 57%. Bulkamid lze aplikovat opakovaně (Krofta, 2003 s. 855).

Třetím cílem naší práce bylo zjistit, zda existují nějaká preventivní opatření, která by zabránila rozvoji inkontinence moči po vaginálním porodu. Z odborné literatury jsme zjistili, že je potřeba se zaměřit na posílení svalů pánevního dna, a to již v období prvního těhotenství. Toto cvičení významně snižuje výskyt inkontinence moči po vaginálním porodu (Herbert, 2009 s. 41; O'Reilly, 2009). Mezi další preventivní opatření můžeme zařadit šetrné vedení vaginálního porodu. Výběrem vhodné porodní polohy lze minimalizovat porodní poranění a tedy trauma pánevního dna. Vyžaduje to dobře proškolený zdravotnický personál na porodním sále, který dokáže s rodičkou účinně pracovat v průběhu porodu (Herbert, 2009 s. 40). Budoucí rodičky by měly být seznámeny se všemi riziky, ale i klady vaginálního porodu. Měly by od svého gynekologa dostat ucelený souhrn informací o možném riziku rozvoje inkontinence moči po vaginálním porodu.

Naším posledním cílem bylo vytvořit informační leták, který by edukoval budoucí maminky a další ženy o prevenci inkontinence moče, posilování svalů pánevního dna, šetrném způsobu vedení porodu (vhodné polohy pro tlačení a samotný porod). Dále by zde byly uvedeny informace o tom, kam se obrátit při vzniklých potížích a také o možnostech léčby inkontinence moči. Tento leták by byl ženám dostupný v gynekologických a prenatálních ambulancích a také u praktického lékaře. O šíření informačního letáku a cílenou edukaci by se staraly všeobecné sestry a porodní asistentky. V tomto směru vidíme široké pole působnosti pro nelékařský personál. Předpokládá to ale podrobnou znalost problému, ochotu se dále vzdělávat a dostatek času na edukaci pacientek. Tato práce by mohla posloužit všeobecným sestrám a porodním asistentkám jako přehledný souhrn informací o inkontinenci moči, která se rozvinula v důsledku vaginálního porodu.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má vaginální porod na následný rozvoj inkontinence moče. V teoretické části práce jsme se zaměřili na anatomické poměry v malé pánvi, rozdělení a mechanismus vzniku jednotlivých typů inkontinence moči, možnosti léčby, mechanismus poškození pánevního dna, úlohu sestry v urologické ambulanci a kvalitu života žen trpících močovou inkontinencí.

V praktické části práce jsme podrobně popsali tři případové studie u vybraných pacientek s inkontinencí moči. U každé pacientky jsme podrobně popsali její anamnézu, zaměřili jsme se na průběh a způsob vedení porodu, rozsah porodního poranění a váhu dítěte. Také nás zajímali možnosti konzervativní a chirurgické léčby. Všechny sledované pacientky byly indikovány k chirurgickému řešení inkontinence moči. V rámci odborné praxe na oddělení uro-gynekologie jsme se aktivně zapojili do ošetrovatelského plánu, který jsme také následně popsali v naší práci. Prostřednictvím kazuistik jsme se snažili o ucelený pohled na problém inkontinence moči, která se rozvinula následkem vaginálního porodu. Myslíme, že se nám to povedlo.

Poznatky z výzkumného šetření jsme shrnuli v diskusi, ve které též uvádíme návrh pro praxi. Z jednotlivých kazuistik vyplynulo, že na rozvoji močové inkontinence po porodu se podílí mnoho faktorů, které se ve zkoumaných případech shodují. Tyto shodné faktory jsme podrobně popsali a srovnali s odbornou literaturou. Poté jsme je seřadili v logické posloupnosti do přehledné tabulky. Dále jsme se snažili najít nové přístupy v konzervativní a chirurgické léčbě. Došli jsme k závěru, že v problému inkontinence moči, která se rozvinula po porodu, hraje největší roli prevence a edukace pacientek. Z tohoto poznatku vyplývá naše doporučení pro praxi. Navrhli jsme informační leták, který by zevrubně informoval ženy a budoucí maminky o rizicích vzniku inkontinence moči po vaginálním porodu. Zde vidíme velký potenciál v uplatnění všeobecných sester a porodních asistentek. Všechny cíle, z kterých jsme vycházeli při psaní naší práce, jsme splnili.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALUŠÍKOVÁ, Marie. Léčba močové inkontinence u žen. *Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2016, 1(1), 1-4. ISSN 1211-0647.

DROBILOVÁ, Bohumila. Pelvis klub a cvičení po porodech a gynekologických operacích. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, (4), 46. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Močová inkontinence – medicínsko – psychologický a sociálně – hygienický problém. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, (12), 56-61. ISSN 1210-0404.

HERBERT, Julia. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nursing Times*, 2009, 105, č. 7, s. 38–41.

HOLAŇOVÁ, Romana, Jan KRHUT a Iva MUROŇOVÁ. Efekt fyzioterapie v léčbě močové inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, (1), 41. ISSN 1210-0404.

KAŠÍKOVÁ, Eva. Vaginální porod a pánevní trauma. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2012, (3). ISSN 1212-4184.

KRČMÁŘ, Michal. Vliv těhotenství a porodu na rozvoj inkontinence moči. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2014, (5), 37. ISSN 1212-4184.

KRHOVSKÝ, Miroslav. Biomechanický pohled na struktury ženského pánevního dna. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2011, (8), 379-384. ISSN 1214-8687.

KRHUT, Jan. Léčba ženské stresové inkontinence. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2014, (8), 48. ISSN 1212-4184.

KROFTA, Ladislav. 2 - Fyzioterapie inkontinence moči. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2003, (8), 855. ISSN 1212-4184.

MARADA, Tomáš. Inkontinence – nepříjemný problém. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, 18(6), 9-10. ISSN 1210-0404.

MARTAN, Alois. *Nové operační a léčebné postupy v urogynéologii*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2013, 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.

O'REILLY R., K. PETERS, B. BEALE and D. JACKSON, 2009. Women's experiences of recovery from childbirth: Focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (14), 2013-2019.

OTČENÁŠEK, Michal. Mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. *Sestra: Mimořádná příloha Inkontinence*. Praha: Mladá fronta, 2008, 18(6), 14-15. ISSN 1210-0404.

Pracovní postup péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči. In: Praha 2: Česká asociace sester, 2009, ČAS/PP/0001/2009, verze 2, s. 17.

RYBÁROVÁ, Lubica. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, (4), 38. ISSN 1210-0404.

SLÍVA, Jiří. Inkontinence – nemoc, která se dá léčit. *Tempus Medicorum*. Olomouc: Česká lékařská komora, 2008(10), 24. ISSN 1214-7524.

STANĚK, Roman. Léčba močové inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, 20(11), 40-43. ISSN 1210-0404.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Internetové zdroje:

MEDICAL TRIBUNE CZ: studie sledovala dysfunkce pánevního dna po porodu [online]. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, 2015 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/35312>

RL – CORPUS Metoda V. Vojty: Vojtův princip [online]. Olomouc: RL – CORPUS, 1995 [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: <http://www.rl-corporus.cz/vojtuv-princip/>

VČELÁK, Petr. *Studijní materiály*. Informatika a výpočetní technika. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Edukační plán	36
Tabulka č. 2. Hematologické vyšetření – krevní obraz ze dne 2. 5. 2017.....	42
Tabulka č. 3. Hemokoagulační vyšetření ze dne 2. 5. 2017	42
Tabulka č. 4. Měření fyziologických funkcí ze dne 3. 5. 2017	44
Tabulka č. 5. Příjem a výdej tekutin ze dne 3. 5. 2017.....	44
Tabulka č. 6. Edukační plán	47
Tabulka č. 7. Hematologické vyšetření – krevní obraz ze dne 8. 5. 2017.....	53
Tabulka č. 8. Hemokoagulační vyšetření ze dne 8. 5. 2017	53
Tabulka č. 9. Měření fyziologických funkcí ze dne 9. 5. 2017	55
Tabulka č. 10. Příjem a výdej tekutin ze dne 9. 5. 2017.....	55
Tabulka č. 11. Edukační plán	58
Tabulka č. 12. Přehled sledovaných rizikových faktorů	60
Tabulka č. 12. Přehled sledovaných rizikových faktorů	61

SEZNAM ZKRATEK

EF – endopelvická fascie

ICI Q – hodnocení případných potíží s inkontinencí moči

ISC – International Continence Society (Mezinárodní společnost pro inkontinenci)

MRI – magnetic resonance imaging (magnetická rezonance)

PIS Q 12 – hodnocení kvality sexuálního života

PMK – permanentní močový katétr

POP Q – pelvic organ prolapse

PVD – paravaginální defekt

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

TOT – transobturator tape

TVT – tension-free vaginal tape

UVJ – uretrovezikální junkce

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Souhlas s výzkumem (vrchní sestra ÚPMD)

Příloha č. 2 Informovaný souhlas (pacientka 1.)

Příloha č. 3 Informovaný souhlas (pacientka 2.)

Příloha č. 4 Informovaný souhlas (pacientka 3.)

Příloha č. 5 Dotazník PISQ 12

Příloha č. 6 Dotazník ICIQ-SF

Příloha č. 7 Tabulka referenčních hodnot POP Q skóre

Příloha č. 8 Oxford skóre

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma bakalářské práce: Rozvoj inkontinence moče po vaginálním porodu

STUDENT

Tereza Brychová, DiS.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: tera.brychova@gmail.com

VEDOUcí BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

PhDr. Jitka Krocová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

Ústav pro péči o matku a dítě

Hlavní sestra: Gabriela Kalousková

adresa zařízení: Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157/36, 147 00 – Praha 4, Podolí

kontakt: gabriela.kalouskova@upmd.eu


CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit vliv vaginálního porodu na následný rozvoj inkontinence moče.

S Vaším svolením bude v tomto zařízení proveden výzkum související s vypracováním bakalářské práce. Student, vykonávající výzkumnou studii, je povinen zachovávat mlčenlivost a respektovat a dodržovat právo na ochranu osobních dat. Identita zvolených jedinců nebude rozpoznána a budou použity pseudonymy.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Souhlasím s účastí ÚPMD Podolí ve výzkumné studii. Rozumím, že prezentace výsledků studie bude probíhat anonymně, zvolení jedinci nebudou ve studii identifikováni.

Podpis hlavní sestry: 
ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157
PSC 147 00 PRAHA 4 - PODOLÍ
Gabriela Kalousková
hlavní sestra

Datum:

8/3 2018

Podpis studenta:



Datum:

8.3.2018

Příloha č. 2 Informovaný souhlas (pacientka 1.)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Rozvoj inkontinence moče po vaginálním porodu

STUDENT

jméno: Tereza Brychová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: tera.brychova@gmail.com

VEDOUCÍ BP

jméno: PhDr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit vliv vaginálního porodu na následný rozvoj močové inkontinence.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletní studii vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 3 Informovaný souhlas (pacientka 2.)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Rozvoj inkontinence moče po vaginálním porodu

STUDENT

jméno: Tereza Brychová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: tera.brychova@gmail.com

VEDOUcí BP

jméno: PhDr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit vliv vaginálního porodu na následný rozvoj močové inkontinence.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletní studii vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 4 Informovaný souhlas (pacientka 3.)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Rozvoj inkontinence moče po vaginálním porodu

STUDENT

jméno: Tereza Brychová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: tera.brychova@gmail.com

VEDOUCÍ BP

jméno: PhDr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit vliv vaginálního porodu na následný rozvoj močové inkontinence.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletní studii vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 5 Dotazník PISQ 12

Iniciály:

Datum narození:

Dnešní datum:

Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ12) CZ

Pokyny: Dotazník obsahuje intimní otázky týkající se vašeho sexuálního života. Všechny informace v tomto dotazníku jsou **přísně důvěrné**. Všechny odpovědi budou pouze používány v tom smyslu, aby umožnily lékařům pochopit aspekty ovlivňující sexuální život. Prosíme o zaškrtnutí nejbližší odpovědi do příslušného okénka u každé otázky. Při volbě odpovědi hodnotte období za posledních 6 měsíců. Děkujeme za spolupráci.

1. Jak často pociťujete sexuální touhu? Tím je myšleno např.: chuť na sex, plánování sexu, pocit frustrace z nedostatku sexu a pod.

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

2. Zažíváte orgasmus (vyvrcholení) při pohlavním styku se svým partnerem?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

3. Cítíte pocit sexuálního vzrušení při sexuálních aktivitách s partnerem?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

4. Jak jste spokojená s různorodostí sexuálních aktivit vašeho současného sexuálního života?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

5. Je váš pohlavní styk bolestivý?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

6. Uniká či unikne vám moč během sexuální aktivity, či pohlavním styku?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

7. Omezuje obava z úniku moči, (či stolice) vaši sexuální aktivitu?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

8. Vyhýbáte se pohlavnímu styku, protože vám sestupuje pochva (pocit, že něco vypadává)?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

9. Míváte pocit strachu, odporu, studu nebo provinění při sexuálním styku s vaším partnerem?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

10. Mívá váš partner obtíže s erekcí, které způsobí omezení vaší sexuální aktivity?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

11. Mívá váš partner obtíže s předčasnou ejakulací, která způsobí omezení vaší sexuální aktivity?

Vždy Často Občas Zřídka Nikdy

12. Při porovnání orgasmů, které jste mívala v minulosti, jak intenzivní jsou nyní, v posledních 6 měsících?

Výrazně méně intenzivní Méně intenzivní Stejně Více intenzivní Výrazně více intenzivní

Příloha č. 6 Dotazník ICIQ-SF

ICIQ-UI SHORT FORM (Czech)

Jméno
Příjmení

DŮVĚRNÉ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
D	D	M	M	M	R	R

Dnešní datum

Mnoho lidí má občas problémy s únikem moči. Pokoušíme se zjistit, kolika lidí se únik moči týká a jak je únik moči obtěžuje. Budeme Vám vděční, když odpovíte na následující otázky. Vzpomeňte si, jak jste se v průměru cítil/a během POSLEDNÍCH ČTYŘ TÝDNŮ.

1 Vyplněte prosím datum Vašeho narození:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEN	MĚSÍC	ROK			

2 Jste (zaškrtněte jednu kolonku):

Žena Muž

3 Jak často se stane, že Vám unikne moč? (Zaškrtněte jednu kolonku)

- nikdy 0
asi jednou týdně nebo méně často 1
dvakrát nebo třikrát týdně 2
asi jednou za den 3
několikrát denně 4
stále 5

4 Rádi bychom věděli, kolik moči Vám podle Vašeho názoru unikne. Jak velké množství moči Vám obvykle unikne (ať už používáte ochranné prostředky nebo ne)? (Zaškrtněte jednu kolonku)

- žádná 0
malé množství 2
středně velké množství 4
velké množství 6

5 Do jaké míry Vám únik moči obvykle vadí ve Vašem každodenním životě?

Prosím zakroužkujte číslo mezi 0 (vůbec ne) a 10 (velmi)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne velmi

Skóre ICIQ: součet bodů 3+4+5

6 Kdy se Vám stane, že moč uniká? (Zaškrtněte prosím všechny kolonky, které se Vás týkají)

- nikdy – moč samovolně neuniká
uniká předtím, než mám čas se dostat na záchod
uniká při kašlání nebo kýchání
uniká ve spánku
uniká při fyzické činnosti/cvičení
uniká poté, co jsem se vymočil/a a oblékl/a se
uniká z neznámých důvodů
uniká stále

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Copyright © "ICIQ Group"

f:\institut\cuidap\project\sp1892\final\versions\iciq\iciqczec.doc-18/07/2003

Příloha č. 7 Tabulka referenčních hodnot POP Q skóre

Stadium 0	body Aa, Ap, Ba, Bp všechny -3 cm a současně buď bod C nebo D ve vzdálenosti $<-(X-2)$ cm
Stadium I	není stadium 0, nejzazší hrana sestupu je < -1 cm
Stadium II	nejzazší hrana sestupu je > -1 cm ale $< +1$ cm
Stadium III	nejzazší hrana sestupu $< +1$ ale $< +(X-2)$ cm
Stadium IV	nejzazší hrana sestupu je $< +(X-2)$ cm

Zdroj: KRČMÁŘ, Michal. *Možnosti ultrazvukové diagnostiky sestupu zadní stěny poševní*. Praha, 2008. Dizertační práce. Postgraduální doktorské studium biomedicíny 1. LF. UK.

Příloha č. 8 Oxford skóre

stupeň 0 – žádná, nulová kontrakce levátoru;

stupeň I – mírné zachvění svalů oproti digitální kontrole vyšetřujícího;

stupeň II – slabá kontrakce, detekovatelná jako slabé sevření prstu vyšetřujícího;

stupeň III – mírná kontrakce s lehkým nadzvednutím hráze;

stupeň IV – pevná kontrakce svalů pánevního dna schopná elevace zadní stěny poševní oproti digitální kontrole vyšetřujícího

Zdroj: BILOVÁ, Lydia, 2012. Demontrace účasti porodní asistentky na realizaci prospektivní studie. *Diagnóza v ošetrovatelství*. VIII (4), 19. ISSN 1801-1349