

EDUKACE ŽEN V OBLASTI MOČOVÉ INKONTINENCE

Bakalářská práce

ALENA KOVAŘÍKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Gabriela Staňková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby: Červen 2008

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Edukace žen v oblasti močové inkontinence“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Praze dne 25. 3. 2008

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Gabriele Staňkové za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Mé poděkování patří i mé rodině, která mi po celou dobu práce byla velikou oporou.

ABSTRAKT

KOVAŘÍKOVÁ, Alena: Edukace žen v oblasti močové inkontinence. (Bakalářská práce) Alena Kovaříková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace:

Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Gabriela Staňková, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2007.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukace žen v oblasti inkontinence.

Teoretická část práce charakterizuje jak rozdělení inkontinencí, jejich příčiny i léčbu, tak anatomii vývodných cest močových a vymezení pojmu edukace jako výuky.

Nosnou částí práce je edukace žen s močovou inkontinencí. Ženy s jednotlivými typy inkontinencí, jsou podrobně informovány o tom, jakým způsobem lze odstranit nebo alespoň zmírnit příznaky inkontinence. Cílem také je, aby to, co se edukuje, bylo správně pochopeno, proto se využívá zpětné vazby např. testem.

Klíčová slova: Inkontinence moče, edukace, anatomie močového ústrojí, příčiny, léčba.

ABSTRAKT

KOVARIKOVA, Alena: Edukation von Frauen mit Harninkontinez. (Bachelor-arbeit)

Alena Kovarikova

Medizinische Hochschule, o.p.s. in Prag. Stufe der Fachqualifikation:

Bakkalaureus im Fach Allgemeine Krankenschwester. Leiter: Mgr. Gabriela Staňková,
Medizinische Hochschule, Prag, 2007.

Hauptthema der Bachelor Arbeit ist die Edukation von Frauen im Bereich der Harninkontenzrau.

Der theoretische Teil der Arbeit befasst sich einerseits mit der Einteilung, Ursachen und Behandlung der Harninkontinez, andererseits mit der Anatomie der Harnausscheidungswege und mit dem Inhalt des Begriffes Edukation im Sinne der Unterweisung.

Der Hauptteil der Arbeit bildet die Edukation von Frauen mit Harninkontinez. Es werden die Frauen mit den einzelnen Arten der Harninkontinenz ausgebildet. Sie sind gut darüber informiert, wie die Symptome der Krankheit zu beseitigen oder zu mindern sind. Das Ziel besteht auch darin, dass das, was geschult wird, auch richtig verstanden wird, deswegen wird auch Feedback eingesetzt, z.b. mittels eines Testes.

Schlüsselwörter: Harninkontinenz, Edukation, Anatomie, Ursachen, Behandlung.

Předmluva

Zdraví ve smyslu fyzickém, duševním, sociálním i sexuálním by mělo být nejdůležitějším ukazatelem kvality života člověka - jedince, rodiny, ale i celé společnosti.

Inkontinenci lidé často vnímají jako osobní selhání, neradi o ní hovoří, i když je trápí a omezuje jejich život. Je prokázáno, že vyčkávají mnoho měsíců, někdy i roky, než vyhledají odbornou pomoc. Přitom pomoc potřebují a mohou ji najít právě v zájmu a podpoře sester. Stačí jen tak málo, svěřit se a být edukován.

Téma práce vzniklo s cílem informovat a edukovat veřejnost o tomto problému, který není ojedinělý a který je třeba řešit. Edukace je zároveň i jedna z hlavních úkolů v práci sestry v její snaze pomoci nemocnému.

Výběr tématu byl jednak ovlivněn velkým počtem postižených žen, se kterými jsem se za dobu studia a praxe v oboru všeobecná sestra setkala, jednak řešením tohoto problému v rodinném kruhu, které mě dostatečně přesvědčilo o tom, že je třeba na tuto problematiku trochu více upozornit a pomoci postiženým i laické veřejnosti tento nepříjemný zdravotní problém řešit.

Práce je určena jak studentům v oboru ošetrovatelství a všem zdravotním sestřám, tak i celé veřejnosti, která by se chtěla něco o tomto problému více poučit.

Ráda bych vyslovila poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Gabriele Staňkové, za její pedagogické vedení, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytovala během jejího vypracování.

Obsah

Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.2 Anatomie a fyziologie vylučovacího systému	11
1.2.1 Anatomie a fyziologie ledvin	11
1.2.2 Anatomie a fyziologie vývodných cest močových	11
1.3 Malá pánev a pánevní dno	13
1.4 Neurofyziologie mikce (vyprazdňování)	13
1.5 Fyziologie mikce (vyprazdňování měchýře)	14
2 Inkontinence moče	15
2.1 Typy inkontinence	16
2.1.2 Stresová inkontinence	16
2.1.3 Urgentní inkontinence	16
2.1.4 Smíšená inkontinence	17
2.1.5 Reflexní inkontinence	17
2.1.6 Paradoxní inkontinence	17
2.2 Vyšetřovací metody	17
2.2.1 Anamnéza	18
2.2.2 Klinická vyšetření	18
2.2.3 Jednoduché testy	18
2.2.4 Laboratorní diagnostika	19
2.2.5 Endoskopické vyšetření	19
2.2.6 Zobrazovací metody	20
2.2.7 Urodynamické vyšetřovací metody	20
2.2.8 Elektromyografie (EMG)	20
2.3 Léčba inkontinence	21
2.3.1 Odléčení infekce	21
2.3.2 Léčba pomocí estrogenů	21
2.3.3 Gymnastika pánevního dna	21
2.3.4 Elektrostimulace	23
2.3.5 Medikamantózní léčba	23
2.3.6 Psychoterapie a reedukace	24

2.3.7	Alternativní metody	24
2.3.8	Pomocné a protetické pomůcky pro inkontinenci	25
2.4	Operační léčba urgentní inkontinence	26
2.5	Léčba reflexní inkontinence	27
2.6	Operační a konzervativní terapie stresové inkontinence	28
2.6.1	Závěsné operace	28
2.6.2	Vaginální operace (kolpoplastiky).....	28
2.6.3	Slingové operace.....	29
2.6.4	TVT, TVT-O	29
2.6.5	Transuretrální aplikace médií	29
2.6.6	Konzervativní terapie stresové inkontinence.....	29
2.6.7	Umělý svěrač (sfinkter)	30
3	Edukace	31
3.1	Faktory napomáhající učení.....	31
3.2	Faktory překážející v učení	31
3.3	Podmínky edukace	32
3.4	Edukační proces.....	32
3.5	Formy edukace	32
3.6	Metody edukace	33
3.7	Výchovné cíle	33
3.8	Zásady edukačního procesu.....	34
4.	Praktická část	35
4.1	Edukace u klientky se stresovou inkontinencí moče	35
4.2	Edukace u klientky s urgentní inkontinencí moče	46
4.3	Edukace u klientky se smíšenou inkontinencí moče	51
4.4	Edukace u klientky s reflexní inkontinencí moče.....	55
4.5	Edukace u klientky s paradoxní inkontinencí moče	59
5	Závěr:	62
6	Seznam použitých zdrojů	63
7	Seznam příloh	65

Úvod

Vybrala jsem si toto téma, jelikož inkontinence je v dnešní době problémem mnoha žen, které toto slovo nechtějí vyslovit, ba ani na něj pomyslet. Je to onemocnění, které sužuje všechny ženy nehledě na věk, povolání nebo počet porodů. Dnes už neplatí tvrzení, že inkontinence je onemocnění, které je normální ve vyšším věku, právě naopak, toto onemocnění postihuje i vrcholové sportovkyně!

Asi až 50 % žen udává občasnou inkontinenci, která se pro ně stává osobním tak i sociálním problémem. Postihuje jak ženy aktivní, tak i ženy se sedavým způsobem zaměstnání. Bylo jednoznačně zjištěno, že se kvalita života těchto žen se spolu s počátkem onemocnění silně snižuje.

Cíl práce: Chtěla bych na tento problém více upozornit. Informovat o něm širokou veřejnost. Aby se ženy nestyděly a začaly svůj problém včas řešit a byly lépe informované o možných způsobech léčby inkontinence.

Ač jsem mladá a tento problém mě netrápí, vím, že se může stát, že jednou bude inkontinence i mým problémem. Trápil mou matku i babičku, obě byly málo informované. Byly plné studu, a proto se nechtěly svěřit ani svému lékaři. Když jsem jim opatřila první inkontinenční pomůcky, byly obě nadšené a rychle si na ně zvykly. Každá začala pečlivě posilovat pánevní dno a dá se říct, že se jim tím onemocnění výrazně zlepšilo. Nyní je má matka již po krátké lehké operaci a její problém již problémem není. Babička se na operaci cítí moc stará, ale i to bych chtěla změnit. Její typ stresové inkontinence se dá řešit konzervativně i operačně. Chci jen poukázat na to, že se stačí se svěřit svému lékaři, začít „něco“ dělat, nebát se a informovat se.

V práci jsem využila metodu kazuistiky, abych lépe vysvětlila, že inkontinencí mohou trpět různé věkové kategorie žen a každý typ inkontinence lze specificky léčit.

1 Teoretická část

1.2 Anatomie a fyziologie vylučovacího systému

1.2.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Jedním z orgánů, které se podílejí na vylučování, jsou **ledviny**. Jde o párový orgán menší než mužská pěst, uložený podél páteře na přechodu jejího hrudního úseku v úsek bederní. Jsou součástí močového ústrojí. Jednou z důležitých funkcí ledvin je, že se podílejí na filtraci (očišťování) krve – dokážou přefiltrovat za den 1 700 litrů krve, což je asi 1 300 ml krve za minutu, a také dokážou vyloučit kolem jednoho a půl litru moči vytvořené za 24 hodin. Funkční jednotkou ledviny je nefron. V ledvinách jsou dva miliony nefronů a každý z nich je schopný vytvářet moč. Tvoří se zde moč primární, tzv. ultrafiltrát, a dalším procesem vzniká konečný produkt, kterým je definitivní moč. Moč je charakteristicky zápachající, čirá, zlatožlutá odpadová tekutina, jejímž prostřednictvím ledviny vylučují z těla nejen nadbytečnou vodu, soli a další sloučeniny rozpustné ve vodě, ale i škodlivé látky. (3, 17)

1.2.2 Anatomie a fyziologie vývodných cest močových

Vývodné cesty močové jsou součástí močového ústrojí, které tvoří na sebe navazující duté orgány, jimiž jsou: ledvinná pánvička, ledvinné kalichy, močovody (uretery), močový měchýř a močová trubice (uretra).

Postup při odvádění moči z ledvin je následující: z nefronů je definitivní moč přiváděná sběrnými kanálky do ledvinných kalichů a odtud je dále odváděna do ledvinné pánvičky, která působí jako krátkodobý rezervoár moči, tzn., že se zde naplní určitým množstvím moči a tento objem se následovně vypudí močovodem až do močového měchýře. (3, 17)

Močový měchýř je sběrný vak pro moč, která přitéká močovody z ledvin. Je to dutý roztažitelný orgán s náplní kolem půl litru moči. Stěna měchýře se skládá ze tří vrstev hladkého svalu, tzv. musculus detruzor (sval vypuzovač), který je vůlí neovladatelný. Zevní a vnitřní vrstva jsou uspořádány longitudinálně (podélně, rovnoběžně s dlouhou osou těla) a přecházejí společně na uretru. Střední vrstva je cirkulární (okrouhlá, kruhovitá) a končí u vnitřního ústí uretry. Její vlákna tedy obkružují uretrální ústí. Měchýř má na své spodině tzv. trigonum (trojúhelník) ohraničený oběma ústími

močovodů a výstupem močové trubice. Můžeme na něm dobře rozlišit výše popsané vrstvy. Tento trojúhelník má dvě funkce. Za prvé z něj vycházejí smyčky hladké svaloviny, které obepínají vyústění močovodů do močového měchýře, a tím zabraňují zpětnému toku moče (refluxu) do močovodů a ledvin. Druhou okolností je fakt, že sliznice trigonu je nejnižší položeným místem v měchýři a díky odlišné stavbě a neustálému kontaktu s močí bývá také nejčastěji napadána bakteriální infekcí. Opakované zánětlivé změny sliznice jsou příčinou subjektivních (pacientkou pocíťovaných) obtíží, jako je časté nucení na močení (polakisurie) nebo nutnost chodit močit během noci (nykturie).

Uvnitř je močový měchýř vystlán vrstevnatým přechodným epitelem. Jeho kvalita je ovlivňována ženskými hormony estrogeny. Výška epitelu závisí na náplni měchýře. (8, 16, 21, 22)

Močová trubice (uretra) je u ženy dlouhá 3–5 cm, 6 mm široká, jde tedy o trubicový orgán. Začíná na úrovni středu symfýzy (spojení dvou kostí stydkých v pánvi) a směřuje dopředu a dolů, kde je pevně spojena s přední poševní stěnou. V horní části uretry převažuje hladká svalovina, která zde tvoří vnitřní uretrální svěrač, který nemůžeme svou vlastní vůlí ovládat, na rozdíl od zevního svěrače, který je na rozhraní střední a dolní třetiny uretry umístěn ve svalovém dnu pánevním a je vůlí ovladatelný. (8, 16, 21, 22)

Důležitou anatomicko-funkční jednotkou je tzv. **uretrovezikální junkce (U-V)**, kterou tvoří výstup močové trubice ze dna močového měchýře. Ta je důležitá pro udržení moči a spuštění aktu močení. Plnohodnotně může tato U-V jednotka fungovat, je-li umístěna anatomicky správně, tj. za sponou stydkou, připevněna zvláštními vazy a zespoda podpírána svalstvem pánevního dna. Za těchto podmínek funguje uzávěrová schopnost měchýře bránící samovolnému úniku moči (inkontinenci).

Závěrem lze shrnout, že uzávěr močové trubice je zajištěn kombinací aktivní a pasivní funkce hladkých a příčně pruhovaných svalových vláken, vlastní elasticitou a prokrvením. (1, 22, 23)

1.3 Malá pánev a pánevní dno

Tento systém tvoří svaly a fascie (povázka – vazivový obal svalu) pánevního dna a ligamenta (vazivový pruh sloužící ke spojení či upevnění orgánů a jejich částí), které udržují pánevní orgány ve správné poloze, a tím i jejich správnou funkci.

Jedním z orgánů důležitých pro kontinenci je **pochva (vagina)**. Je dutým orgánem sousedícím s dolním močovým traktem. Její poloha v pánvi je zajištěna systémem vazů souvisejících jak se svalovým pánevním dnem, tak i s dělohou a okolními orgány, např. konečníkem.

Stěna malé pánve je tvořena pánevními kostmi (kost kyčelní, sedací a stydká), vnitřní plochou křížové kosti a kostrče. Součástí kosti sedací je velký otvor – foramen obturatorium, který je uzavřen vazivovou membránou a využívá se ho při miniinvazivním chirurgickém výkonu – tzv. TVT-O u léčby stresové inkontinence.

Pánevní dutina je zespodu uzavřena souborem svalů a fascií. Skládá se ze dvou částí. První, diaphragma pelvis je tvořena svaly – musculus levator ani a musculus coccygeus. Svalové pánevní dno má společný vývojový základ se svaly břišní stěny. „Při poruše jeho stavby nebo ochabnutím jeho funkce může dojít k poklesu (descenzu) až výhřezu (prolapsu) pánevních orgánů – zejména dělohy, pochvy a močového měchýře s neblahým vlivem na schopnost udržet moč.“ (8, s. 21) Druhou částí je diaphragma urogenitale, tvořící trojúhelníkovou svalovou desku mezi rameny kosti sedací a stydké, která je tvořena 4 svaly – musculus transversus perinei profundus a superficialis, m. ischiocavernosus a m. bulbocavernosus. Nejdůležitější součástí jsou obloukovitá ligamenta pubouretrální, která fixují uretru ke stydké kosti v celé její délce (Příloha 7)

Pánevní vazy (ligamenta) jsou rovněž důležitou součástí pánevního dna. Jedná se o zhuštění pojivové tkáně spojující pevně orgány, např. kosti. Jsou tvořena směsí různých tkání a mají také různou funkci. (2, 8, 23, 24)

1.4 Neurofyziologie mikce (vyprazdňování)

Základní funkce močového měchýře jsou zajištěny komplexní inervací (zásobováním části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu), na které se podílejí: vegetativní nervstvo zásobující měchýř a uretru; inervace vláken příčně

pruhovaného svalu uretry a dna pánevního; v neposlední řadě také centrální nervová soustava (CNS). (8, 21)

1.5 Fyziologie mikce (vyprazdňování měchýře)

Močení (mikce) je proces vyprazdňování močového měchýře. Funkční jednotkou je činnost měchýře a močové trubice, oba se podílejí na základních funkcích mikce, které probíhají ve dvou fázích. První fází je fáze *plnění*, kdy během plnění měchýře nepatrně stoupá intravezikální tlak (tlak v močovém měchýři) asi o 1–2 cm H₂O (vodního sloupce) na 100 ml moči. Při maximální náplni močového měchýře, což je cca 500 ml, dosahuje hodnota vodního sloupce 10–15 cm. Se zvyšujícím se objemem stoupá napětí svalových vláken, tím se zvyšuje tonus v hrdle měchýře a zároveň se zvýší uretrální odpor v tomto místě. Kontinence moči je zajištěna, pokud je uretrální tlak vyšší (pohybuje se mezi 40–95 cm H₂O v závislosti na věku) než intravezikální.

Mechanismy zajišťující kontinenci – schopnost udržet moč, jsou tedy tyto:

a) správná koordinace svaloviny měchýře a močové trubice, b) správná poloha tzv. uretrovezikální junkce, c) funkční zdatnost svalstva pánevního dna, d) normální tlakové poměry v měchýři a močové trubici, e) neporušená volní kontrola mikce, f) nepřítomnost onemocnění močového systému a jako poslední bod je dostatek ženských pohlavních hormonů (estrogenů), ovlivňujících kvalitu sliznice a prokrvení pohlavních a močových orgánů. (8, 16, 21, 22,23)

2 Inkontinence moče

Vyměšování moči je proces, který dokážeme, je – li naše tělo v pořádku, vědomě kontrolovat. Močová inkontinence je porucha, jejímž důsledkem je neovladatelný únik moči. Dochází k ní v důsledku infekce, po těžkých nebo častých porodech, následné těžké fyzické práce, nedostatku hormonu estrogeneru, v důsledku neurologického onemocnění, úrazu či celkového onemocnění, např. cukrovky. (16)

Samovolný únik moči patří mezi onemocnění, které bychom mohli začlenit mezi nemoci útočící na sebevědomí člověka. Může postihovat jak děti, tak dospělé muže a ženy, a to v jakémkoli věku. I když by se mohlo zdát, že tato porucha ztěžuje život převážně starším lidem, opak je pravdou. Nekontrolovaným únikem moči trpí převážně ženy v produktivním věku, to znamená okolo 45 let. (5)

Nezávisle na věku 15–30 % žen je močovou inkontinencí ovlivněno ve všech oblastech života – fyzické, sociální, psychické, v sexu, doma, i v zaměstnání. Odborné prameny uvádějí, že s tímto problémem se setkává, třeba jen na přechodnou dobu, až 50 % žen. U 5-10 % z nich je nutné poruchu vyprazdňování močového měchýře léčit chirurgicky nebo konzervativně. Ženy trpící tímto problémem se musí vzdát mnohého ze svého běžného způsobu života a dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové kvality života. Také starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou problémem částečně ovlivněny a nemocné ženy většinou nově organizují svůj život podle rozmístění toalet, aby se vyhnuly eventuálním nepříjemným situacím. Mnoho z nich se o něčem tak intimním a pro ně ponižujícím, zdráhají v ordinacích bavit. Stud je pochopitelný, ale je třeba ho překonat a požádat o informace a hlavně o pomoc. Tu nabízí medicína velmi rozsáhlou. Diagnostikou a léčbou inkontinence se v České republice zabývá řada specializovaných pracovišť. (16)

2.1 Typy inkontinence

2.1.2 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je nejčastějším typem a projevuje se únikem malého množství moči při fyzických aktivitách spojených s náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku (při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu, skákání, zvedání břemen). K stresové inkontinenci dochází následkem zvýšené pohyblivosti hrdla měchýře a močové trubice nebo v důsledku nedostatečnosti vnitřního svěrače močové trubice. Tato forma inkontinence postihuje mladší ženy, zpravidla po několika porodech, ale i ženy v menopauze a ve stáří. Na rozvoji stresové inkontinence se podílí celá řada rizikových faktorů. Vrozená dispozice je obvykle základním stavebním kamenem, k němuž se přidruží další rizikové faktory, jejichž působením se inkontinence teprve projeví (obezita, vyšší počet porodů a spontánní porod plodu o hmotnosti vyšší než 4000 gramů, období po přechodu, stav po chirurgickém odstranění dělohy).

Existují 3 stupně závažnosti stresové močové inkontinence:

- I. stupeň = únik moče pouze při mimořádných událostech (silný kašel)
- II. stupeň = únik moči při lehce zvýšené námaze (kašel, kýchnutí, popoběhnutí, cvičení)
- III. stupeň = únik moči i při minimálním pohybu (běžné činnosti v domácnosti)

2.1.3 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je druhou nejčastější formou nechtěného úniku moči. Bývá definována jako její nechtěný únik při důrazném nucení na močení. Postižené ženy trpí častým denním i nočním močením a urgencemi (náhlým nucením na močení). Mezi nejčastější příčiny vzniku urgentní inkontinence patří infekce dolních močových cest, zúžení močové trubice, divertikl (výčlipka) močové trubice, nádory měchýře, močové kameny, cukrovka a degenerativní onemocnění centrálního nervového systému (např. roztroušená skleróza). Urgentní inkontinencí trpí zpravidla starší ženy, obvykle v důsledku změn, které souvisí s chřadnutím tkání v důsledku nedostatku ženských pohlavních hormonů. Urgentní symptomatologie se někdy projeví také v důsledku působení některých léků (diuretika – léky na odvodnění při léčbě otoků, selhávání srdce či vysokém tlaku).

2.1.4 Smíšená inkontinence

Smíšenou inkontinencí se nazývá stav, kdy žena trpí jak stresovou, tak i urgentní inkontinencí. Jde o nepříjemnou kombinaci potíží, jejichž léčba je obvykle složitější a nemusí být stoprocentně účinná.

2.1.5 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence je příznakem neurologického onemocnění anebo poranění mozku nebo míchy. V důsledku ztráty volní kontroly nad centrem pro močení v míše se močový měchýř vyprazdňuje bez nutkání a reflexně jako u kojence. Žena ztrácí vědomou kontrolu mikčního (močového) reflexu.

2.1.6 Paradoxní inkontinence

Paradoxní inkontinence je způsobena získanou slabostí svaloviny močového měchýře a projevuje se neúplným vyprazdňováním s postupně se zvětšujícím zůstatkem moči v měchýři po močení. Příčinou bývá zúžení močové trubice či pokles a výhřez dělohy a poševních stěn nebo nádor. (8, 16, 22)

2.2 Vyšetřovací metody

Inkontinenci moče a stolice je třeba pečlivě vyšetřit, zejména v pokročilém věku. Doporučuje se vyhledat odborného lékaře

K určení správného léčebného plánu je nejdůležitější zjistit příčinu samovolného odtoku moči. K tomu slouží pečlivá anamnéza, fyzikální vyšetření a klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody.

2.2.1 Anamnéza

Vstupní rozhovor se týká typu a závažnosti močových obtíží, prodělaných infekcí močového systému všeobecné anamnézy, gynekologického předchorobí s porody - jejich vedením a porodní hmotností dětí a operacemi. Je třeba znát, jaké léky žena současně užívá, seznámit se s průběhem předchozí léčby inkontinence, s jejím pracovním zařazením i rodinným a sexuálním životem. Speciální dotazy se musejí týkat urologické problematiky: polakisurie (nadměrného močení), nykturie (nočního močení), hematurie (krve v moči), dysurie (obtíží při močení), paradoxní ischurie (mimovolné ztráty moči při přeplněném měchýři). Sérií otázek si lékaři ulehčí orientaci v problémech pacientky.

Ve snaze o objektivizaci údajů pacientky se používá doplňková metoda *dotazníku* pro určení o jaký typ inkontinence jde. Jeden z nejčastěji používaných je tzv. Gaudenzův dotazník, který žena vyplní v klidu doma a přinese ho k dalšímu vyšetření. (Příloha 1) Je dokázáno, že ženy vyplní dotazník doma pravdivěji než za přítomnosti sestry či lékaře. Tento dotazník přináší základní informace o urologických potížích pacientky. Jeho vyhodnocením se stanovuje typ inkontinence – urgentní nebo stresovou.

2.2.2 Klinická vyšetření

Gynekologické vyšetření

Při vyšetření pohledem sledujeme specifické příznaky a patologické stavy charakteristické pro inkontinentní pacientku - poškození kůže rodidel, výtok, zápach, případně jiné změny. Při pohmatovém vyšetření posuzujeme velikost a uložení dělohy, její pohyblivost, palpační citlivost. Oblast uretrovezikálního spojení vyšetřujeme palpačně v klidu a při zatlačení sledujeme její mobilitu. Neměli bychom opomenout vyšetření per rektum, s jehož pomocí můžeme posoudit míru poškození závěsu zadní poševní stěny, eventuálně posoudit poškození svěrače.

2.2.3 Jednoduché testy

Stres - test: Při naplnění močového měchýře na přibližný objem 200 ml vyzveme ženu, aby rozkročila nohy, mírně pokrčila kolena a zakašlala. Test je pozitivní v případě úniku moči.

Mikční deník: Žena si do předtištěného formuláře zaznamenává mikční (močový) režim včetně epizod nutkání a inkontinence. Je to jednoduchý způsob vyšetření. Doba záznamu je 24 hodin, je třeba zaznamenávat i objem vymočené tekutiny. Hodnotíme nejen počet mikcí a objem vymočené moči, ale i rozložení četnosti během dne a noci. Lékař získává přehled o zvyklostech ženy a mikční deník dobře objektivizuje stížnosti ženy. (Příloha 2)

Pad Weight test (test vážení vložek, PW test): Principem je vážení vložek za určité časové období. Zvýšení hmotnosti nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. K rutinnímu použití se hodí jednohodinový PW test. Před ním žena nemočí, poté hodinu provádí předem určenou pohybovou aktivitu. Před a po uplynutí doby jsou zváženy vložky, které použila.

Oba předchozí testy umožňují předepsat adekvátní množství správných absorpčních pomůcek.

Q-TIP test: Umožňuje orientační posouzení mobility močové trubice a uretrovezikální junkce symfýzy. Měří se v klidu a při zatlačení. Test však nelze použít ke stanovení diagnózy stresové inkontinence.

2.2.4 Laboratorní diagnostika

Základem je chemické bakteriologické vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu. Znalost bakteriálního prostředí rodidel by neměla být výjimkou, vzhledem k častému zdroji infekce právě v poševním prostředí.

2.2.5 Endoskopické vyšetření

Za indikace k tomuto vyšetření považujeme zejména hematurii (krev v moči), symptomy urgency (nucení na močení), inkontinenci, urogenitální píštěle (komunikace mezi pochvou a močovou trubicí).

2.2.6 Zobrazovací metody

Řadu let dominovala v zobrazovací technice urecystografie, která poskytovala informace týkající se změn v okolí močové trubice a močového měchýře.

Ultrazvukové hodnocení - hodnotí pozici a mobilitu (pohyblivost) močové trubice, hrdla a baze močového měchýře, je jednou z pomocných diagnostických metod k posouzení typu a příčin inkontinence moči a může pomoci i při hodnocení efektu konzervativní a operační léčby.

2.2.7 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamické vyšetření slouží ke zhodnocení funkce dolních močových cest
Skládá se ze tří částí:

1. Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je jednoduchá metoda, pomocí které se měří rychlost proudu moči za určitou časovou jednotku. Výsledná naměřená hodnota závisí na stavu dolních cest močových.

2. Cystometrie

Cystometrie je vyšetření, které spočívá v zavedení tenké cévky do močového měchýře a druhé cévky do konečníku. Přístroj měří tlakové parametry během plnění močového měchýře sterilní tekutinou.

3. Uretrální tlakový profil

Uretrálním tlakovým profilem se rozumí měření tlaku v průběhu délky močové trubice při současném měření tlaku v měchýři. Hodnotí se přitom maximální tlak uvnitř močové trubice (intrauretrální), tlak v měchýři a jejich rozdíl, nazývaný uzavírací tlak.

2.2.8 Elektromyografie (EMG)

EMG je vyšetřovací metoda, která je založena na snímání povrchové nebo svalové aktivity. Zaznamenává změnu elektrického potenciálu, ke které dochází při svalové aktivaci. (6, 7, 10, 22, 24)

2.3 Léčba inkontinence

Základní pravidlo zní: funkční porucha má být léčena konzervativně, anatomická porucha operativně. To znamená - jednoduše řečeno - převážně operační řešení pro těžší případy stresové inkontinence a téměř výhradně konzervativní postup u urgentních inkontinencí.

Přesto jsou některé kroky u obou hlavních typů inkontinence společné:

2.3.1 Odléčení infekce

Odléčení infekce je základním předpokladem přijetí ženy do specializované ambulance. Bez toho nelze pokračovat v urogynekologickém vyšetření a pro některé případy dráždivého měchýře to může být krok poslední, protože příčina potíží se tím odstraní. (8, 15)

2.3.2 Léčba pomocí ženských pohlavních hormonů estrogenů

Léčba pomocí ženských pohlavních hormonů je předmětem mnoha současných studií. Estrogeny zvyšují schopnost sebeobnovy sliznice pochvy, močové trubice i močového měchýře a zlepšují jejich prokrvení a výživu, čímž zvyšují odolnost sliznice proti usazení infekce a podílejí se na lepším uzávěrovém mechanismu močové trubice zvýšením jejich kyprých podslizničních polštářků. (8, 15)

2.3.3 Gymnastika pánevního dna

Gymnastika pánevního dna je používána u případů stresové a smíšené inkontinence, kdy je svalstvo pánevního dna oslabené, ale ještě volně ovladatelné. U žen po menopauze se doporučuje, aby se toto cvičení podpořilo ještě celkovým nebo alespoň místním podáváním estrogenů, gymnastika sama o sobě obvykle nestačí.

Při posilování pánevního dna je třeba se zaměřit na uvědomělé stahy příslušných svalů, na jednotlivé cviky stupňující napětí a na uvolnění svěrače konečníku. Podstatou cviků je uvědomit si, který sval je zodpovědný za udržení moče. Žena se tedy nejprve pokouší

přerušit proud moče a tak zjistit, který sval je třeba cvičit. Tyto svíravé pohyby svalstva a soubor dalších cílených cviků (viz obrázky v edukaci) je nejlepší opakovat několikrát za den. Důležité je, aby cvičení bylo dostatečně vydatné - minimálně 3x denně 20 minut. Kvalitní pánevní gymnastika předcházející operaci, pokud k ní je nakonec vůbec třeba přistoupit, je výraznou podporou operačního výsledku. (8, 15)

Cvičit se dá i vestoje v tramvaji či v metru nebo vsedě v kanceláři - svírání příslušných svalů je velmi nenápadné. Zpočátku je vhodné cvičit pod vedením rehabilitačního pracovníka pro zajištění správnosti cviků.

Cílem cvičení je zvýšit základní svalové napětí pánevního dna.

Lze použít i speciální pomůcky pro mimovolní posilování svalů pánevního dna, které se zasouvají do pochvy a svojí přítomností dráždí svalové pánevní dno ke stahu automaticky. Jde o různé poševní kónické válečky s excentricky (mimo střed) uloženým těžším jádrem nebo tzv. kolpexin - kouli s kuličkou uvnitř, která při pohybu naráží do stěn větší koule a způsobuje vibrace.

Kegelovo cvičení slouží k nápravě drobných anatomických odchylek vzniklých po porodu. Během těhotenství dochází k poklesu pánevního dna. Z těchto důvodů se v období po porodu mohou objevit první příznaky obtíží.

Při pohybové terapii inkontinence hraje stěžejní roli jedna část zdvihače konečníku, která se upíná na stydkou kost a konečník. Tato část vytváří jakousi destičku před močovou trubicí, která umožňuje účinnější sevření močové trubice při zvýšení nitrobřišního tlaku. Je-li žena v klidu, pak svěrač močové trubice dokáže zabránit úniku moči z močového měchýře. Při smíchu, kašli dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku. Právě v této fázi se uplatňuje zdvihač konečníku, který svým stahem pomáhá utěsnit hrdlo močového měchýře.

Kegelovo cvičení má 4 části - vlastní nácvik se odehrává v domácím prostředí:

Vizualizace: Slouží k ozřejmění anatomických poměrů, tuto fázi provede pacientka v domácím prostředí pomocí zrcátka.

Relaxace: Žena provede leh na zádech, nohy pod kolena lze vypodložit, abychom snížili napětí břišních svalů, během relaxace probíhá snaha o soustředění se do oblasti pánevního dna.

Izolace: Jde o nácvik izolovaného stahu konečníku a pochvy; důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžd'ových svalů, tato fáze se jeví jako nejproblematičtější; pro nácvik izolace doporučujeme pacientkám

buď zadržet proud moči při močení nebo zavést dva prsty do pochvy; prsty jsou od sebe mírně oddáleny a při adekvátním stahu dojde k jejich přiblížení.

Vlastní posilování: Dochází k vlastnímu posilování svalů. Doba udržení stahu se pohybuje od jedné do sedmi sekund. Počet opakování se zvyšuje od 80 stahů na počátku ke konečným 300 stahům za den. (8, 15)

2.3.4 Elektrostimulace

Další léčebnou metodou používanou u všech typů inkontinence, a zejména u těch, kdy svaly pánevního dna na cvičení nereagují a nestahují se (až 40% pacientek), je *elektrostimulace*. Ta podle potřeby stimuluje vybrané svaly a nervy pomocí nebolestivých slabých elektrických impulzů o frekvenci 10 Hz (u urgentní) - 50 Hz (u stresové inkontinence, Hz = signálů za minutu.) Např. u urgentní inkontinence se touto metodou uvolňuje vypuzovač močového měchýře a posiluje svěrač močové trubice. Používají se elektrody přikládávané na kůži nebo zavedené do pochvy a do konečníku - tzv. metody zevní stimulace. Přístroj vysílá impulzy buď trvale po celý den po několik měsíců, nebo jen v noční době, nebo pracuje v režimu dvacetiminutových sérií. (8)

2.3.5 Medikamentózní léčba

Použití léků při ovlivňování činnosti dolních močových cest vychází ze znalosti nervového zásobení močového traktu. Autonomní (vůlí neovlivnitelný) nervový systém lze rozdělit na tzv. sympatikus a parasympatikus.

Sympatikus má alfa-receptory (alfa-přijímače), které posilují uzávěr močové trubice a hrdlo močového měchýře. Proto se podávají alfa-sympatomimetika. Tato varianta se používá u stresové inkontinence. Nejvíce uvolňuje napětí vypuzovače močového měchýře. Zde se užívají tzv. beta-sympatomimetika.

Parasympatikus – také uvolňuje vypuzovač zde se užívají - tzv. parasymptolytika -anticholinergika, antimuskarinové přípravky.

Další z používaných léků jsou myorelaxancia (uvolňovače svalů), např. úspěšně je medikován Indometacin - známý zejména jako protizánětlivý lék na klouby.

Účinky léků jsou vždy komplexní a ne každý je vhodný pro každého. (8)

Léky užívané k léčbě stresové inkontinence naleznete v příloze 3.

Léky užívané k léčbě urgentní inkontinence naleznete v příloze 4.

2.3.6 Psychoterapie a reedukace

Močová inkontinence představuje pro ženu velkou psychickou zátěž, silně ji omezuje v mnoha činnostech, společenských i rodinných záležitostech a ona většinou nemá ani s kým se o své trápení podělit.

Velkou úlevou může být samotná návštěva lékaře - odtajnění vlastních potíží a následné ujištění, že to není ojedinělý problém.

Bohužel mnoho žen se dlouho snaží vyřešit svou situaci samy - buď se s ní smíří společensky, nebo se společnosti vyhýbají, anebo s ní bojují po svém. Často tím, že omezí příjem tekutin, a jinými špatnými opatřeními.

Asi úplně nejhorší bludný kruh, který je velmi těžké rozetnout, vzniká u urgentního typu močové inkontinence. Na začátku bývá příčina například v podobě infekce. Po několika příhodách pomočení jim začne žena ze strachu předcházet častějším „preventivním“ chozením na toaletu. Močový měchýř přestává plnit svou sběrnou funkci a začíná se hlásit o vyprázdnění stále dříve a dříve. Vnímání jeho předčasných signálů úzkost ženy ještě zvyšuje.

Proto se říká, že urgentní inkontinence je do značné míry psychosomaticky podmíněná (psyché = duše, sóma = tělo). Oslabení této nevhodné vazby se zpravidla musí zpočátku napomoci léky, ale další fází je už skutečně vědomý psychotréning močového měchýře (tzv. reedukace - přeučení na původní správný typ chování). (8)

2.3.7 Alternativní metody

Existují další možnosti léčby inkontinence, které ovšem nejsou schopny odstranit anatomické odchylky. (8)

Naturopatie

V každém případě je třeba se nejdříve poradit s lékařem. Z přírodních prostředků mohou pomoci horká a studená sedací lázeň nebo střídání horkých a studených obkladů na podbříšek a na kříž, aby se zlepšilo místní prokrvení a svalový tonus.

Terapeuti doporučují stravu bohatou na vlákninu. Je třeba vyvarovat se zácpy, která obtíže močového měchýře zhoršuje.

Strava má mít nízkou kalorickou hodnotu, protože obezita je pro močový měchýř zátěží navíc. Doporučuje se i pravidelný tělesný pohyb, zvláště takový, který posiluje břišní a pánevní svaly. (1)

Fytoterapie

Fytoterapeut většinou také poradí naturopatickou stravu a cvičení a může předepsat planiku (*Epigaea repens*), adstringens vyvolávající stahování tkání. (30 mg listů se louhuje 15 minut v 0,5 l vroucí vody, nechá se vychladnout, scedí a pije kdykoli během dne a tak dlouho, dokud je to nutné.) Terapeut někdy předepisuje i jiné byliny, např. borůvky, které brání hromadění močových kamínků (30 g sušených borůvek se zalije 0,5 l vroucí vody, který se zchladí a denně pije). (1)

2.3.8 Pomocné a protetické pomůcky pro inkontinenci

Protetické pomůcky

Slouží jako test funkce, výjimečně jako definitivní (trvalá) léčba.

S úspěchem se používají různé druhy pesarů, většinou jako předoperační zkouška. Jen u pacientek, které z nějakého důvodu operaci podstoupit nemohou nebo nechtějí, se užívají trvale. Často obsahují estrogeny nebo se k nim estrogeny ve formě krému přidávají.

Absorpční pomůcky

Jako poslední prostředek zajišťující snesitelnou hygienickou a sociální úroveň pro neléčitelné pacientky, ovšem ale také jako první prostředek na začátku obtíží, během léčby před nástupem jejího plného účinku a v předoperačním období, slouží systémy zachycující moč. (5)

Jde o různé druhy pomůcek přes speciální kalhotky až po zvláštní sběrné sáčky. Většina těchto prostředků je na předpis (hrazena pojišťovnou), větší množství jsou vázána na souhlas revizního lékaře a představují i určitý finanční problém.

Potěšující je, že několik velkých společností věnuje pomůckám pro inkontinentní ženy velkou pozornost. Jejich oddělení vývoje a výzkumu neustále přicházejí s novými, dokonalejšími výrobky, tak aby sortiment splňoval nejnáročnější kritéria a individuální požadavky pacientů. Klíčovým prvkem je vysoká spolehlivost a ochrana před prosáknutím moče, která má jiné vlastnosti než menstruační krev, a proto klasické

menstruační vložky ke spolehlivé ochraně nestačí, navíc je jejich spotřeba daleko vyšší a nejsou hrazeny pojišťovnou.

Přidruženou, i když původním účelem hlavně komerční a reklamní, ale pro pacienty i lékaře příjemnou a užitečnou aktivitou výrobců a prodejců těchto absorpčních pomůcek je zakládání anonymních informačních klubů pro pacienty sužované močovou inkontinencí, kteří se zde o svém problému a jeho možných řešeních dozvědí více.(8)

Absorpční pomůcky:

a) Vložky při lehkém úniku moči: Vložky jsou podobné menstruačním slipovým vložkám.

b) Vložky pro muže: Vložky jsou anatomicky tvarované – vložka se přizpůsobí přesně tvaru těla.

c) Vložné pleny: Vložné pleny jsou určeny pro střední až těžkou inkontinenci, je nutné nosit je s elastickými spodními kalhotkami nebo fixačními kalhotkami.

d) Plenkové kalhotky: Plenkové kalhotky jsou určeny pro střední až těžkou inkontinenci, jsou prodyšné s jednoduchým zapínáním.

e) Plenkové kalhotky na noc: Tyto plenkové kalhotky jsou stejné jako normální plenkové kalhotky, mají pouze vyšší absorpci.

f) Prodyšné navlékací kalhotky: Jednoduché navlékací kalhotky slouží k diskrétnímu vyřešení tohoto problému, např. na cestách.

d) Podložky pod nemocné: Podložky slouží jako hygienická pokrývka postele, chrání ji před znečištěním.

g) Síťové fixační kalhotky: Síťové fixační kalhotky se používají k bezpečné fixaci vložných plen. (5, 8) (Příloha 5)

2.4 Operační léčba urgentní inkontinence

Operace není rozhodně metodou první volby a používá se až po selhání léčby konzervativní.

Augmentační enterocystoplastika: Cílem augmentace je zvětšení kapacity močového měchýře, zvýšení poddajnosti močového měchýře a snížení tlaku v močovém měchýři. Nejčastější operační technikou augmentace je enteroplastika (plastika ze střeva).

Kontinentní typ derivace moče: Jde o vytvoření náhrady močového měchýře (neoveziky) a cévkovatelného ventilu na břišní stěně, většinou v oblasti pupku.

Inkontinentní typ derivace moče: Uretero-ileostomie – vyoperování močového měchýře a následné spojení močovodu s kličkou tenkého střeva.

Uretero-sigmoideostomie - vyoperování močového měchýře a následné spojení močovodu s tlustým střevem. Moč je pak kontrolovatelná svěračem anu (konečníku).

Substituce – náhrady močového měchýře

Ortotopická náhrada: Neoveziky jsou náhrady močového měchýře, nejčastěji prováděné z tenkého střeva, napojené na močovou trubici. Pacient močí přirozenou cestou pomocí břišního lisu.

Heterotopická náhrada: Vytvoření náhrady močového měchýře (neoveziky) a cévkovatelného ventilu na břišní stěně, většinou v oblasti pupku (kontinentní derivace moče).

2.5 Léčba reflexní inkontinence

Možnosti řešení *reflexní inkontinence*, která se projevuje nejčastěji *paradoxní inkontinencí* z přetékání přeplněného močového měchýře, který není schopen se vyprázdnit pro nefunkčnost příslušných svalů, jsou různé.

Čistá intermitentní (auto) katetrizace: kombinace nácviků jednorázového cévkování, tzv. intermitentní autokatetrizace, s užíváním léků má příznivý vliv na léčbu tohoto typu inkontinence. Takto je možné zbavit se nežádoucího úniku moče. Je to metoda bezpečná a celosvětově uznávaná. Vede ke kompletnímu vyprazdňování měchýře. Nácvik autokatetrizace řídí lékař nebo sestra, pod jejich vedením si klient osvojí hygienické podmínky i vlastní techniku výkonu.

Biofeedback (biologická zpětná vazba) je cvičení svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků. Je to urodynamický přístroj napojený na signály - zvukové nebo světelné, přičemž si pacientka, sama kontroluje cviky. Urodynamický, přístroj je slabý katétr se snímačem na konci, zavedený do močového měchýře, který snímá tlaky v měchýři. Pak obsahuje i elektrody - většinou nalepené na hráz a podbříšek - snímající stahy svalů. Vše je hodnoceno přes počítačové zpracování. Měří se nejen naplnění močového měchýře, ale i tlak v měchýři v určitých fázích plnění a roztažitelnost močového měchýře.

Míšní stimulace - Elektrostimulace míchy se používá u klientů s hyperreflexním močovým měchýřem a dyssynergií (nekoordinací) mezi svěračem a detruzorem

močového měchýře, tj. obvykle po kompletní traumatické míšní lézi, pacientka nemá volní kontrolu močení pomocí centrální nervové soustavy.

Při operaci se přeruší zadní kořeny míchy v křížové oblasti. Na přední kořeny míchy se dá trvalá elektroda a přijímač se všije pod kůži na boku. (5, 8, 9, 12, 24)

2.6 Operační a konzervativní terapie stresové inkontinence

2.6.1 Závěsné operace

Kolpopexis secundum Burch aneb kolpopexie podle Burche

Operace stresové inkontinence moče a patří mezi tzv. operace závěsné, při kterých se nepodpírá hrdlo močového měchýře zespoda, ale zavěsí se speciálními stehy k vazům stydké kosti. U nás se používá od 80. let a ovládá ji většina odborníků. (Příloha č. 9)

Marschallova-Marchettiho-Krantzova (M-M-K) operace

Jde o závěsnou metodou starší než operace podle Burche a autoři ji doporučují zejména pro opakované zákroky a pro možnost současného řešení cystokély (vydutí stěny močového měchýře).

Nález malého množství krve v moči těsně po operaci (tzv. mírná postoperační hematurie) je zcela normální, upraví se sama. Vhodné je však preventivní podávání antibiotik. (5, 8, 9, 24)

2.6.2 Vaginální operace (kolpoplastiky)

Přední poševní plastika - Tato operace je dnes určena pouze pro řešení poklesu hrdla močového měchýře spojeného s výrazným vydutím jeho stěny (cystokélou).

Zadní poševní plastika - Technika jejího provedení je u operací poševní cestou pro úpravu inkontinence klíčová a svým rozsahem se různí podle konkrétních podmínek.

2.6.3 Slingové operace

Závěs hrdla močového měchýře smyčkou, tzv. sling operation - Tento výkon je vhodný pro ženy recidivující stresovou inkontinencí, s ochablostí pánevního dna, bez výrazného sestupu přední poševní stěny a s močovou trubicí upevněnou ke sponě stydké. Dnes byly již nahrazeny metodou TVT.

2.6.4 TVT, TVT-O

TVT – „Tension-free Vaginal Tape“ – beznapěťová podpora při inkontinenci. Metoda je indikována u pacientek se stresovou inkontinencí zapříčiněnou hypermobilitou uretry nebo insuficiencí vnitřního svěrače. Je založena na použití speciálně vyvinuté pásky. Patří mezi smyčkové operace. Výkon je úspěšný u žen s nadváhou, starších žen a i v kombinaci s jinými výkony (např. hysterektomií), ale neřeší již jiný typ inkontinence. (Příloha 10).

Po operaci zavedení pásky může pacientka odejít domů již za několik hodin po provedeném výkonu nebo zůstává přes noc.

TVT-O - obturatorní systém – pro zavedení pásky přes foramen obturatum.

Zásadní rozdíl oproti klasické TVT je ten, že páska prochází skrze foramen obturatum a vyhýbá se močové trubici a močovému měchýři. (Příloha 10) (5, 8, 9, 24)

2.6.5 Transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu, tuku, kyseliny hyalurinové a dextranomeru

Pomocí tlakové pistole, která je napojena na aplikační soupravu a zavedené jehly se tlakem aplikuje potřebné množství média, které způsobí změnu tvaru průřezu močové trubice. (5, 8, 9, 24)

2.6.6 Konzervativní terapie stresové inkontinence

U stresové inkontinence se ještě využívá konzervativních metod. Kromě elektorstimulace a metody biofeedback ještě používáme:

Vaginální kónusy

Používají se jako léčebný prostředek u stresové inkontinence. Jedná se o sadu několika závaží většinou kónického tvaru, které mají uvnitř uložena kovová závaží o vzrůstající hmotnosti. Žena si kónus s nejlehčím závažím zavede do pochvy a chvíli s ním chodí. Protože závaží má tendenci vyklouznout, musí žena stahovat svaly pánevního dna, a tak je posiluje. Když kónus bezpečně a opakovaně udrží, zavádí si závaží o těžší hmotnosti. (4)

Kolpexin

Je to opět plastová kulička, ale dutá, s volně se pohybující menší kovovou kuličkou uvnitř. Pacientce se zvláštním kalibrátorem změří průměr pochvy a vybere vhodná velikost plastové kuličky tak, aby co nejvíce naléhala na poševní stěnu. Pacientka si kolpexin zavede hluboko do pochvy a 2x denně 30 minut se s ním pohybuje. Při pohybu se rozpohybuje olověná kulička uvnitř, která naráží do poševní stěny a dává mechanické impulzy svalům pánevního dna, které reagují kontrakcemi. Tím tyto svaly posilují. (4)

Pesaroterapie

Pesary mohou mít různý tvar, vyrábějí se v odlišných velikostech a z rozmanitých materiálů (pryž, plast). Jejich úkolem je redukovat nebo odstranit příznaky stresové inkontinence tím, že jako u operační léčby změní anatomické poměry nebo zvýší výtokový odpor močové trubice. Z tohoto důvodu můžeme před operací zkusit pesaroterapii. „Pesary mohou také posloužit jako dočasná léčba před definitivním řešením - operací (např. žena ještě v krátkém časovém horizontu plánuje další graviditu, a operace proto není vhodná)“. (4 str. 65)

2.6.7 Umělý svěrač (sfinkter)

Umělý svěrač se doporučuje tam, kde všechny ostatní metody léčby stresové inkontinence selhaly. (8)

3. Edukace

Pomocí edukace se snaží sestra nebo ošetřující lékař přiblížit pacientkám problematiku inkontinence moče. Díky dostatečné informovanosti můžeme předcházet komplikacím a zhoršení stavu. Sestra plní několik rolí, je ošetřovatelkou, komunikátorkou, ochránkyní práv pacientů, poradkyní, manažerkou a též edukátorkou.

Edukace je pojem obsahově pokrývající dvouslovné spojení **vzdělávání a výchovu**.

Edukace (výchova) je soubor aktivit směřujících k formování osobnosti.

Cílem edukace je rozvíjet poznatky, schopnosti, hodnotové, postoje a citové kvality člověka potřebné pro způsobilost v budoucích rolích jako v procesu seberealizace.

3.1 Mezi faktory napomáhající učení patří

1. **Motivace:** Je hybnou silou učení, vychází z biologických, psychických, duchovních, sociálních a estetických potřeb, aktivizuje a usměrňuje člověka v učení.
2. **Pohotovost k učení:** Jde o stav, při němž chce pacient získat vědomosti a zručnosti, sám si vyhledává informace, kontaktuje se s odborníky, diskutuje o problematice svého zájmu.
3. **Zpětná vazba:** Je důležitá pro pacienta, aby věděl, co získal a dosáhl prostřednictvím edukace.

3.2 Mezi faktory překážející v učení zařazujeme

1. **Úzkost:** Je možné ji ovlivnit poskytnutím informací nebo medikamentózně.
2. **Fyziologické překážky:** Sem řadíme vážná onemocnění, bolest, poškození sluchu, narušená komunikace apod.
3. **Kulturní bariéra:** Bariérou rozumíme např. rozdílný jazyk, hodnoty

Osobnost edukátora je dána všeobecnými, odbornými, pedagogickými i charakterovými vlastnostmi, pedagogickým taktem, pochopením vychovávaného, ale i celkovým vzhledem, upraveností, způsobem řeči či chůzí. Všechny tyto vlastnosti

musí mít zdravotní sestra na paměti, pokud chce přesvědčit pacienta a získat ho pro spolupráci.

Pro úspěšnost výchovného působení sestry je důležité - navázat kontakt s pacientem a získat si jeho důvěru, vytvořit kladný postoj pacienta k léčbě a pokynům zdravotnických pracovníků.

3.3 Podmínky edukace

vnější: fyzikální (teplota, hluk, osvětlení) a sociální (rodina)

vnitřní: věkové rozdíly, fyzická a psychická zdatnost, úroveň vědomostí o nemoci

3.4 Edukační proces

Je to dynamická vzájemná interakce mezi edukátorem (vyučujícím) a edukantem (učícím se). Sestra musí být schopná posoudit deficity vědomostí, zručností a postojů u pacienta, na základě toho potom vypracuje edukační plán. Předpokladem úspěchu je pracovat metodou edukačního procesu. Edukační proces probíhá v 5 fázích:

1. posouzení (sběr, třídění a analýza údajů o edukantovi)
2. stanovení edukačních diagnóz
3. příprava edukačního plánu - stanovení priorit v edukaci, edukačních cílů, výsledných kritérií, didaktických metod
4. realizace edukačního plánu
5. vyhodnocení efektivity edukace

3.5 Edukaci můžeme provádět formou individuální nebo skupinovou

Individuální forma: Tento způsob umožňuje realizovat zásadu individuálního přístupu a respektovat osobitosti pacienta (věk, pohlaví, vzdělanostní úroveň, zdravotní stav, a tak přizpůsobit edukaci potřebám, zájmům, vědomostí jednotlivce); umožňuje zpětnou vazbu, umožňuje hovořit s pacientem o jeho specifických problémech, o kterých nechce hovořit před ostatními, je časově náročná

Skupinová forma: Kritériem pro zařazení do skupiny může být např. stejné onemocnění, pohlaví, věk, profesní orientace, zájem o stejné informace. Skupinová

forma vytváří podmínky pro vzájemnou interakci, spolupráci, diskusi, vede k vzájemné výměně vědomostí, zkušeností a učení se jeden od druhého, umožňuje sblížení při společných otázkách, pomoc při změně chování, podporu při řešení problémů a přijímání rozhodnutí, povzbuzení členů skupiny, vytváří podmínky pro aktivitu, je ekonomicky výhodná vyznává úsporu času.

3.6 Metody edukace

Přednáška

Je efektivní způsob představení nových informací. Vhodné je postupovat podle potřeb účastníků přednášky, využívat příklady a jiné názorné pomůcky. Udržet zájem pomáhá i změna v tónu hlasu a tempu přednášky. Pauzy slouží k tomu, aby účastníci měli čas přemýšlet a psát si poznámky. Vhodné je včlenit do přednášky čas na otázky.

Vysvětlování

Je metoda, která doplní množství informací a instrukcí, aby pacient věděl proč určitou věc má nebo nemá dělat. Vysvětlování by mělo navazovat na předcházející vědomosti. Vhodné je používat terminologii, které pacient rozumí.

Rozhovor

1. Otázky při rozhovoru mají být formulovány jasně a srozumitelně.
2. Je potřeba dodržovat princip systematickosti
3. Neměly by se používat sugestivní otázky
4. Je nutné vzít v úvahu neochotu odpovídat a spolupracovat

Demonstrativní metody

Možností je mnoho: Videá, názorné ukázky v PowerPointu, zdravotně výchovné letáky

Praktické metody

Procvičování naučených pohybových cviků

3.7 Výchovné cíle

Pacient bude schopen prokazovat vědomosti potřebné k dodržování vhodné životosprávy týkající se dietního a pohybového režimu.

Kognitivní cíle: Zahrnují intelektové schopnosti - myšlení, poznání, porozumění, co má jedinec vědět a pochopit

Afektivní cíle: Zahrnují zážitky, emoce, zájmy, postoje a hodnoty, co má jedinec přijmout a v čem se angažovat.

Psychomotorické cíle: Zahrnují motorickou zručnost, co a jak má jedinec správně vykonat

3.8 Pro vhodný průběh edukace by sestra měla dodržovat zásady edukačního procesu

Zabezpečit vhodné prostředí pro realizaci edukace.

Najít spolu s pacientem nejvhodnější čas na učení.

Zjistit vědomostní úroveň pacienta ohledně onemocnění, životosprávy atd.

Obstarat vhodný učební materiál, zvolit přiměřené metody a prostředky edukace.

Zaznamenávat průběh edukace respektovat tělesný a psychický stav pacienta.

Při výkladu být srozumitelná.

Chovat se k pacientovi citlivě.

Zajistit dostatečný prostor pro pacientovy dotazy.

Zhodnotit spolu s pacientem průběh edukace, vyhodnotit dosáhnuté cíle a výsledná kritéria. (18)

4. Praktická část

4.1 EDUKACE ŽENY SE STRESOVOU INKONTINENCÍ MOČE

Klientka L. K. nyní leží na gynekologickém oddělení. Doposud trpěla jen varixy na obou DK, nyní je už po sklerotizaci. V roce 1973 appendektomie. V současnosti je po čtvrté kyretáži z důvodu cyst, které jsou příčinou častého krvácení. V průběhu hospitalizace na gynekologickém oddělení se klientka svěřila sestře se svými problémy s únikem moče. Od roku 2004 došlo k protahovanému porodu a od té doby má problém s únikem moče při zakašlání, větším pohybu, někdy dokonce už při smíchu. Doposud tento problém tajila, styděla se. Zpočátku si myslela, že se to po nějaké době, po porodu upraví samo. Dlouhou dobu používala ochranné vložky. Nyní jí již únik moče silně vadí, a omezuje ji ve vícero oblastech – nemůže normálně sportovat, v práci se cítí nejistá, stydí se i v sexu, kdy taky občas k úniku moče dojde. Celkově jí to snižuje sebevědomí, a proto je odhodlaná začít tento problém řešit. Neví ale jak, protože kvůli studu se o tom doposud s nikým neradila, odbornou pomoc nehledala. Občas si o tom něco přečetla v časopisech, ale této informace jí nestačily k tomu, aby se inkontinence zbavila.

POSOUZENÍ KLIENTKY

Věk: 40 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: policistka

Názory na zdraví: Snaží se dodržovat zdravý způsob života – dbá o zdravou výživu, pravidelně se věnuje pohybové aktivitě. Ráda čte články v časopisech, především se zdravotně - výchovnou problematikou, z nichž čerpá hodně ponaučení o zdravém způsobu života.

Motivace k učení: Klientku toto onemocnění sužuje hlavně v oblasti psychosociální, bojí se zakašlat, kýchnout, má strach z každého intenzivnějšího pohybu. V průběhu hospitalizace sama vyžaduje od zdravotnických pracovníků informace o inkontinenci, chtěla by se naučit cvičení na posílení pánevního dna.

Překážky v učení: V podstatě žádné, dobře vidí a slyší, netrpí žádnými poruchami smyslového vnímání, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Předcházející znalosti o daném problému: O inkontinenci se dočetla v různých časopisech, ale samotné informace ji k odstranění problému nepomohly.

Po posouzení schopnosti učit se jsme společně s klientkou stanovily edukační diagnózu a následná témata, kterým se budeme v rámci individuální edukace věnovat.

EDUKAČNÍ DIAGNÓZA

Neznalost v oblasti léčby stresové inkontinence a cvičení pánevního dna z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem a studu, projevující se žádostí a zájmem získat informace o daném problému

PLÁNOVÁNÍ

Při tvorbě edukačního plánu klientka aktivně spolupracovala

Téma edukace:

Stresová inkontinence a její příčiny.

Cvičení na posílení pánevního dna.

Operační léčba stresové inkontinence.

Rozsah přednášky: 3 hodiny

Prostředí: gynekologické oddělení – pokoj klientky

Forma edukace: individuální

Metody: přednáška, rozhovor, demonstrace cviků s názorným předvedením a vysvětlováním.

Cíle:

Kognitivní: Klientka si zvýší úroveň vědomostí o problému stresové inkontinence a o způsobech její léčby.

Afektivní: Klientka si lépe uvědomí podstatu onemocnění a význam cviků na posílení pánevního dna.

Behaviorální: Klientka ovládá správnou techniku cviku na posílení pánevního dna a dané cvičení provádí minimálně 3 x denně 20 minut.

Výsledná kritéria (po třech hodinách výuky):

Klientka chápe problém stresové inkontinence.

Pozná příčiny ochabnutí pánevního svalstva.

Uvědomuje si význam cviků na posílení pánevního dna.

Ovládá jednotlivé cviky na posílení pánevního dna.

Pravidelně cvičí cviky na posílení pánevního dna, 3 x denně 20 minut.

Pozná možnosti konzervativní ale i chirurgické léčby stresové inkontinence.

REALIZACE

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o účinnosti cviků na posílení pánevního dna za účelem odstranění problémů a o dalších možnostech úspěšné léčby stresové inkontinence.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod - vysvětlování, rozhovoru a demonstračního předvádění cviků.

OBSAH EDUKACE

Stresová inkontinence se projevuje únikem malého množství moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku, např. při kašli, kýchnutí nebo zvedání těžkých břemen.

PŘÍČINY

Nejčastější příčinou je ochabnutí pánevního svalstva, např. následkem těžkého porodu, tělesné práce nebo nadváhy, které má za následek neschopnost udržet moč a způsobuje její nežádoucí únik. Problém často ještě zhoršují i hormonální změny v období klimakteria.

LÉČBA

Léčba u stresové inkontinence může být konzervativní nebo operační.

1. Do konzervativní terapie patří: změna životního stylu:

redukce nadměrné hmotnosti

konec kouření

úprava příjmu tekutin (vč. kofeinu)

gymnastika pánevního dna: Kegelovo cvičení nebo další doplňková cvičení.

Kegelovo cvičení: slouží k nápravě drobných anatomických odchylek, vzniklých např. po porodu nebo poklesem pánevního dna nejen během těhotenství. Cvičení může pomoci ženě inkontinenci zmírnit, nebo se jí dokonce i zbavit.

Toto cvičení má několik fází:

1. fáze - **vizualizace**

Pokuste se uložit si obraz pánevního dna do paměti tak, abyste si jej uměly kdykoliv během cvičení vybavit. Je důležité umět si představit, jak vypadá oblast, se kterou budete pracovat. Doporučujeme pokusit se o stažení konečnicku a pochvy za průběžné kontroly zrcátkem.

2. fáze - **relaxace**

Vzhledem k obtížnosti nácviku izolovaného stahu konečnicku a pochvy se doporučuje začínat vleže na zádech. V této poloze je provádění Kegelova cvičení nejjednodušší. Nohy pod kolena lze vypočložit (dekou nebo polštářem) tak, aby se snížilo napětí břišních svalů. Během relaxace se snažte soustředit na oblasti pánevního dna.

3. fáze - **izolace**

Izolace představuje nácvik odděleného stahu konečnicku a pochvy. Důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžd'ových svalů. V průběhu cvičení je nutné dbát na pravidelné dýchání. Pro nácvik izolace doporučujeme klientkám taktéž cvičit zadržení proudu moči při močení.

4. fáze - **vlastní posilování**

V této závěrečné fázi dochází k vlastnímu posilování svalů. Doba udržení stahu se pohybuje od jedné do sedmi sekund. Počet opakování se zvyšuje od 80 stahů na počátku ke konečným 300 stahům za den. Po zvládnutí popsaného cvičení vleže je možné volit i jiné polohy (sed, stoj). Svaly pánevního dna (stejně tak jako jiné svaly) obsahují dva druhy vláken. Jeden typ vláken rychle zaujme stah, ale ve stahu vydrží jen krátkou dobu. Druhý typ vláken stah zaujme pozvolna a udrží ho delší dobu než ten první. Každý druh vláken je třeba posilovat odlišným způsobem. Střídejte proto stahy rychlé s krátkou výdrží se stahy s pomalým zaujmutím stahu, ale s dlouhou výdrží.

Doplňkové cvičení: Po zvládnutí Kegelova cvičení lze doplnit pohybovou léčbu o další skupinu cviků. Délka nácviku optimálně prováděného cvičení se individuálně liší. Vybrané skupiny cviků ovlivňují svaly pánevní (svaly hýžd'ové, stehenní, břišní, svaly v oblasti bederní páteře), a tím přispívají k lepší schopnosti udržet moč. Důležité je koordinace jednotlivých cviků s dýcháním. Nedoporučují se poskoky a cviky v uvolněném stoju rozkročném.

1. cvik

Stoj spatný, pokrčíme jednu nohu. Uchopíme ji pod kolenem a přitáhneme stehno k hrudníku. Výdrž. Zpět do základního postavení.



2. cvik

Stoj, nohy překřížené. Provádíme předklon a pokusíme se dlaněmi dotknout země. Předklon provádíme postupně, obratel po obratli.



3. cvik

Ze základní polohy sedu na patách mírně nadzvedáváme hýždě.



4. cvik

Klekneme si. Paže a nohy tvoří s tělem pravý úhel. Hlava je v prodloužení těla. Propneme jednu končetinu, necháme ji nataženou a provádíme kmity o malém rozsahu.



5. cvik

Sedneme si. Ruce opřeme o lokty, nohy máme pokrčené v kolenou. Střídavě se dotýkáme špičkami a patami podložky.



6. cvik

Sedneme si, opřeme se o ruce pokrčené v loktech. Napodobujeme jízdu na kole.



7. cvik

Lehneme si na záda. Nohy máme pokrčené v kolenou a rozkročené na širší chodidla. Ruce sepneme a natáhneme nad hlavou. Pomalu zvedáme lopatky od podložky. Pravidelně dýcháme.



8. cvik

Lehneme si na záda. Nohy máme pokrčené v kolenou, ruce jsou natažené. Pomalu bez švihů se zvedáme do sedu tak, abychom měli dlaně položené na kolenou. Při zvedání vydechneme.



9. cvik

Lehneme si na záda. Zvedneme nohy nepatrně pokrčené v kolenou a tahem nadzvedáváme pánev a snažíme se odlepit zadeček od podložky. Dbáme na stažené dno pánevní.



10. cvik

Ze vzporu sedmo nadzvedneme pánev a stáhneme hýžd'ové svaly. Trup s pánví je v jedné rovině, hlava je v ose krční páteře. Cvik provádíme tahem, ne švihem. Vrátime se do vzporu sedmo a uvolníme se.



11. cvik

Lehneme si na záda. Ruce upažíme a nohy pokrčené v kolenou pokládáme střídavě na jednu a pak na druhou stranu. Při pokládání nohou na podložku vydechneme.



12. cvik

Obrátíme se na břicho. Uděláme „fajfku“ na obou nohách. Jednu nohu zvedneme, nasměrujeme ji špičkou dolů. Nohou pohybujeme nahoru a dolů vždy o několik centimetrů. Nohy vystřídáme.



13. cvik

Položíme se na bok, ruce opřené o zem. Spodní nohu ponecháme nataženou na podložce. Horní nohu s chodidlem ohnutým do „fajfky“ zdviháme nahoru - pozor nekrčit koleno! - a následně pokládáme zpět.



14. cvik

Lehneme si na břicho, čelem se opíráme o podložku. Ruce máme pokrčené v lokti, paže a lokty přitažené k bokům. Mírně zvedáme trup od podložky a snažíme se, aby pohyb vycházel z oblasti mezi lopatkami. V poloze se zvednutým trupem se snažíme vydržet asi 20. Můžeme trup lehce vychýlit na jednu a pak i druhou stranu.



15. cvik

Lehneme si na břicho, jednu nohu pokrčíme v koleni. Následně vytočíme koleno ven a nohu suneme po podložce tak, aby se koleno dostalo do úrovně pasu. Hýždě se nám nesmí vysunovat směrem nahoru.



2. Elektrostimulace

Je to metoda, kdy se přikládají na podbříšek elektrody. Používá se 10 dní po sobě asi na 10-20 minut, po dobu tří měsíců. Dlouhodobá elektrostimulace se nedělá.

Tato metoda působí na příčně pruhovaný sval svěrače a svaly pánevního dna, které se touto metodou posilují.

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Pokud se problém nepodaří odstranit konzervativně, je možné ho řešit chirurgicky. Všechny bližší informace o možnostech operační léčby vám poskytne lékař – příslušný odborník. Stačí jen vyhledat jeho odbornou pomoc.

Většinou se provádí nejrůznější závěsné operace močového měchýře. V poslední době otevřené operace ustoupili a čím dál častěji se provádějí miniinvazivní závěsné operace močové trubice pomocí speciální pásky.

Jsou dva typy provedení:

TVT: Páska se zakládá z řezu pod močovou trubicí a vyvádí se ve dvou bodech v podbříšku.

TVT-O: Páska se zakládá z řezu pod močovou trubicí a vyvádí se na vnitřní straně stehén.

Výsledky tohoto řešení jsou zatím velmi uspokojivé a slibné do budoucna.

Lékař zavede pod močovou trubicí pásku ze speciální síťky a páska se stane trvalou podporou močové trubice, která odolá jakémukoli tlaku působícímu v této oblasti (kašle, kýčání atd.). Močová trubice zůstává při zvýšení nitrobřišního tlaku uzavřena a k úniku moče nedochází. Síťka, z níž je páska vyrobena, je trvanlivá, organismus ji dobře snáší a podpírá močovou trubicí prakticky po celý život.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších nových informací za využití zdravotněvýchovního letáku.

Fáze ověřování a hodnocení vědomostí: Ověření účinnosti edukace pomocí rozhovoru a otázek.

VYHODNOCENÍ

Cíle edukace se splnily. Klientka byla velmi spokojená se získáním nových informací o léčbě inkontinence. Osvojila si zásady konzervativní terapie, ovládá techniky jednotlivých cvičení, ví a respektuje, že je důležité cvičit min. 3x denně po 20 minut. Je

informovaná o možnosti závěsné miniinvazivní operace, pro kterou se může rozhodnout, po eventuálním neúspěšném výsledku konzervativní léčby. S potěšením přijala zdravotněvýchovnou literaturu, kterou si může odnést domů.

4.2 EDUKACE U KLIENTKY S URGENTNÍ INKONTINENCÍ MOČE

Klientka J. K. prodělala dvakrát spontánní porod. Jinak gynekologické obtíže neměla. Poslední dobou má spíš potíže urologického charakteru. Stěžuje si na urgentní nutkání k močení, kdy má pocit, že se nestihne vymočit než, dojde na toaletu. Posléze při močení pociťuje pálení a řezání. Několikrát se už léčila u praktického lékaře na cystitis acuta antibiotiky, po nichž pálení i urgence ustaly, ale asi za půl roku se problémy s urgentním nutkáním k močení i pálení vrátily. Při močení měla dokonce přidruženou i makroskopickou hematurii. Praktický lékař ji doporučil na urologickou ambulanci k doléčení a zjištění příčiny hematurie, ale ona ze strachu před závažností diagnózy nešla. Pomočování řešila ochrannými vložkami. Tyto problémy jí sužují již druhým rokem. Svěřila se s nimi sestře domácí péče, která jí taktéž doporučila návštěvu urologa. Nyní, je už odhodlaná svoje problémy řešit, jelikož ji pomočování hodně trápí a zneprůjemňuje jí život.

POSOUZENÍ KLIENTKY

Věk: 65 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: Žena v důchodu, dříve pracovala na Ministerstvu zdravotnictví jako administrativní pracovnice.

Názory na zdraví: Snaží se dodržovat zdravý styl života, vaří si zdravě, má velkou zahradu, kde má dostatek pohybové aktivity, ale jinak nikam dál chodit nechce kvůli častým urgencím na močení.

Motivace k učení: Klientku toto onemocnění sužuje proto, že se nemůže na dlouho vzdálit z domova, a pokud se vzdálí, musí být zabezpečena, že v blízkém okolí bude mít k dispozici toaletu. Chtěla by se od zdravotnických pracovníků dozvědět, jak by se mohla zbavit svého problému.

Překážky v učení: V podstatě žádné.

Předcházející znalosti o daném problému: Něco se o problému s močením dočetla v jedné knize, ale moc tomu nerozuměla, potřebuje přesnější informace.

Po posouzení schopnosti učit se jsme společně s klientkou stanovily edukační diagnózu a následně témata, kterým se budeme v rámci individuální edukace věnovat.

EDUKAČNÍ DIAGNÓZA

Neznalost o možnostech léčby urgentní inkontinence vzhledem ke vzniklému problému projevující se otázkami zaměřenými na danou problematiku

PLÁNOVÁNÍ

Při tvorbě edukačního plánu klientka aktivně spolupracovala

Téma edukace:

Urgentní inkontinence, její příčiny.

Úprava pitného režimu, trénink močového měchýře a medikamentózní léčba urgentní inkontinence.

Možnosti chirurgické léčby urgentní inkontinence.

Rozsah: 2 přednášky, 1. den 60 minut, 2. den 30 minut

Prostředí: urologická ambulance

Forma edukace: individuální

Metody: přednáška, rozhovor, názorné vyplňování mikčního deníku, prezentace v powerPointu.

Cíle:

Kognitivní: Klientka si zvýší úroveň vědomostí o problému urgentní inkontinence a o způsobech její léčby.

Afektivní: Klientka aktivně přijímá nové informace a řídí se podle nich.

Behaviorální: Klientka si upraví svůj pitný režim, osvojí si trénink močového měchýře a pravidelně užívá léky dle ordinace lékaře.

Výsledná kritéria (po dvou dnech výuky):

Klientka pochopila problém urgentní inkontinence.

Pozná příčiny vzniku urgentní inkontinence.

Má pozitivní postoj ke všem léčebným metodám.

Ovládá techniku tréninku močového měchýře, pravidelně užívá léky dle ordinace lékaře a upravila si svůj pitný režim do 1 týdne.

Ví o možnostech operačního řešení jejího problému.

REALIZACE

1. den

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o možnostech a úspěšnosti léčby urgentní inkontinence – tréninku močového měchýře, medikamentózní léčby a úpravy životního stylu.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod – metody přednášky a rozhovoru.

OBSAH EDUKACE

Nekontrolovatelnému úniku moči předchází pocit neovládatelného nutkání k močení. Tento tlak na vyprázdnění močového měchýře je tak silný a probíhá v tak krátkém časovém úseku, že postižený téměř nemá šanci doběhnout včas na toaletu. Množství unikající moči je označováno jako středně velké až velké.

PŘÍČINY

Urgentní inkontinence je způsobena buď nekontrolovatelnými stahy svaloviny močového měchýře, nebo zvýšenou citlivostí receptorů ve stěně močového měchýře, což může být důsledkem zánětu dolních cest močových, močových kamenů nebo také nádoru.

LÉČBA

1. Do konzervativní terapie patří především režimová opatření:

omezení močopudných látek-pivo, víno, káva,

pitný režim, který má být přirozeně rozložený během celého dne a nepít nárazově, teprve když si klientka vzpomene, důležité také je nepít po 18 hodině,

redukce nadměrné hmotnosti,

skončit s kouřením.

2. Trénink močového měchýře, biofeedback

Metoda je založena na postupném prodlužování intervalu močení. K prodloužení intervalu dojde vždy až po dostatečném zvládnutí původního kratšího intervalu. Žena si začne zaznamenávat do mikčnického deníku jednotlivá močení a příhody inkontinence, nejdříve bez reedukace. Tyto intervaly se pak denně prodlužují o 30 minut až do dosažení normálního rozmezí 4 - 6 hodin. Reedukační program při plné spolupráci a dodržování pokynů trvá zpravidla od 21 dní do 6 měsíců – podle typu inkontinence.

Variantou tréninku, jež vychází z předpokládané ztráty volní kontroly, je tzv. biofeedback (biologická zpětná vazba). Jde o cvičení svalů pánevního dna pomocí

Kenelových cviků. Používá se snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG (elektromyografie – záznam o činnosti svalových potenciálů). Klientka je pak o síle kontrakce informována světelnými nebo zvukovými signály. K dispozici je dnes i celá řada jednoduchých přístrojů pro domácí použití.

Mikční deník: Je formulář na zaznamenávání močení včetně epizod nutkání a inkontinence. Doba záznamu je 24 hodin, je třeba zaznamenávat i objem vymočené tekutiny. Hodnotíme nejen počet mikcí a objem vymočené moči, ale i rozložení četnosti během dne a noci. Lze sledovat i četnost nutkavých pocitů. Lékař získává přehled o zvyklostech ženy a mikční deník dobře objektivizuje stížnosti ženy. (Příloha 2)

3. Medikamentózní léčba

Cílem medikamentózní léčby je zvýšení celkové kapacity močového měchýře. Léky předepisuje urolog nebo urogynekolog. Jde většinou o skupinu těchto léků:

parasymptolytika

alfa-sympatolytika

antagonisté kalcia

inhibitory prostaglandinů

analogy vazopresinu

lokální anestetika

hormonální substituce

Mohou ovšem mít i některé nežádoucí účinky, jako suchost sliznic, zácpu a poruchy zaostřování zraku. Doplňkovou terapií vhodnou u všech inkontinentních žen po přechodu jsou estrogeny.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších nových informací při využití programu powerpoint na notebooku.

2. den

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o úspěšnosti chirurgické léčby urgentní inkontinence, v případě neúspěchu konzervativní terapie.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod - metodou přednášek.

OBSAH EDUKACE

Po neúspěchu konzervativních možností léčby se lze rozhodnout pro léčbu operační.

Možnosti operační léčby urgentní inkontinence:

1. Cystoplastiky

Existuje vícero operačních technik tohoto typu, nejpoužívanější je *augmentační cystoplastika*. Na spodinu močového měchýře se našije nový močový měchýř z tenkého střeva. Je to chirurgický výkon, po kterém je nutné nacvičit si močení pomocí břišního lisu, kdy se při naplnění močového měchýře tlakem zmáčkne podbříšek a následuje vymočení.

2. Neoveziky

Náhrada močového měchýře z tenkého střeva je velkým chirurgickým zákrokem, vyžadujícím dlouhodobou rekonvalescenci.

Neoveziky se rozdělují na kontinentní a inkontinentní

Kontinentní: Nový močový měchýř z tenkého střeva se našije na močovou trubici a klient močí pomocí břišního lisu, kdy se při naplnění močového měchýře tlakem zmáčkne podbříšek. Nebo se přímo voperují močovody do tlustého střeva a klient močí konečníkem, kdy je močení kontrované svěračem konečníku. Dříve se používali cévkovatelné náhrady (neoveziky), kdy cévka procházela břišní stěnou přes pupek, klient se pak sám cévkuje.

Inkontinentní: Jde o zákrok, který se provádí po radikálním odstranění močového měchýře pro tumor. Moč se odvádí hadičkou (cévkou) na břišní stěnu a moč odchází do sáčku.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších nových informací pomocí rozhovoru.

Fáze ověřování a hodnocení vědomostí: Efektivita edukace byla ověřena pomocí krátkého testu, který klientka samostatně vyplnila. (Příloha 8)

VYHODNOCENÍ

Cíle edukace byly splněny. Klientka je pozitivně stimulovaná, aby řešila svůj problém. Pochopila, co je jeho příčinou. Zná o možnostech léčby inkontinence, zásady nezbytné úpravy životního stylu, medikamentózní terapii. Ovládá trénink močového měchýře a umí si vyplnit mikční deník. Ví, že při neúspěchu konzervativní terapie se může rozhodnout pro operační řešení své urgentní inkontinence. S potěšením přijala zdravotně-výchovný letáček, který si může vzít s sebou domů.

4.3 EDUKACE U KLIENTKY SE SMÍŠENOU INKONTINENCÍ MOČE

Klientka dvakrát prodělala spontánní porod. Stav po oboustranné adnexektomii a poševní plastice provedené v září 2005, která byla indikována pro descensus uteri. Dle klientky se již před operací projevovala mírná stresová inkontinence, která se po operaci zhoršila a navíc se přidala i urgentní inkontinence, což ona sama subjektivně vnímá jako výrazné zhoršení. Udává únik moči při chůzi, popoběhnutí, kašli. K urgenci dochází několikrát denně s intermitentním únikem, nykturie minimálně dvakrát za noc. Spotřeba vložek 4–5 denně. Za 14 dnů přichází klientka kvůli makroskopicky patrné hematurii a pocitu „šimrání“ v podbříšku. Vzhledem k této anamnéze byla doporučena na urologické oddělení k dovyšetření hematurie. Na urologii byla odebrána kultivace s negativním výsledkem, dále byla provedena vylučovací urografie a cystoskopie rovněž s negativním výsledkem. Během dalšího sledování urology odezněla i epizodní hematurie. Klientka doposud problém řešila vložkami. Ráda by se ale pomočování zbavila, protože jí to zneprjemňuje veškerou aktivitu, ruší spánek a omezuje ji to ve společenském životě. Je připravena podstoupit veškeré léčebné kroky nutné k tomu, aby se problému zbavila.

POSOUZENÍ KLIENTKY

Věk: 56 let

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: podnikatelka v soukromé firmě

Názory na zdraví: Na pohybovou aktivitu nemá dost času, je skoro pořád v práci, kde má sedavé zaměstnání. Na zdravou výživu jí také mnoho moc času nezbyvá, nejčastěji se stravuje ve stylu fast foodu. Ráda by se dozvěděla nějaké informace týkající se léčby její obtíží.

Motivace k učení: Klientka se stydí mluvit o svém problému. Nejvíce ji zatěžuje v pracovní oblasti a v oblasti sexuální. Ráda by se problému zbavila.

Překážky v učení: V podstatě žádné.

Předcházející znalosti o daném problému: Byla již léčena pro stresovou inkontinenci na gynekologickém oddělení, kde se seznámila s cviky na posílení pánevního dna, ale samotné cvičení jí nepomohlo. Chtěla by se dozvědět něco víc o možnostech další léčby.

Po posouzení schopnosti učit se jsme společně s klientkou stanovily edukační diagnózu a následně témata, kterým se budeme v rámci individuální edukace věnovat.

EDUKAČNÍ DIAGNÓZA

Neznalost o možnostech léčby smíšené inkontinence vzhledem ke vzniklému onemocnění projevující se otázkami zaměřenými na danou problematiku

PLÁNOVÁNÍ

Při tvorbě edukačního plánu klientka aktivně spolupracovala

Téma edukace:

konzervativní a operační léčba smíšené inkontinence.

Rozsah: 60 minut

Prostředí: urologické oddělení

Forma edukace: individuální

Metody: přednáška, diskuse

Cíle:

Kognitivní: Klientka si zvýší úroveň vědomostí o problému smíšené inkontinence a možnosti její konzervativní a operační léčby.

Afektivní: Klientka si uvědomí význam jednotlivých léčebných opatření a nutnost jejich dodržování.

Behaviorální: Klientka si upraví svůj pitný režim, pravidelně užívá léky, a vhodně používá pomůcky pro inkontinentní.

Výsledná kritéria (po 1 dni výuky):

Klientka pochopila podstatu smíšené inkontinence.

Poznala její příčiny.

Je seznámena se všemi léčebnými metodami a vytvořila si k nim pozitivní postoj.

Upravila svůj pitný režim, správně užívá pomůcky při inkontinenci, znovu začala cvičit cviky na posílení pánevního dna 3 x denně 20 minut, pravidelně užívá léky dle ordinací.

REALIZACE

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o možnostech konzervativní léčby urgentní inkontinence a operační léčby stresové inkontinence.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod – přednášky.

OBSAH EDUKACE

Smíšená inkontinence moči je kombinací inkontinence stresové a urgentní, její výskyt je 20–30 % všech inkontinencí. Při řešení smíšené inkontinence moči je nejprve nutné přeléčit složku urgentní a následně řešit složku stresovou.

PŘÍČINY

Smíšená inkontinence je způsobená buď nekontrolovatelnými stahy svaloviny močového měchýře, nebo zvýšenou citlivostí receptorů ve stěně močového měchýře, což může být následkem zánětu dolních cest močových, výskytu močových kamenů, eventuálně nádoru. Často k ní dochází v souvislosti s ochabnutím pánevního svalstva, např. po těžkém porodu, po velké tělesné námaze nebo v důsledku nadváhy. Problém ještě zhoršují hormonální změny v období klimakteria.

LÉČBA

1. Medikamentózní léčba

Léky zahrnují skupinu anticholinergik na uvolnění napětí vypuzovače močového měchýře a léky hormonální terapie.

2. Omezení pitného režimu

Pitný režim by měl být rozložen po celý den. Nelze najednou vypít litr tekutin. Důležité je omezení pitného režimu po 18. hodině.

3. Pomůcky pro inkontinentní

Zajišťují snesitelnou hygienickou a sociální úroveň na začátku obtíží a pro neléčitelné klientky. Patří k nim jednoduché vložky, speciální kalhotky a zvláštní sběrné sáčky. Většina těchto prostředků je na předpis (hrazena pojišťovnou), nebo jsou vázány na souhlas revizního lékaře.

Lze využít různé druhy následujících pomůcek:

Vložky při lehkém úniku moči, které se podobají menstruačním slipovým vložkám

Vložné pleny, jsou určené pro střední až těžkou inkontinenci, které je nutné nosit s elastickými spodními kalhotkami nebo fixačními kalhotkami.

Plenkové kalhotky, určené pro střední až těžkou inkontinenci, jsou prodyšné s jednoduchým zapínáním.

Plenkové kalhotky na noc, jsou stejné jako normální plenkové kalhotky, avšak mají větší absorpční schopnosti.

Prodyšné navlékací kalhotky, slouží k diskrétnímu vyřešení tohoto problému, např. na cestách.

4. Gymnastika pánevního dna

Ke konzervativní léčbě smíšené inkontinence patří neomluvně i Kegelovo cvičení, nebo další důležitá cvičení na posílení svalu pánevního dna. S klientkou jsem zopakovala a opakovaně předvedla jednotlivé cvičení, podle edukace o cvičeních u stresové inkontinence. (viz str. č. 37- 43)

5. Operační léčba stresové inkontinence

Nejčastější miniinvazivní chirurgickou metodou je TVT páska, která vytváří stálou podporu močové trubice a tím zabraňuje nekontrolovatelnému úniku moči. Je indikována u klientek se stresovou inkontinencí. Výkon je úspěšný u žen s nadváhou, starších žen a i v kombinaci s jinými výkony (např. hysterectomie), ale neřeší již jiný typ inkontinence. (Příloha 10)

V rámci předoperační přípravy musí klientka podstoupit urodynamické vyšetření na urologické ambulanci. Dle výsledku vyšetření lékař rozhodne o umístění TVT pásky. Výkon trvá nejvýše 30 minut a jeho léčebné účinky jsou jasně prokazatelné.

Po zavedení pásky může klientka odejít domů již za několik hodin.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších nových informací s pomocí zdravotně-výchovného letáku.

Fáze ověřování a hodnocení vědomostí: Ověření účinnosti edukace pomocí rozhovoru.

VYHODNOCENÍ

Cíle edukace byly splněny. Klientka získala dostatek informací o příčinách a léčbě smíšené inkontinence, je pozitivně motivovaná tento problém řešit. Ví, jak správně užívat léky, upravila svůj pitný režim, správně užívá pomůcky a obnovila pravidelná cvičení na posílení dna pánevního. Je si vědoma toho, že se při neúčinnosti konzervativní terapie, lze ještě využít operativní řešení problému inkontinence.

4.4 EDUKACE KLIENTKY S REFLEXNÍ INKONTINENCÍ MOČE

Klientka V. M. byla poslána do nemocnice na urologické oddělení s potížemi reflexní inkontinence. Původně byl u ní zjištěn tumor na vnitřních rodidlech, kvůli němuž podstoupila Brachyterapii (jde o metodu ozařování, při níž dochází k těsnému naléhání zdroje záření na nádorové ložisko). Po ozařování se přidružila akutní radiační cystitida, která byla přeléčena antibiotiky, ale následně vznikl u klientky problém reflexní inkontinence.

Klientka subjektivně nevnímá plnost močového měchýře a není schopna vědomě utlumit nebo zahájit močení, což se projevuje nekontrolovatelným únikem moče. Používá proto plenkové kalhotky. Pro narůstající obtíže nemůže prakticky vycházet ven z bytu a stěží zvládá domácnost. Je vdova, žije sama ve dvoupokojovém bytě. Dříve chodila denně na dlouhé procházky, aktivně se stýkala se svými vrstevníky v klubu důchodců, avšak nyní musela kvůli obtížím s močením se všemi těmito aktivitami přestat. Dcera s vnučkami ji pravidelně navštěvují, zajišťují nákupy a úklid.

Nyní se zvažují další možné léčebné postupy na úpravu reflexní inkontinence.

POSOUZENÍ

Věk: 88 let

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: v důchodu, dříve klavíristka ve filharmonii

Motivace k učení: Klientka udává, že jí pomočování velmi trápí psychicky i fyzicky. Úplně přestala chodit ven, na nákupy, procházky, nestýká se s přáteli. Chtěla, by si zase normálně dojit na toaletu a cítit se jako člověk.

Překážky v učení: Na čtení používá brýle, hůře slyší.

Předcházející znalosti o daném problému: Informace o příčině pomočování už získala od svého gynekologa v nemocnici. Ráda by udělala vše, co jí pomůže odstranit nebo alespoň zmírnit problémy s únikem moče.

Po posouzení schopnosti učit se jsme společně s klientkou stanovily edukační diagnózu a následně témata, kterým se budeme v rámci individuální edukace věnovat.

EDUKAČNÍ DIAGNÓZA

Neznalost o možnostech léčby reflexní inkontinence vzhledem ke vzniklému onemocnění projevující se otázkami zaměřenými na danou problematiku

PLÁNOVÁNÍ

Při tvorbě edukačního plánu klientka aktivně spolupracovala

Téma edukace:

Léčba reflexní inkontinence.

Rozsah: 20 minut dopoledne a 30 minut odpoledne během 1 dne

Prostředí: urologické oddělení

Forma edukace: individuální

Metody: přednáška, diskuse

Cíle:

Kognitivní: Klientka si zvýší úroveň vědomosti o možnostech léčby reflexní inkontinence.

Afektivní: Klientka si vytvoří pozitivní postoj a důvěru k jednotlivým léčebným metodám.

Behaviorální: Klientka prokáže schopnost správně používat pomůcky při inkontinenci, pravidelně užívá léky dle ordinace a aktivně spolupracuje s ošetřovatelským týmem.

Výsledná kritéria (po 1 dni výuky):

Klientka chápe problém reflexní inkontinence.

Pozná příčiny reflexní inkontinence.

Má zajištěno dostatek pomůcek pro inkontinenci a umí je správně používat.

Pozná a pravidelně užívá léky na podporu svaloviny močového dna.

Má vytvořený pozitivní postoj k jednotlivým léčebným metodám.

REALIZACE

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o možnostech a úspěšnosti konzervativní a operační léčby reflexní inkontinence.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod – metody přednášek a vysvětlování.

OBSAH EDUKACE

Tento typ inkontinence vzniká například při onemocnění nebo poškození centrálního nervového systému klient tak ztrácí vědomou kontrolu močového reflexu, který pak probíhá nekontrolovatelně. Močení nastává bez předchozího pocitu nucení na močení, někdy klienta může pociťovat před samotným pomočením vegetativní příznaky (např. pocení).

PŘÍČINY

K hyperreflexií svaloviny močového měchýře dochází z důvodu neurologických příčin (centrální mozková příhoda, Parkinsonova choroba, roztroušená mozkomíšni skleróza, mozkový nádor, apod.).

LÉČBA

U reflexní inkontinence je převážně konzervativní, eventuelně se provádějí menší operační výkony.

1. Medikamentózní léčba

Obvykle se nasazuje farmakologická léčba, kdy se užívají léky na relaxaci svaloviny močového měchýře (detrusoru), oblasti hrdla močového měchýře a příčně pruhovaného svěrače močové trubice.

2. Biofeedback

Biofeedback (biologická zpětná vazba) je cvičení svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků. Je to urodynamický přístroj napojený na signály - zvukové nebo světelné, přičemž si klientka, sama kontroluje cviky. Urodynamický, přístroj je vlastně slabý katétr se snímačem na konci, zavedený do močového měchýře, který snímá tlaky v měchýři. Pak obsahuje i elektrody - většinou nalepené na hráz a podbříšek - snímající stahy svalů. Vše je hodnoceno přes počítačové zpracování. Měří se nejen naplnění močového měchýře, ale i tlak v měchýři v určitých fázích plnění a roztažitelnost močového měchýře.

3. Míšní stimulace

Elektrostimulace míchy se používá u klientů s hyperreflexním močovým měchýřem a dyssynergií (nekoordinací) mezi svěračem a detruzorem močového měchýře, tj. obvykle po kompletní traumatické míšní lézi, klientka nemá volní kontrolu močení pomocí centrální nervové soustavy.

Při operaci se přeruší zadní kořeny míchy v křížové oblasti. Na přední kořeny míchy se dá trvalá elektroda a přijímač se všije pod kůži na boku. U některých klientů se ještě přeruší jeden nerv, nazývaný n. pudendus, toto by mělo zlepšit močení, když má klient

problém se stolicí, tak i to bývá vylepšeno. Operuje se to jen u vybraných klientů, operaci vede jen neurochirurg, urologové to nedělají.

4. Intermitentní (auto) katetrizace

Kombinace nácviku jednorázového cévkování, tzv. intermitentní autokatetrizace, s užíváním léků. Má příznivý vliv na léčbu tohoto typu inkontinence. Takto je možné zbavit se nežádoucího úniku moče. V mnoha případech vymizí nebo se významně sníží nutnost užívat protetické pomůcky. Je to metoda bezpečná a celosvětově uznávaná. Vede ke kompletnímu vyprazdňování měchýře. Nácvik autokatetrizace řídí lékař nebo sestra, pod jejich vedením si klient osvojí hygienické podmínky i vlastní techniku výkonu. K provedení katetrizace není většinou třeba sterilní techniky, postačí důkladné umytí rukou a genitálií, sebezranění je výjimečné.

Frekvence autokatetrizace je 4-8x za den, podle toho, kolik tekutin klient vypije. K dispozici jsou cévky různých tvarů a velikostí.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších nových informací s využitím zdravotně-výchovného letáku.

Fáze ověřování a hodnocení vědomostí: Účinnost edukace u klientky jsem ověřovala pomocí rozhovoru, otázek a odpovědí.

VYHODNOCENÍ

Cíle edukace byly splněny. Klientka je vděčná za získání nových informací o léčbě reflexní inkontinence. Seznámila se s možnostmi léčby ve svém případě a je motivovaná respektovat vše co jí pomůže. Ví, že nějakou dobu bude závislá na pomůckách pro inkontinentní klienty a medikamentózní léčbě. Souhlasí i s možností operace.

4.5 EDUKACE KLIENTKY S PARADOXNÍ INKONTINENCÍ MOČE

Paní S. Š., 67 let, v důchodu, dříve zaměstnaná jako prodavačka. Bydlí s manželem. Stěžuje si na tlak a bolesti v podbřišku a na neschopnost se vymočit. Po určité době ale moč pak spontánně odkapává. Někdy má pocit, že i když močí, měchýř se úplně nevyprázdí. Doma proto užívala ochranné vložky. Kvůli tlaku a bolestem v podbřišku vyhledala lékaře.

Klientka byla poslána na urologickou ambulanci, kde byl proveden rentgen a zjištěn konkrement (patologický útvar) v ústí močové trubice. Lékař jí doporučil chirurgické odstranění konkrementu. Nyní leží na chirurgickém oddělení, kde jí byl dočasně zaveden permanentní močový katétr do močové trubice.

POSOUZENÍ KLIENTKY

Věk: 67 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: v důchodu, před tím pracovala jako prodavačka

Názory na zdraví: Klientka dbá na zdravý způsob života, má dostatek pohybu (pracuje na zahradě), chodila často s manželem na procházky. Stravu si vybírá podle obsahu kalorií a dbá, aby měla v pořádku cholesterol.

Motivace k učení: Klientku její onemocnění silně znepokojuje. Bojí se chodit ven, má strach, že jí moč najednou vyteče všechna a že zůstane někde pomočená. Obtíže se opakují a chtěla by se jich zbavit. Má strach, že se její stav nezlepší.

Překážky v učení: Žádné nejsou.

Předcházející znalosti o daném problému: Ví, že existuje inkontinence moči, ale o svém typu inkontinence nevěděla skoro nic. Zmátlo ji, že moč z močového měchýře odkapává.

Po posouzení schopnosti učit se jsme společně s klientkou stanovily edukační diagnózu a následně témata, kterým se budeme v rámci individuální edukace věnovat.

EDUKAČNÍ DIAGNÓZA

Neznalost o možnostech léčby paradoxní inkontinence vzhledem ke vzniklému onemocnění, projevující se obavami a dotazy na příslušné problémy

PLÁNOVÁNÍ

Při tvorbě edukačního plánu klientka aktivně spolupracovala

Téma edukace:

Léčba paradoxní inkontinence.

Rozsah: 60 minut

Prostředí: chirurgické oddělení

Forma edukace: individuální

Metody: přednáška a vysvětlování

Cíle:

Kognitivní: Klientka projeví pochopení podstaty paradoxní inkontinence, a je dostatečně poučená o způsobech její léčby.

Afektivní: Klientka si vytvoří pozitivní postoj k operační léčbě paradoxní inkontinence a důvěru ve vyléčení.

Behaviorální: Klientka aktivně spolupracuje s ošetrovatelským týmem po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria (po 1 dnu výuky):

Klientka projevuje zájem a důvěru v nové informace.

Chápe příčinu vzniku paradoxní inkontinence.

Chápe důležitost chirurgického výkonu.

Aktivně spolupracuje s ošetrovatelským týmem po celou dobu hospitalizace.

REALIZACE

Motivační fáze: Využití motivačního rozhovoru o možnostech a úspěchu léčby paradoxní inkontinence.

Expoziční fáze: Využití klasických edukačních metod – metody přednášek vysvětlování.

OBSAH EDUKACE

Tento typ inkontinence se vyskytuje u žen zřídka. Objevuje se spíše u mužů. Projevuje se pocitem nedokonalého vyprázdnění močového měchýře. Moč se v močovém měchýři hromadí a po přeplnění začne přetékat. Z močové trubice většinou odchází po kapkách.

PŘÍČINY

Paradoxní inkontinence je způsobena získanou slabostí svaloviny močového měchýře, jejímž důsledkem je neúplné vyprazdňování s postupně se zvětšujícím zůstatkem moči v měchýři. Příčinou získané slabosti bývá zúžení močové trubice či pokles a výhřez dělohy a poševních stěn nebo zablokováním odtoku moči patologickým konkrémentem (nádorem nebo močovým kamenem).

LÉČBA

Paradoxní inkontinence se řeší především katetrizací močového měchýře, kdy se do močového měchýře zavádí cévka, která odvede moč. Katetrizace může být buď jednorázová, nebo dlouhodobá.

Následně je třeba léčit prvotní příčinu onemocnění, např. operací, kdy se močovou trubicí vyjme konkrément, nebo se operačně odstraní nádorové bujení nebo jiná překážka.

V případě, že operační léčba inkontinence selže, nebo ji není možno z různých důvodů uskutečnit (věk, celkový stav klienta), užívají klienti absorpční pomůcky.

Fixační fáze: Zopakování nejdůležitějších informací formou rozhovoru.

Fáze ověřování a hodnocení vědomostí: Ověření účinnosti edukace pomocí krátkého rozhovoru.

VYHODNOCENÍ

Cíle byly splněny. Klientka udává, že došlo ke zmírnění strachu a projevuje velkou spokojenost se získáním nových informací o možnostech léčby a eventuelně vyléčení svých potíží. S operací souhlasí, respektuje všechna léčebná opatření a aktivně spolupracuje s ošetrovatelským personálem při předoperační přípravě.

5 Závěr

Cílem mé práce bylo, jak už jsem uvedla v úvodu, upozornit na problém inkontinence moče, který trápí v současné době širokou skupinu žen. Je třeba informovat tyto ženy a vysvětlit jim jak lze léčit různé typy inkontinence, a tím je podpořit, aby se nestyděly a nebály svůj problém včas řešit.

Cíl práce se doufám podařilo splnit. Edukovala jsem pět žen s různými typy inkontinence. Některé již o inkontinenci něco věděly, ale získané informace nebyly pro ně dost postačující, nebo natolik jasné, aby svůj problém s močením byly schopny odstranit.

Většina z nich inkontinenci přiznala, až když byla hospitalizovaná nebo léčená, kvůli jiným zdravotním problémům. Proč tyto ženy nevyhledaly odbornou pomoc dřív? Častým důvodem bývá stud z onemocnění, strach ze závažné diagnózy nebo neznalost, kde hledat informace o dané problematice.

Takových žen je dnes stále ještě mnoho a mnoho... Má práce by měla pomoci právě jim, ale doufám, že pomůže i mnoha dalším ženám s inkontinencí, dozvědět se o těchto potížích něco víc – jak ji lze léčit a netrpět.

Práce obsahuje pět druhů edukace, na každý typ inkontinence, které lze aplikovat v ošetrovatelské praxi. Je určena jak klientům, tak sestřám a studentům ošetrovatelství, kteří ji mohou využívat jako edukační podklad.

Do přílohy dokládám i připravenou zkrácenou formu edukačního letáčku, který je možné využít v čekárnách našich urologických ambulancí.

Nesmíme zapomínat, že edukací – výchovou, vzděláváním a včasnými informacemi – můžeme výrazně přispět k lepšímu zdraví a kvalitnějšímu životu naší společnosti.

6 Seznam použitých zdrojů

1. ALEXANDER, J. a kol. Léčíme se s přírodou, 1. Vyd: Reader`s Digest Výběr, spol. S.r.o., Praha 2001, ISBN 80-86196-36-4
2. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2001.278 s. ISBN 80-7262-094-0, Karolinum 2001, ISBN 80-246-0318-7
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 1*. 2. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-7169-970-5
4. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0143-X
5. ČERMÁK, A., PACÍK, D. *Inkontinence moči*. 1. Vyd. Praha: Triton Praha, 2006 ISBN 80-7254-875-1
6. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce sestry. 1. Vyd.* Praha: Grada Publishing, 1996 ISBN 80-7169-294-8
7. FOREJTOVÁ, J. *Urodynamické vyšetření u močové inkontinence žen*. Sestra, 2004, roč. 14, 5.1, Příl. Komunit. Péče - Gynekologie, s. 18
8. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2000. 97 s. ISBN 80-7169-950-0
9. HALAŠKA, M. *Nové operační postupy v urogynéologii*. Zdrav. Nov. ČR, 2005, roč. 54, č. 11. Příl. Lék. Listy, s. 12-13
10. HOLÝ, P. *Stresová inkontinence moči (Gynekologie.)* Zdrav. Nov. ČR, 2004, roč. 53, č. 9. Příl. Lék. Listy, s. 14-16
11. *Inkontinence – omyly a fakta*, <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=313495>, 17.3. 2008
12. JEŽEK, D, HRUBEŠ P, SÁK, P, *Řešení smíšené inkontinence moči*. Gynekologie po promoci, 2007, č. 1, s. 61
13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovačelstvo 1*. 1. Vyd. Martin: Vydavatelstvo Osvěta 1995. 836 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. ISBN 80-217-0528-0
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovačelstvo 2*. 1. Vyd. Martin: Vydavatelstvo Osvěta 1995. 636 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. ISBN 80-217-0528-0

15. *Léčebná gymnastika*. <http://www.ereska.cz/rs/inko/hartmann.html#trenink>, 12.3.2008
16. *Močová inkontinence*. <http://www.mocova-inkontinence.cz/index.html>, 16.2. 2008
17. MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. Vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1
18. POKORNÁ, L. *Absolventská práce*. Střední zdravotnická škola a Vyšší zdravotnická škola Praha 1, 2006
19. ROKYTA, R. a kol. *Fyziologie*. 1. Vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-45-5
20. ROZTOČIL, A. a kol. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví I. Část -gynekologie*. 1. Vyd. Brno: 1994. ISBN 80-7013-167-5
21. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. Vyd. Brno: 1998. ISBN 80-7013-255-8
22. TŘEŠKA, V. a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0239-8
23. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 4. Vyd. Praha: MAXDORF, 1995, ISBN 80-85800-28-4
24. ZIKMUND, J., HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. 2. Vyd. Brno: 1995. ISBN 80-7013-096-2
25. ZIKMUND, J. et al. *Moderní gynekologie a porodnictví (Urogynekologie.)* 1. Vyd. Praha: LEVRET, 1999. ISSN 1211-1058
26. ZMRHAL, J. *Urogynekologická diagnostika*. Sestra, 2005, roč. 15, č. 7-8. Příl. Mimoř., 2005, s. 6-7

7 Seznam příloh

Příloha 1 – Gaudenzův dotazník

Příloha 2 – Mikční deník

Příloha 3 – Léky užívané u stresové inkontinence moče

Příloha 4 – Léky užívané u urgentní inkontinence moče

Příloha 5 – Absorpční pomůcky

Příloha 6 – Močový měchýř

Příloha 7 – Svaly pánevního dna

Příloha 8 – Reedukační test k urgentní inkontinenci

Příloha 9 – Kolpopexe podle Burche

Příloha 10 – TVT, TVT-O

GAUDENZŮV DOTAZNÍK

Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence

Příjmení:	Datum:
Jméno:	Adresa:
Věk:	Telefon:

<p>Pomocujete se někdy mimovolně? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p> <p>Jak často se to stává? zřídka, např. při nachlazení <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> denně, několikrát za den <input type="checkbox"/> prakticky neustále <input type="checkbox"/></p> <p>Jak velké množství moči mimovolně odchází? několik kapek <input type="checkbox"/> malé dávky <input type="checkbox"/> větší množství <input type="checkbox"/></p> <p>Jak často během dne si musíte měnit spodní prádlo, protože je mokré? není třeba <input type="checkbox"/> několikrát denně <input type="checkbox"/></p> <p>Často použijí vložku nebo vaty: když jdu ven <input type="checkbox"/> také doma <input type="checkbox"/> také, když jdu spát <input type="checkbox"/></p> <p>Když si měním prádlo nebo vložku, jsou: suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> mokrě <input type="checkbox"/> uplně mokré <input type="checkbox"/></p> <p>Mimovolné pomočování pro mne znamená: není to pro mne problém <input type="checkbox"/> příležitostně mne obtěžuje <input type="checkbox"/> velmi mne obtěžuje <input type="checkbox"/> nesmímě mi vadí <input type="checkbox"/></p> <p>Při jaké příležitosti dochází k mimovolnému pomočování? při kašli a kýčání <input type="checkbox"/> když se směji <input type="checkbox"/> při chůzi nebo chůzi do schodu <input type="checkbox"/> při sestupování <input type="checkbox"/> při skákání, cvičení, poskakování <input type="checkbox"/> vstojě <input type="checkbox"/> vseďe, vleže <input type="checkbox"/></p> <p>Po jaké události se mimovolné pomočování objevilo poprvé? po porodu <input type="checkbox"/> po břišní operaci <input type="checkbox"/> v přechodu <input type="checkbox"/> jindy <input type="checkbox"/></p> <p>Kolik dětí jste porodila? žádně <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 a více <input type="checkbox"/></p> <p>Počet dětí s porodní hmotností nad 4 kg 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a více <input type="checkbox"/></p> <p>Menstruujete ještě? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p> <p>Prodělala jste již břišní operaci? ano, jakou? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p>	<p>Pocítujete pálení při močení? ano, během močení <input type="checkbox"/> ano, po močení <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p> <p>Kolikrát během dne močíte? každě 3-6 hodin <input type="checkbox"/> každou 1-2 hodiny <input type="checkbox"/> každou půl hodiny nebo častěji <input type="checkbox"/> je to různé, při rozčilení <input type="checkbox"/></p> <p>Budíte se v noci, protože máte nucení na moč? Jak často v noci močíte? nikdy <input type="checkbox"/> jednou, nepravidelně <input type="checkbox"/> 2-4x <input type="checkbox"/> 5 a vícekrát <input type="checkbox"/></p> <p>Pomocujete se v noci při spaní, aniž byste o tom věděla? ne, nikdy <input type="checkbox"/> příležitostně, zřídka <input type="checkbox"/> často, pravidelně <input type="checkbox"/></p> <p>Máte-li nucení na moč, musíte jít hned nebo můžete počkat? mohu čekat <input type="checkbox"/> musím jít brzy, během 10-15 minut <input type="checkbox"/> musím jít ihned, během 1-5 minut <input type="checkbox"/></p> <p>Stane se někdy, že nestačíte dojit na záchod a již cestou se pomočíte? nikdy <input type="checkbox"/> zřídka, např. při nachlazení <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně, často <input type="checkbox"/></p> <p>Stane se někdy, že máte náhle silné nucení na moč a brzy poté se zcela nečekaně pomočíte, aniž by se tomu dalo zabránit? ne <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> často <input type="checkbox"/></p> <p>Dokážete silou vůle přerušit proud moči? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/></p> <p>Máte pocit, že Vaš močový měchýř je po vymočení prázdný? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne vždy <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/></p> <p>Často jen stěží potlačitelné nucení na moč je pro mne: vlastně to není problém <input type="checkbox"/> příležitostně mi vadí <input type="checkbox"/> velmi mi vadí <input type="checkbox"/> nesmímě mi vadí <input type="checkbox"/></p> <p>Kolik vážíte? méně než 50 kg <input type="checkbox"/> 51-60 kg <input type="checkbox"/> 61-70 kg <input type="checkbox"/> 71-80 kg <input type="checkbox"/> více než 80 kg <input type="checkbox"/></p> <p>Trpíte návaly? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p> <p>Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></p>
--	---

Prosim nechat nevyplněné	skóre pro nutkavou inkontinenci <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	skóre pro stresovou inkontinenci <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	diagnóza <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
--------------------------	---	--	---

Příloha 2 (<http://www.poise.cz/script/default.asp?subaid=12&aid=1>, 13.3. 2008)

MIKČNÍ DENÍK

Mikční karta Jméno pacienta:			
Datum:			
Záznam o pití		Záznam o močení	
Čas přijetí tekutiny	Objem (ml)	Čas vyloučení	Objem (ml)

Datum záznamu tohoto formuláře: _/_/_									
Dd/mm/rr	Volné vyprázdnění			Naléhavé vyprázdnění			Únik moči		
čas	Téměř žádné	normální	hojné	slabé	normální	silné	Téměř žádné	normální	hojný
0 - 3 h									
3 - 6 h									
6 - 9 h									
9 - 12 h									
12- 15 h									
15 - 18 h									
18 - 21 h									
21 - 0 h									

LÉKY UŽÍVANÉ K LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE MOČE

Druh	Příklady	Účinnost	Rizika
estrogenová substituční léčba	estrogeny či kombinace estrogenů a progesteronu	prokázáno celkově subjektivní zlepšení hlavně v nerandomizovaných studiích; objektivní hodnocení nezjistilo významný účinek	karcinom prsu, karcinom ovaria, cévní mozková příhoda, srdeční příhoda
agonisté adrenergních alfa-receptorů	efedrin fenylpropanolamin (PPA) midodrin methoxamin	stimulace kontrakcí hladkého svalu uretry	zvýšení krevního tlaku, poruchy spánku, nauzea, sucho v ústech, bolesti hlavy, třes, palpitace, exacerbace poruch srdečního rytmu
agonisté adrenergních beta-receptorů	clenbuterol	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce příčně pružovaného svěrače uretry	třes, tachykardie, bolesti hlavy
antagonisté adrenergních beta-receptorů	propranolol	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladkého svalu uretry	ortostatická hypotenze, srdeční dekompenzace
tricyklická antidepresiva	imipramin	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladkého svalu uretry inhibicí zpětného vstřebávání noradrenalinu v zakončení adrenergních nervů v uretře	anticholinergní příznaky, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie, zvýšení tělesné hmotnosti
inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu	duloxetin	v randomizovaných klinických studiích významně snížil výskyt epizod inkontinence a zlepšil kvalitu života	nauzea, sucho v ústech, nespavost, zácpa, ospalost

Příloha 4 (Čermák A., Pacík D, Inkontinence moči, 2006, s. 82)

LÉKY UŽÍVANÉ K LÉČBĚ URGENTNÍ INKONTINENCE

Skupina	Účinná látka	Preparát	Účinná dávka	Dávek za den
blokátory M receptorů	trospium HCl	SPASMED	15 mg	2
	tolterodin	DETRUSITOL SR	2-4 mg	1-2
	solifenacin	VESICARE	5-10 mg	1
kombinovaný účinek	oxybutinin	DITROPAN. UROXAL	2,5-5 mg	2-3
	propiverin	MICTONORM, MICTONETTEN	15 mg	2-3
tricyklická antidepresiva	imipramin	MELIPRAMIN	25 mg	1-3
alfa-adrenergní agonisté	midodrin HCl	GUTRON	2,5 mg	3
estrogeny	estriol	OVESTIN, ORTHO- GYNEST, ORTHO-- GYNEST D	0,5 mg	1

ABSORBČNÍ POMŮCKY

1) Lehká inkontinence – vložky



2) Střední inkontinence – vložné pleny



fixační kalhotky na vložnou plenu



3) Těžká inkontinence – plenkové kalhotky



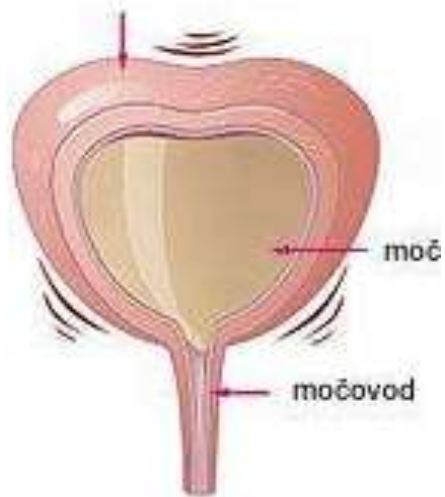
4) Inkontinentní podložky



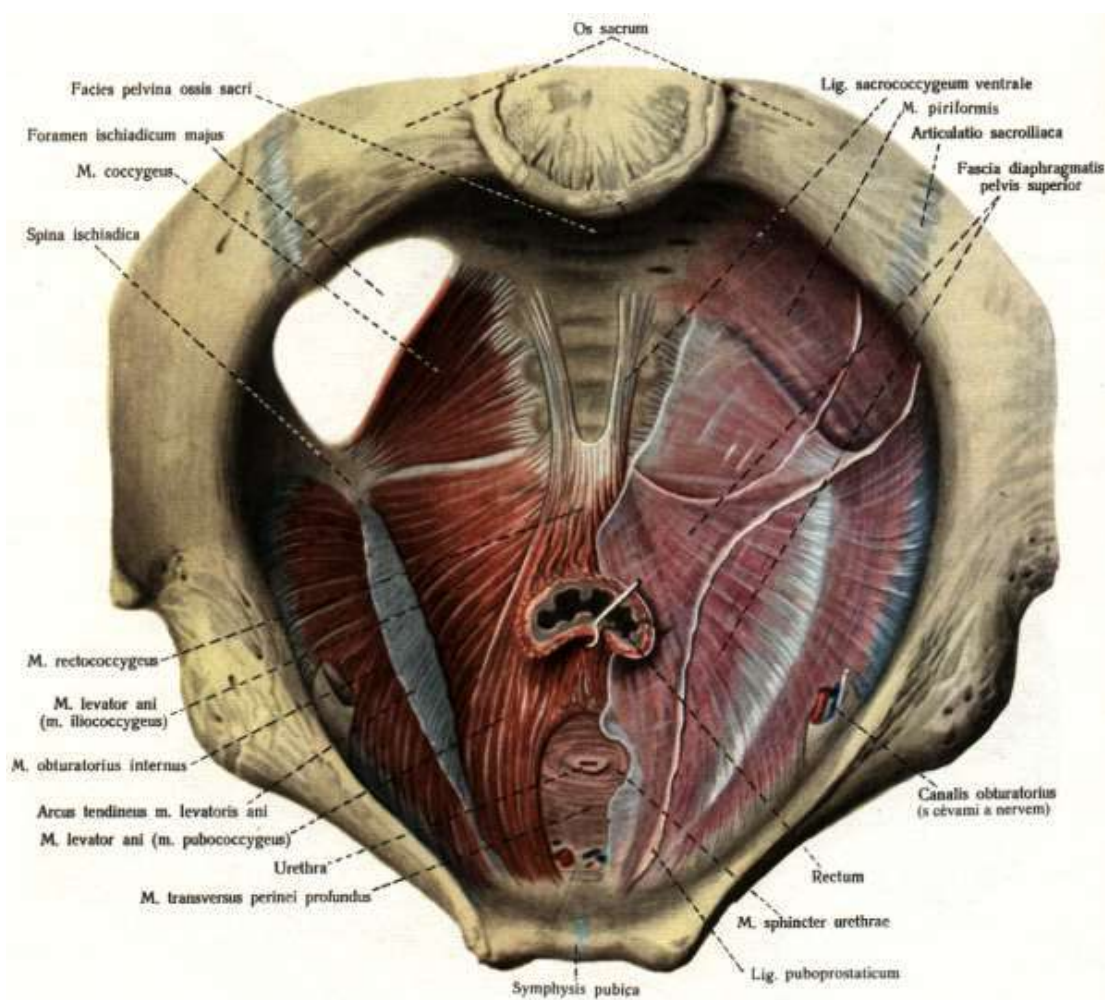
MOČOVÝ MĚCHÝŘ

Zdravý močový měchýř

svaly se stáhnou,
když je močový měchýř plný



SVALY PÁNEVNÍHO DNA



Příloha 8

REEDUKAČNÍ TEST K EDUKACI URGENTNÍ INKONTINENCE

1. Jak se projevuje urgentní inkontinence moče?

- a) únikem moči při kašli, smíchu, kýchnutí
- b) zvýšeným nucením na močení s pocitem, že na toaletu se už nedostanete
- c) mimovolný únik moče

2) Nejčastější příčina vzniku urgentní inkontinence je:

- a) infekce
- b) úraz
- c) infarkt myokardu

3) Důležité pro léčbu urgentní inkontinence je:

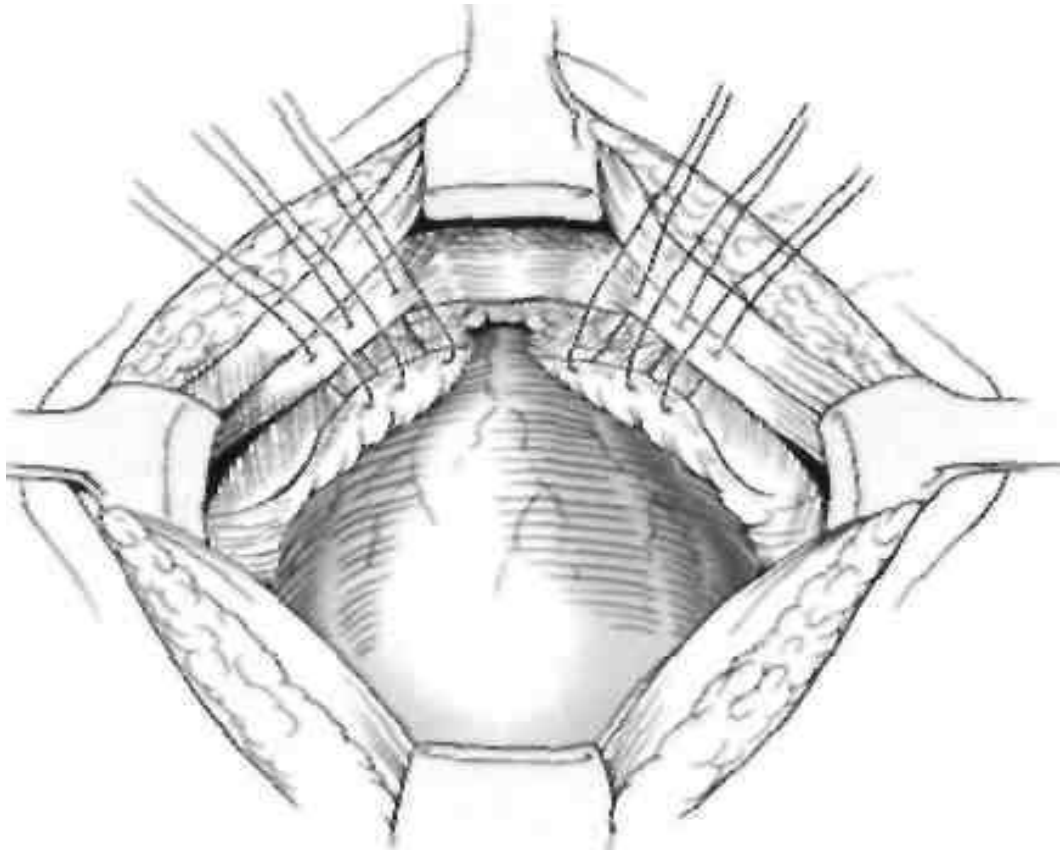
- a) změna životního stylu
- b) změna výživy
- c) cévkování

4) Trénink močového měchýře je:

- a) prodlužování intervalu močení
- b) zkracování intervalu močení
- c) prodlužování i zkracování intervalu močení

Příloha 9 (Čermák A., Pacík D, Inkontinence moči, 2006, s. 69)

KOLPOPEXE PODLE BURCHE

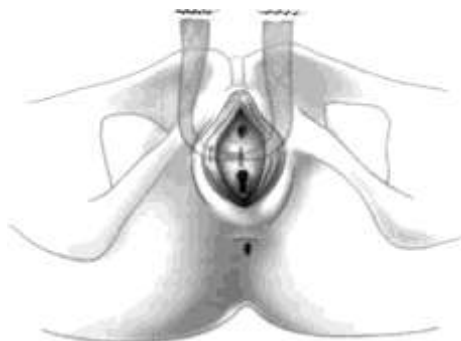


TVT, TVT-O

TVT – princip zavedení pásky



TVT – konečná poloha zavedení pásky



TVT-O

