

ÚVOD

Inkontinence je závažným celospolečenským problémem, který vyžaduje velké množství práce v oblasti zajištění adekvátních služeb ze strany zdravotníků. Účinná propagace kontinence může vést ke změnám postojů, ke zlepšení léčby a výsledků. Informovanost laické a odborné veřejnosti a jejich vzdělávání jsou základními způsoby, jak tohoto zlepšení dosáhnout. Zlepšení informovanosti by mělo být zaměřeno nejen na hodnocení, ale rovněž na navázání kontaktu s postiženými, aby rozpoznali inkontinenci a uměli ji zvládat. Neměli bychom zapomenout na to, že inkontinenci lze nejen léčit, ale současný stav výrazně zmírnit. (Pevná, 2001, s.220).

Únik moči je nejčastější z poruch funkce močového měchýře a uretry. Nelze ji definovat jako chorobu ve vlastním slova smyslu, ale spíše jako příznak, který má různé příčiny. Chorobou se stává, jestliže pacientce způsobuje problémy do takové míry, jako jsou zdravotní problémy, hygienický a společenský diskomfort a další. Vyskytuje se velmi často. V některých informačních zdrojích se uvádí, že téměř 40% všech žen trpí občasnou inkontinencí, ale jen asi 5-10% přijde k lékaři a jen polovinu z uvedených je třeba léčit chirurgickou metodou. Počet pacientek operovaných z důvodu úniku moči na gynekologických a urologických odděleních stoupá, a to vinou pozdního příchodu nebo nesvěření se svému lékaři s problémem.

Samotná práce obsahuje tři části. Teoretickou část, edukaci a edukační plán pacientky. Teoretická část rozebírá problematiku inkontinence a základní pojmy, s nimiž je důležité se v první řadě seznámit. Popisuje dělení inkontinencí, a to na stresovou, urgentní, reflexní a paradoxní, na které pak navazuje téma jejich příčin (co je způsobuje), ale i rizikových faktorů a diagnostiky. K posledně jmenované slouží pečlivá anamnéza, fyzikální, biochemické, ultrazvukové a gynekologické vyšetření. To vše pak napomáhá k dalšímu kroku, a to je léčba inkontinence. Cílem práce je zaměřit se na stresovou inkontinenci z důvodu jejího nejčastějšího diagnostikování u pacientek postižených tímto onemocněním. Do léčebných metod, které jsou v práci podrobněji rozpracovány, patří: změna životosprávy, chirurgická léčba, farmakoterapie, rehabilitační terapie, elektrostimulace a pesaroterapie.

Druhá část obsahuje obecnou charakteristiku edukačního procesu. Pomáhá vymezit základní dělení fází edukace a to na projektování, to je přípravná fáze. Dále pak na

realizaci, která spočívá ve schopnostech motivovat pacienta k účinné spolupráci. Nakonec na hodnocení se zjištěním stavu dosaženého edukačním procesem.

Ve třetí fázi je samostatně vypracovaný edukační plán s konkrétní pacientkou trpící stresovou inkontinencí. Při jeho realizaci počítáme se čtyřmi kroky tak, aby edukace byla co nejúčinnější a srozumitelná. Následná spolupráce pak bude efektivní a bude dosaženo požadovaného výsledku.

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1. 1 NÁČRT PROBLEMATIKY A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1. 2 FYZIOLOGIE MIKCE	11
1. 3 DĚLENÍ INKONTINENCE PODLE PŘÍZNAKŮ	12
1. 3. 1 <i>Stresová inkontinence</i>	12
1. 3. 2 <i>Urgentní inkontinence</i>	13
1. 3. 3 <i>Reflexní inkontinence</i>	13
1. 3. 4 <i>Paradoxní inkontinence</i>	14
1. 4. PŘÍČINY INKONTINENCE.....	14
1. 5. RIZIKOVÉ FAKTORY	15
1. 6. INKONTINENCE V PROCENTECH	17
1. 7. DIAGNOSTIKA	17
1. 8. ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÉ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM.....	18
1. 8. 1. <i>Anamnéza</i>	19
1. 8. 2. <i>Fyzikální vyšetření a klinické testy</i>	21
1. 8. 3. <i>Biochemická vyšetření</i>	23
1. 8. 4. <i>Ultrazvukové vyšetření</i>	23
1. 8. 5. <i>Gynekologické vyšetření</i>	25
1. 9. LÉČBA INKONTINENCE.....	26
1. 9. 1. <i>Léčba stresové inkontinence</i>	27
1. 9. 2 <i>Změna v životosprávě</i>	28
1. 9. 3 <i>Chirurgická léčba</i>	28
1. 9. 4 <i>Farmakoterapie</i>	29
1. 9. 5 <i>Rehabilitační terapie</i>	30
1. 9. 6 <i>Elektrostimulace</i>	32
1. 9. 7 <i>Pesaroterapie</i>	33
2 EDUKACE	34
2. 1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA	34
2. 2 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	35
2. 3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH FÁZÍ EDUKAČNÍHO PROCESU.....	37
2. 4 PROJEKTOVÁNÍ.....	37
2. 5 REALIZACE.....	38
2. 6 HODNOCENÍ	39
3 EDUKAČNÍ PLÁN PACIENTKY S INKONTINENCÍ (STRESOVOU)	40
3. 1 CHARAKTERISTIKA PACIENTKY PRO EDUKACI INKONTINENCE.....	40
3. 2 CÍL EDUKACE	40
3. 3 EDUKAČNÍ PROCES	41
3. 4 STANOVENÉ DIAGNÓZY	41
3. 5 REALIZACE EDUKACE	42
3. 5. 1 <i>První fáze edukace – zjištění informovanosti pacientky</i> :.....	42
3. 5. 2 <i>Druhá fáze edukace – teoretická část</i> :	43

3. 5. 3 Třetí fáze edukace – cviky posilující svaly pánevního dna:.....	45
3. 5. 4 Čtvrtá fáze edukace – zopakování:.....	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	49
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	51
PŘÍLOHY	52

1 Teoretická část

1. 1 Náčrt problematiky a vymezení základních pojmů

Inkontinence moči je definována podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS – International Continence Society). stavem nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. Jedná se o častý a ve svých důsledcích závažný medicínský, společenský a ekonomický problém, který bohužel stále ještě není dostatečným způsobem řešen.

Močová inkontinence vzniká následkem poruch dvou mechanismů vypuzování a uzávěru dolních cest močových. Přináší neschopnost uskutečnit navyklou hygienickou potřebu v místě a čase, které si člověk určí sám. (Lochman, 2008, s.6).

Inkontinence se vyskytuje u žen i mužů, u dětí, dospělých i ve stáří. V jednotlivých sférách života má inkontinence určité odlišnosti v příčinách, projevech, diagnostice a léčbě. Podle Světové organizace (WHO) představuje inkontinenci moči „rozšířený zdravotní problém vyskytující se na celém světě“ a pro mnoho osob je stále ještě tabu. (Čermák, Pacík, 2006, s.13).

Inkontinence moči je jakýkoliv stav nedobrovolného úniku moči. Inkontinence by se měla u každého pacienta rozlišovat podle typu, frekvence výskytu, stupně závažnosti, vyvolávajících faktorů, vlivu na sociální život, hygienické zvyklosti a kvalitu života pacienta, způsobu kvantifikace úniku moči a zájmu pacienta o léčbu. Inkontinence musí být odlišena od vaginálního výtoku a nadměrného pocení. (Zachoval, Borovička, 2008, s.28).

1. 2 Fyziologie mikce

Činnost měchýře a uretry nelze studovat odděleně, protože tvoří funkční jednotku. Měchýř má dvě základní funkce a to že slouží k zadržování a shromažďování moči a k jejímu vyprazdňování. Na obojím se podílí jak měchýř, tak uretra. (Zikmund, 2001, s.27). Na uzávěru močového měchýře a uretry se podílí struktury, které kladou aktivní nebo pasivní odpor, a tím zajišťují kontinenci.

Svalovina detruzoru je tvořena třemi vrstvami hladké svaloviny (vnitřní podélná, cirkulární, zevní podélná vrstva). Hladká cirkulární svalovina přechází v hladkou

svalovinu hrdla měchýře. V místě spojení močového měchýře a močové trubice je zesílení vypuzovacího svalu a vytváří se tak vnitřní svěrač močové trubice. Svěrač je tvořen hladkou svalovinou a je vůlí neovladatelný. Uzavírá močovou trubici, dokud jí neprojde moč a zabraňuje tak úniku mezi močením. Pro kontinenci je méně významná.

Druhý svěrač se nazývá zevní svěrač močové trubice, obklopuje močovou trubici v oblasti svalové přepážky, zvané urogenitální membrána (močopohlavní přepážka). Tento svěrač je z volně ovlivnitelné příčně pruhované svaloviny. Svalová vlákna jsou uzpůsobena k dlouhodobému udržování svalového napětí a zajišťují aktivní odpor odtoku moči z močového měchýře. (Čermák, Pacík, 2006, s.16).

1. 3 Dělení inkontinence podle příznaků

V praxi se stále ještě většinou používá zjednodušující klasifikace, která rozlišuje inkontinenci stresovou, urgentní, reflexní, paradoxní, kongenitální a získanou. (Čermák, Pacík, 2006, s.23).

Na návrh Standardizační komise ICS rozlišujeme následující formy inkontinence moči:

1. Uretrální

- stresovou inkontinenci,
- urgentní inkontinenci,
- reflexní inkontinenci,
- paradoxní inkontinenci.

2. Extrauretrální

- kongenitální,
- získaná (píštěle). (Martan a kol., 2001, s.31).

1. 3. 1 Stresová inkontinence

Stresová (zátěžová, námahová) inkontinence je nejčastější formou samovolného odtékání moči. (Macků, Čech, 2002, s.137). Je spojena s fyzickými aktivitami, jako je běhání, skákání, zvedání předmětů, kýchání nebo kašláním apod. K úniku moči dochází

při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru a toto lze objektivně prokázat. Příčinou je většinou patologická pohyblivost uretry, která vznikne v důsledku poškození podpurných a závěsných aparátů uretry. Dle ICS se jedná o pasivní únik moči uretrou. Únik moči vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu za současného zvýšení abdominálního tlaku. Stresová inkontinence je dosud nejlépe zpracovaným typem inkontinence moči. (Čermák, Pacík, 2006, s. 24).

Mezi faktory ovlivňující vznik a rozvoj stresové inkontinence patří porodní poranění pánevního dna, profesionální zatížení břišních svalů a pánevního dna těžkou prací, obezita, chronický kašel, konstituční méněcennost vaziva, poruchy prokrvení a neuroendokrinní změny v klimaktériu. (Martan a kol., 2001, s. 32).

1. 3. 2 Urgentní inkontinence

Podle definice ICS se považuje za urgentní inkontinenci každý nechtěný únik moče spojený s imperativním nucením na močení. Patofyziologicky může urgentní inkontinenci způsobit buď velmi silný podnět z receptoru registrujících tenzi stěny močového měchýře, nebo nedostatečnost motorické inhibice mikčního reflexu.

Urgence může být:

- Motorická – způsobená hyperaktivitou detruzoru (idiopatická/neurogenní),
- Senzorická – způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru (např. při nádoru, cytolitiazě, cystitidě apod.). (Zikmund, 2001, s.34).

Únik moči je po nucení často imperativního charakteru, kterému musí pacient vyhovět. Příčiny bývají často neznámého původu. V případě, že známe příčiny detruzorové aktivity (zánět, atrofie, displazie rotelu, kámen apod.), hovoříme o symptomatické urgentní inkontinenci. Po odstranění vyvolávající příčiny urgentní inkontinence ustoupí. (Čermák, Pacík, 2006, s.24).

1. 3. 3 Reflexní inkontinence

Jak uvádí Martan (2001, s. 35), jedná se o nechtěný únik moči z uretry zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení.

Pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčného reflexu, když je nemocná nebo má poškozený centrální nervový systém. Reflex pak probíhá nekontrolovatelně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce nastává bez předchozího pocitu nucení na močení. Ženu někdy mohou varovat vegetativní příznaky (např. pocení).

1. 3. 4 Paradoxní inkontinence

Paradoxní (přebytková) inkontinence je podle Martana (2001, s. 36), když intravezikální tlak převyší maximální uretrální tlak a tím dochází k nechtěnému úniku moči. Při tomto úniku chybí detruzorová aktivita a únik je způsoben pasivním přepětím stěny močového měchýře.

Příčinou může být poškození dolního i horního motorického neuronu (např. po traumatu, po rozšířené hysterectomii, amputaci rekta pro karcinom nebo při diabetické neuropatii). Může k ní vést mechanická nebo funkční obstrukce uretry s následnou dekompenzací detruzoru (těžké prolapsy dělohy a poševních stěn, stenózy uretry). (Zikmund, 2001, s.52).

1. 4. Příčiny inkontinence

Příčiny inkontinence mohou mít různý původ, ale dají se rozdělit do těchto dvou základních bodů:

- Abnormality močového měchýře
- Abnormality svěrače

Abnormality močového měchýře

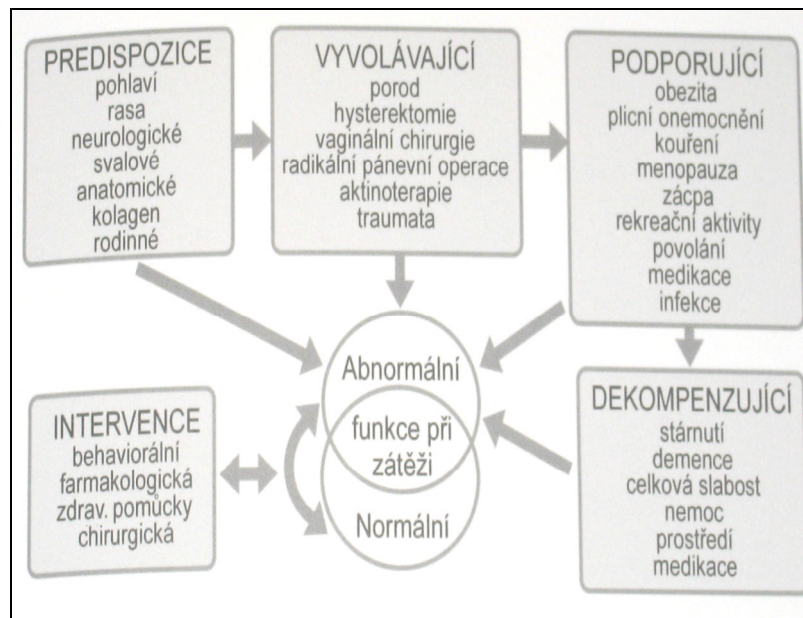
- Zvýšená aktivita – mimovolní kontrakce detruzoru,
- Hyperreflexie detruzoru – zpravidla vyvolává neurologickou příčinou (CMP, Prkinsonova choroba, roztoušená mozkomíšní skleróza, mozkový nádor atd.),
- Instabilita detruzoru – bez neurologické příčiny (snížená „komplince“ - poddajnost) (stavy po radikálních operacích v pánvi, TBC – cystitis, poradiační cystitida, dlouhodobě zavedený katetr, konkrement nebo nádor močového měchýře). (Čermák, Pacík, 2006, s. 28).

Abnormality svěrače

- Hypermobilita močové trubice – abnormální přenos tlaků a změny anatomických poměrů,
- Nedostatečnost svěrače – nedostatečná funkce uzávěrového mechanismu bez ohledu na polohu.

Možné příčiny – ochablost svaloviny pánevního dna, porody, stárnutí, traumata, operace v oblasti pánve, operace a jizvení močové trubice, prostaty, stavy po ozáření, hypoestrogenní stavy. (Čermák, Pacík, 2006, s.28). U mužů příčinou může být věk, přítomnost mikčních obtíží, mobilitu, poruchu kognitivních funkcí, prostatektomii a jiné faktory (obdobně jako u žen). (Zachoval, Borovička, Záleský, Vik, 2008, s.28-29).

Obr. 1 Příčiny vzniku disfunkce pánevního dna



(Čermák, Pacík, 2006, s. 51).

1. 5. Rizikové faktory

Rizikových faktorů inkontinence je více. Zmiňme všeobecné, onemocnění dolních cest močových, metabolické poruchy, vliv lékových skupin, úrazy v oblasti malé pánve, rizikové faktory u žen a mužů. (Lochman, 2008, s. 6).

Všeobecné

- věk nad 80 let,

- polymorbidita,
- neurologické poruchy (CMP, RS, demence),
- deprese, delirium, psychóza,
- snížená pohyblivost,
- snížená potřeba tekutin,
- kouření,
- obezita.

Onemocnění dolních cest močových

- nádory,
- kameny v močovém měchýři,
- cystitis, uretritis,
- uroinfekce.

Metabolické poruchy

- diabetes mellitus,
- nedostatek B12,
- zvýšené hodnoty draslíku.

Vliv lékových skupin

- diuretika, sedativa, hypnotika, anodyna, anticholinergika, alfa-blokátory.

Úrazy v oblasti malé pánve

Rizikové faktory u žen

- deficit estrogenů,
- těhotenství,
- velké gynekologické operace.

Rizikové faktory u mužů

- karcinom prostaty,
- stenóza uretry,
- benigní hyperplazie.

1. 6. Inkontinence v procentech

Procentuální vyjádření počtu lidí trpících močovou inkontinencí v ČR se různí podle studií a autorů. Obecně však můžeme říci, že výskyt tohoto onemocnění (počet nově vzniklých případů za 1 rok) se pohybuje mezi 5-25% populace.

U starších pacientů počet inkontinentních vysoce narůstá a uvádí se, že 20-25% (ale i až 60%), osoby nad 60 let trpí různou formou inkontinence moči. Přitom podíl osob ve věku 65 let a více činil v České republice v roce 2002 13,9% a každoročně stoupá. Demografická prognóza uvádí, že je třeba v příštích dvaceti až třiceti letech počítat se 40-80% zvýšením počtu starých osob. (Trčková, Zvoníčková, 2004, s. 88).

1. 7. Diagnostika

Stanovení správné diagnózy má podle Čermáka, Pacíka (2006, s. 35) zásadní význam pro zvolení nejvhodnější léčebné modality, a tudíž pro zdárný výsledek léčby. Pokud inkontinence nebyla objektivně prokázána a dostatečně zjištěna její příčina, neměl by pacient podstoupit invazivní nebo nezvratnou léčbu.

Praktický lékař provádí základní a orientační vyšetření. Na základě zjištěných poznatků zahájí léčbu sám, nebo pacienta odešle k dalšímu odbornému vyšetření.

Odborný lékař provede komplexní vyšetření a indikuje léčbu, operační výkon, nebo navrhne terapii a předá pacienta do péče praktického lékaře s podrobným doporučením.

Úkoly lékaře (praktického, odborného, specialisty) jsou nezastupitelné a jedině kvalitní spoluprací, koordinací a správnou návazností na všech úrovních styku s pacientem, mohou vést k dosažení společného cíle: správné diagnostiky, správného poučení pacienta, správného výběru léčebné metody. Chyba na kterémkoliv stupni a porušení kteréhokoliv článku v tomto řetězci vedou k porušení správného postupu. Výsledkem může být nesprávná diagnostika, neprovedení léčby nebo doporučení a následně třeba i provedení nesprávného způsobu léčby, což může mít závažné negativní důsledky.

Inkontinence, je častý a nesmírně závažný společenský, medicínský i ekonomický problém. V každém případě je na místě jako první volba méně invazivní léčba. I případy, kde tato selže, mají šanci. Je však třeba, aby pacienti byli správně a pravdivě

informování o možnostech, ale také limitacích a rizicích jednotlivých typů léčby. Zázračná řešení neexistují, ale neúspěch jednoho typu léčby by neměl znamenat odkázání pacientů do velmi tíživého hygienického dyskomfortu. (Čermák, Pacík, 2006, s. 35).

K základní vyšetřením provedeným praktickým lékařem můžeme zařadit:

- anamnéza,
- fyzikální vyšetření,
- biochemické vyšetření moče.

Základní vyšetření provedené odborným lékařem jsou následující:

- Gaudenzův dotazník,
- sonografické vyšetření,
- RTG vyšetření,
- test vážení vložek (pad-test),
- instrumentální vyšetření (kalibrace močové trubice, cystoskopie).

Mezi speciální vyšetření patří:

- urodinamická vyšetření (UD) (uroflowmetrie – měření rychlosti průtoku moče, plnicí cystometrie, monometricko – průtokové studie s elektromyografií svěrače, měření uretrálního tlakového profilu),
- magnetická rezonance. (Čermák, Pacík, 2006, s.36).

1. 8. Základní vyšetření provedené praktickým lékařem

V této části rozebíráme pro hlubší porozumění body z předešlé kapitoly. K určení správného léčebného plánu je nejdůležitější zjištění příčiny samovolného odtoku moči. K tomu slouží pečlivá anamnéza, fyzikální vyšetření a klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodinamické vyšetřovací metody. (Martan a kol., 2001, s. 37).

- anamnéza,
- klinické vyšetření (včetně vyšetření zevního genitálu: možný pokles pánevních orgánů, malformace a vrozené vady, zánětlivé afekce a nádory), samozřejmě včetně vyšetření per rektum či per vaginam,

- vyšetření moče chemicky a vyšetření močového sedimentu: nález erytrocytů a leukocytů v moči musí být považován za závažný a musí následovat vyšetření urologem, stejně tak jako u recidivující infekce dolních močových cest,
- mikrobiologické vyšetření moči,
- biochemické vyšetření séra: renálních funkcí (urea, kreatinin) a prostatického antigenu u mužů – PSA (včasná diagnostika karcinomu prostaty),
- sonografické vyšetření (stav horních močových cest, opakované měření postmikčního rezidua v močovém měchýři),
- u žen indikovat gynekologické vyšetření (není – li pacientka kontrolována pravidelně. (Čermák, Pacík, 2006, s. 37).

1. 8. 1. Anamnéza

Zikmund říká (2001, s. 53): „Pacientka do ordinace gynekologa často nepřichází přímo pro únik moči a proto stav nevyžaduje léčení. Mnoho žen považuje únik moči za příliš dehonestující, a proto se domnívá, že je třeba stav spíše tajit. Zvláště starší pacientky považují občasný únik moči za stav téměř normální ve vyšším věku, se kterým je třeba se smířit. Velmi často ženy přiznají inkontinenci až při vyšetřování jiného gynekologického onemocnění (např. myomů, adnexálních tumorů apod.) na přímý dotaz vyšetřujícího lékaře. Proto ve správně prováděné gynekologické anamnéze nesmí dotaz na kontingenci moče (ale též stolice, plynů) chybět.

Velmi přínosné pro získání správných anamnestických údajů je nechat si pacientku vést tzv. mikční deník. Do toho si zapisuje veškerý příjem tekutin a výdej moče za 24 hodin. Zároveň si zaznamená častost mikcí, případně epizody úniku moči. Lékař tak získá objektivní informace o častosti a rozložení mikcí (ve dne, v noci).

Inkontinence moči je onemocnění (symptomem), které nemá jednotnou příčinu, a proto správně provedená anamnéza může mnohdy tuto příčinu zjistit, nebo vést další vyšetřování správným směrem.“ (Zikmund, 2001, s. 53). Podrobněji typizovat anamnézu nám pomůže Gaudenzův dotazník. (viz. Příloha č. 2).

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza se týká členů rodiny pacienta – otce, matky, bratrů a sester. U každého člena je sledován výskyt několika nemocí. Zjišťujeme informace o úmrtích u

členů rodiny a jejich důvodech. Často se objevuje rodinný výskyt inkontinence, jak u matky, tak sester.¹

Osobní anamnéza

Cílem v osobní anamnéze je získat přehled o všech onemocněních, které pacientka prodělala a která mohou způsobit, nebo ovlivnit vznik inkontinence.

Zajímají nás mozková onemocnění, iktus, mozková ateroskleróza, roztroušená skleróza, výhřezy meziobratlových plotének zvláště v oblasti dolní hrudní a bederní páteře. Je třeba vědět o lécích, které pacientka již užívá. (Zikmund, 2001, s. 54).

Sociální a pracovní anamnéza

Sociální a pracovní anamnéza má svou důležitost při stanovení diagnózy, tak i v pooperačním období při začleňování pacientky do práce.

Urgentní inkontinence bývá častější u žen vystavených trvale psychickým stresům (učitelky, účetní apod.), nebo se sklonem k depresivním stavům. Únik moče způsobený chronickým zánětem děložního hrdla, chronickou uretritidou vidáme často u žen nižších sociálně ekonomických skupin, nebo u žen s výraznou sexuální promiskuitou. (Zikmund, 2001, s. 54).

Gynekologická a porodnická anamnéza

Gynekologická anamnéza obsahuje otázky na věk, kdy nastala první menstruace, na pravidelnost, či nepravidelnost menstruačního cyklu, na dosavadní gynekologické choroby, jejich průběh a způsob léčby. Dále pak na těhotenství, porody, příčiny operačních zákroků, zda-li pacientka užívá hormonální antikoncepci.²

Urologická anamnéza

Zikmund (2001, s. 54) tvrdí: „Zásadně necháme pacientku vylíčit své obtíže vlastními slovy. Teprve pak cílenými dotazy její údaje zpřesníme. Pacientky udávají tlak, nebo bolest za sponou, polakysurii, dysurii, dyspareunii, hematurii. Polakysurie – časté močení, může mít příčinu v zánětu měchýře, může být příznakem urgentní inkontinence, může však mít příčinu jinou než urologickou Hematurie – údaj o nálezu krve v moči, je vždy zjištěním závažným. Hematurie v dospělosti, zvláště není-li

¹ <http://euromise.vse.cz/stulong/data/vstup/index.php?page=rodanam>

² <http://www.zeny.cz/magazin/deti-/co-je-anamneza.aspx>

spojená s bolestí, vzbuzuje podezření na možnost tumorózního onemocnění měchýře. Je nutno si pamatovat, že nález krve v moči může být prvním příznakem karcinomu hrdla děložního.

Při inkontinenci moče nás zajímá začátek onemocnění, vztah k porodu, úrazu, operaci. Dále zjišťujeme za jakých okolností pacientka moč neudrží, zda moč odteče při kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, chůzi ze schodů, popoběhnutí, nebo i v klidu, zda při takové situaci odteče jen nepatrné množství moče, nebo moč veškerá, zda proud moči dokáže, nebo nedokáže zastavit.

Také údaj o časovém sledu je důležitý. Pacientka se stresovou inkontinencí udává, že moč odteče bezprostředně po kašli a proud moče obvykle dokáže stažením svalstva zastavit, nebo úniku předejít. Trvalé odkapávání moče bývá projevem paradoxní inkontinence. Tzv. postevakuační inkontinence může být někdy způsobena divertiklem uretry. Tento odtok je způsoben vyprázdněním divertiklu.

Anamnézu doplňují někteří autoři systémem otázek sestavených do dotazníku, který pacientka vyplní již doma, v klidu a z odpovědí stanovují urgentní a stresové skóre. Nejznámější a nejvíce užívané dotazníky jsou Gaudenzův, Hodkinsonův, Robertsonův a nebo jejich modifikace. U nás rozšířil dalšími otázkami původní Robertsonův dotazník Kepák. Přidal otázky postihující psychosociální a psychosomatické pozadí inkontinence. Nejlépe je dát pacientce dotazník k vyplnění domů, před dalším vyšetřováním. Je prokázáno, že odpovědi jsou pravdivější, než když je pacientka vyplňuje v přítomnosti sestry nebo lékaře.“

1. 8. 2. Fyzikální vyšetření a klinické testy

Při fyzikálním vyšetření a klinických testech, spolu se zevrubným celkovým vyšetřením provádíme i gynekologické vyšetření. Začínáme aspexí, všímáme si introitu poševního, stavu hráze, jizev po předchozích epiziotomiích, rupturách, sledujeme zevní ústí uretry a sestup stěn poševních. (Martan a kol., 2001, s. 37).

U inkontinentních žen bývá často přední stěna poševní pokleslá a tvoří cystokélu. (Zachoval, Borovička, Záleský, Vik, 2008, s. 29).

Vyšetřujeme v klidu a při zatlačení. Dysurické obtíže mohou být způsobeny strikturou či stenozou uretry. O jejím průsvitu se můžeme přesvědčit kalibračními

sondami. Hodnotíme velikost sondy, která při vytahování prochází bez odporu. Jako normální průsvit se považuje minimálně 24 Charr. (Martan a kol., 2001, s. 37).

Obvykle se provádí následující vyšetření a klinické testy: (Martan a kol., 2001, s.37, Zikmund, 2001, s. 62).

Marshallův test – měchýř se naplní 200 ml sterilní tekutiny. Pacientce s inkontinencí při zakašlání odtéká moč. Jestliže dvěma prsty vyzdvihneme paraureterální tkáň v místě krčku měchýře, pak při kašli moč neodtéká.

Q-tip test – tento test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede vatová štětička (navlhčená, nebo smočená v mesocain-gelu), nebo plastická uretrální cévka ucpaná štětičkou. Vniknutí moče do cévky je znamením, že je cévka zavedená až do měchýře a cévka brání nebezpečí zlomení štětičky. Pacientka zatlačí jako na stolicí. Při normálním stavu uretrovezikálního spojení, nebo při izolované cystokéle, se poloha štětičky prakticky nemění. Při uvolněném uretrovezikálním spojení, nebo uretrokéle, opisuje štětička úhel směrem vzhůru.

Pad-weight test – je test při kterém vážíme vložku a určujeme ztrátu moči, vážením vložek či plen před standardními aktivitami a po nich.

Laboratorní vyšetření – zahrnuje hodnocení, léčbu mikrobiálního obrazu poševního a močového sedimentu jako podmínka dalších metod spojených většinou s katetrizací měchýře. Do tohoto období vyšetřovacího plánu pacientky je vhodné zařadit eventuálně další laboratorní, endoskopické a rentgenové metody, které spolu s možnými konziliárními nálezy (neurologické či psychiatrické vyšetření) jsou důležité pro další léčebný postup.

Endoskopické vyšetření – je velmi důležité v diagnostice (zatím možná bezpříznakového) výskytu tumoru měchýře, změn na hrdle po endoskopických zákrocích, následků iatrogenního poškozeného hrdla měchýře, či nálezu divertikulů, trabekulizace stěny při nestabilním detruzoru.

„Leak point pressure“ – je tlak, při kterém uniká moč z uretry. Toto vyšetření vyžaduje drahý, vícekanálový urodynamický přístroj. Měří se intravezikální tlak, při kterém je překonán odpor uretry a dojde k odtoku moče.

1. 8. 3. Biochemická vyšetření

Základní vyšetření moči se doporučuje k vyloučení močové infekce nebo jiných onemocnění, která mohou vyvolávat podobné příznaky (diabetes mellitus, nádorové onemocnění, konkrément v močovém měchýři).

Rozbor moči podle Čermáka a Pacíka (2006, s. 40) se dělí na:

- vyšetření moči chemicky,
- vyšetření močového sedimentu,
- mikrobiologické vyšetření moči.

Nález erytrocytů a leukocytů v moči musí být považován za závažný a proto následuje vyšetření urologem, stejně tak recidivující infekce dolních močových cest. Podobně každá recidivující bakteriurie musí být vyšetřena urologem.

Standardní biochemické vyšetření renálních funkcí (urea, kreatinin) je doporučeno zvláště u pacientů, u kterých je předpoklad indikace operačního řešení. (Čermák, Pacík, 2006, s. 40).

1. 8. 4. Ultrazvukové vyšetření

V roce 1980 užili poprvé dynamické ultrazvukové vyšetření abdominálním přístupem v urogynekologii White a spolupracovníci, kteří touto metodu hodnotili uložení baze močového měchýře a mobilitu uretrovezikální junkce. V poslední době se ultrazvukové vyšetření rozšířilo, na některých pracovištích nahradilo a eventuálně doplnilo vyšetření radiologické. (Martan a kol., 2001, s. 40).

Pozice a mobility hrdla močového měchýře je jednou z diagnostických metod k posouzení typu inkontinence moči. Uretru a hrdlo močových cest lze velmi dobře zobrazit ultrasonografickým vyšetřením. V posledních letech se rovněž uplatňuje hodnocení velikosti uretrálního sfinkteru inkontinentních žen.

Dle přístupu rozdělujeme ultrazvukové vyšetření do těchto skupin: (Čermák, Pacík, 2006, s. 41).

Zevní

- abdominální,
- perineální,
- introitální,

Intrakavitální

- vaginální,
- rektální.

Čermák s Pacíkem (2006, s. 41) říkají: „Výběr vhodné ultrazvukové frekvence závisí na typu vyšetřovací sondy a na zvolení přístupu. Při perineálním ultrazvukovém vyšetření je užívána frekvence 5 MHz, při transrektálním a vaginálním frekvence 7-10 MHz. Při ultrazvukovém vyšetření je možná vizualizace následujících struktur: močový měchýř, uretra, stydká kost, pochva, rektum, děloha.“

Při ultrazvukovém vyšetření sledujeme parametry jako je úhel, vzdálenost a další: (Čermák, Pacík, 2006, s. 41).

Úhly:

- úhel alfa – úhel, který svírá osa uretry s kolmicí spouštěnou u uretrovezikální junkce,
- úhel beta – zadní uretrovezikální úhel,
- úhel gama – úhel, který svírá středová osa symfýzy s přímkou spojující dolní okraj spony a uretrovezikální junkce.

Vzdálenosti:

p – úsečka, která tvoří spojnici mezi dolním okrajem symfýzy a uretrovezikální úhel,

h – vzdálenost mezi uretrovezikální junkcí a horizontální linií, která vychází z dolního okraje symfýzy. (Martan a kol., 2001, s. 43).

Další parametry:

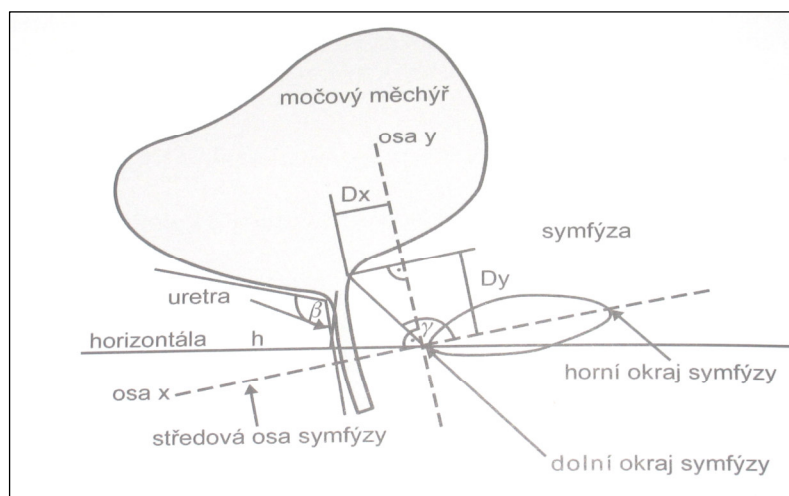
Stanovíme osu X – prochází středem symfýzy a spojuje její horní a dolní okraj, osa Y je kolmá na osu X a vychází z dolního okraje symfýzy.

Dx – vzdálenost mezi osou Y a hrdlem močového měchýře.

Dy – vzdálenost mezi osou X a hrdlem močového měchýře.

Sílu stěny močového měchýře hodnotíme po jeho vyprázdnění (náplň menší než 50 ml). (Čermák, Pacík, 2006, s. 42).

Obr. 2 Hodnocené parametry při ultrazvukovém vyšetření



1. 8. 5. Gynekologické vyšetření

Anatomické sousedství a blízká vývojová příbuznost ženských rodidel a odvodných močových cest podmiňuje jejich vzájemné ovlivňování jak za fyziologických podmínek, tak zejména za patologických stavů. Urologické symptomy převládnu někdy v klinickém obraze gynekologického onemocnění natolik, že jsou hlavním obsahem obtíží nemocné. (Macků, Čech, 2002, s. 135).

Vlastní vyšetřování začínáme aspexi. Pacientka si lehne na gynekologický stůl. Na břišní stěně si všímáme poporodních striae, které jsou častěji patrné u pacientek se stresovou inkontinencí, jako důsledek defektního složení pojivové tkáně. Všímáme si stavu introitu poševního, jestli je uzavřen nebo zeje, zda je viditelná přední, nebo zadní stěna poševní. Vše vyšetřujeme v klidu i při zatlačení. U inkontinentních žen často přední poševní stěna poklesá a tvoří cystokelé nebo uretrokelé. Dále si všímáme stavu hráze, zda-li jsou jizevy po předchozích epiziotomiích, rupturách. Sledujeme uretrálního ústí (hypospadiie, epispadiie). Pacientky s disurickými obtížemi mívají mnohdy everzi uretrální sliznice, často zánětlivě změněnou, jindy nacházíme karbunkulu, nebo uretrální polyp. V těchto případech provedeme vždy cytologické vyšetření eventuálně nález ověříme biopsií. (Zikmund, 2001, s. 59).

Podle Zikmunda (2001, s. 59) dysurické obtíže mohou být způsobeny strikturou uretry. O jejím průsvitu se přesvědčíme kalibračními sondami. Jsou kovové, nebo z umělé hmoty s „olivovitými“, rozšířeními různého průměru. Zavádějí se trefrou do

měchýře. Hodnotí se velikost sondy, která při vytahování prochází ještě bez odporu. Jako normální průsvit se považuje velikost Charr 24.

Dále vyšetření pokračuje běžným gynekologickým vyšetřením v zrcadlech i vyšetřením palpačním. V zrcadlech kontrolujeme sliznici poševní v celém rozsahu. Ústí aberantních močovodů mohou být kdekoliv v pochvě, ale především v klenbách poševních. Vezikovaginální píštěle se projevují zarudlou ploškou evertované sliznice měchýře a nálezem urinózně páchnoucího sekretu.

Při vyšetření v zrcadlech u pacientky s inkontinencí sledujeme především stav přední stěny poševní. Pokles přední stěny může postihnout její přední, periferní část (přední cystokéla), nebo její zadní část (zadní cystokéla).

Při palpačním vyšetření se zaměřujeme na hrdlo děložní (cervicitis může být příčinou urgentní inkontinence sensorického typu), jeho délku, velikost a na uložení dělohy. Musíme se přesvědčit o tonu zevního análního svěrače. Základní vyšetření obohacujeme o vyšetření močového sedimentu a vyšetřením bakteriologickým. Oběma se snažíme zjistit případy cystitis, akutní i chronické, které mohou imitovat urgentní inkontinenci. (Zikmund, 2001, s. 59).

1. 9. Léčba inkontinence

Mezi léčebné možnosti inkontinence moče patří různé metody, jako např. cvičení pánevního dna, biologická zpětná vazba, elektrostimulace, farmakoterapie, chirurgické metody, používání protetických pomůcek, intermitentní katetrizace apod. Gynekolog léčí převážně stresovou inkontinenci moči u žen, zatímco urolog kromě stresové inkontinence žen léčí všechny další formy inkontinence u obou pohlaví v dospělém i dětském věku (vrozené anomálie, urgentní inkontinence, neurogenní poruchy močení, iatrogenní léze, píštěle aj.). (Čermák, Pacík, 2006, s. 52).

Dříve se používal permanentní katétr, což bylo řešením inkontinence. I dnes se setkáme s tímto neadekvátním řešením. Permanentní katétr má však několik zásadních vad. V první řadě jde o extrémní riziko nozokomiální infekce. (Bolechová, 2007, s. 432).

V praxi je nejdůležitější rozlišit dva nejčastěji se vyskytující typy inkontinence moči, urgentní a stresovou, případně smíšenou, kdy se projevují současně příznaky stresové i urgentní inkontinence. V praxi však platí, že příznaky nemusí vždy odpovídat

urodinamickému nálezu. U většiny pacientek s příznaky smíšené inkontinence moči se při provedeném urodinamickém vyšetření objektivizuje pouze urodinamická stresová inkontinence.

Mezi obtížemi, které ženy s inkontinencí moči obvykle popisují, dominují příznaky stresové inkontinence moči (49%) následované smíšenými příznaky stresové a urgentní inkontinence (29%) a čistými urgentními příznaky (22%). (Čermák, Pacík 2006, s. 52).

1. 9. 1. Léčba stresové inkontinence

Zikmund (2001, s. 94) uvádí, že je léčba stresové inkontinence problematikou složitou, právě tak jako jsou mnohotvárné její příčiny.

Rutiní provádění vaginálních plastik, jak se na mnohých pracovištích ještě stále děje, nemá v dnešní době ospravedlnění. Problém inkontinence nelze redukovat na problematiku descensu poševních stěn, dělohy, i když se v mnoha případech vyskytují společně. Výskyt descensu poševních stěn bez inkontinence, nebo případy inkontinence u anatomicky dokonale korigovaného descenzu, nebo dokonce vznik inkontinence teprve po operaci pro descensus, jsou toho důkazem.

Díky současným znalostem problematiky stresové inkontinence vidíme tedy její příčinu v nedostatečnosti uzávěrového aparátu, na kterém se podílejí změny hormonální, změny trofiky tkání, poruchy inervace uretry i měchýře, svalů pánevního dna a s ním související patologické uložení a nadměrná mobilita uretrovezikálního spojení. Terapie musí tedy vycházet z dokonalé diagnostiky a znalosti příčin v každém jednotlivém případě. (Zikmund, 2001, s. 94).

Podle Zikmunda se v literatuře uvádějí následující možnosti léčení stresové inkontinence:

- změny v životosprávě,
- chirurgická léčba,
- farmakoterapie,
- rehabilitační terapie,
- elektrostimulace,
- pesaroterapie.

1. 9. 2 Změna v životosprávě

Obezita se všeobecně považuje za rizikový faktor pro vznik inkontinence a její redukce (výrazná) je nezbytným požadavkem ihned na počátku léčení a má předcházet jakémukoliv pokusu o operační řešení. Sama redukce excesivní váhy dokáže mnohdy odstranit příznaky stresové inkontinence. Vysvětlení je především ve zmenšení intraabdominálního tlaku při stresu a zlepšení přenosu tlaku na uretru.

Čermák, Pacík (2006, s. 31) uvádějí: „Narůstající obezita zvyšuje intraabdominální tlak, způsobuje napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna.“

Omezení kouření, nebo úplná abstinence, je dalším požadavkem. Kuřačky mají 2 – 5 x častěji příznaky stresové inkontinence než nekuřačky, protože úporný kašel je u nich častější. (Zikmund, 2001, s. 94).

1. 9. 3 Chirurgická léčba

Když volíme léčebný postup, posuzujeme každou pacientku individuálně. Do úvahy je třeba vzít věk, celkový zdravotní stav, u mladší ženy je důležité vědět, zda chce ještě rodit, zda má pohlavní styk, zda již byla v minulosti pro inkontinenci operována. K operačnímu řešení se rozhodujeme až po vyčerpání všech možností konzervativní terapie. (Zikmund, 2001, s. 99).

Chirurgická léčba je považována za nejúčinnější léčbu stresové inkontinence moči. Mezi operační techniky patří retropubické kolposuspenze, pubovaginální smyčky (slingy), tahuprosté vaginální pásky zajišťující uretropexi, dále tzv. „injectables“ aplikace bioimplantátů (např. silikonu, teflonu, kolagenu apod.) do submukózy uretry atd. Chirurgická léčba je metodou volby též u pacientek bez výrazného prolapsu pánevních orgánů a bez výrazné hypermobility uretry a obvykle k ní přistupujeme tehdy, selžou-li pokusy o konzervativní léčbu. (Čermák, Pacík, 2006, s. 67).

Operační léčbu stresové inkontinence u žen lze rozdělit do skupin na:

- závěsné suprapobické operace (vezikupexie),
- vaginální operace (jehlové závěsy, kolpoplastiky),
- „sling“ operace (smyčkou z prolenu dakronu, lyodury, vaginální stěny, facie),

- transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu, tuku aj.
- umělý svěrač uretry (Čermák, Pacík 2006, s. 67).

1. 9. 4 Farmakoterapie

Zvýšení uretrálního odporu je možné stimulací alfa-receptorů, které jsou uloženy v bázi měchýře a tretře middodrinem. Hormonální a lokální léčba má v menopauze u žen dobré výsledky. Lokální podávání estriolu zlepšuje trofiku a prokrvení dolních močových cest, u části žen po menopauze způsobuje ústup či vymezení příznaků stresové inkontinence. Nejčastěji aplikujeme estriol ve formě masti či čípků vaginálně. (Martan a kol., 2001, s. 167).

Tabulka č.1. Zobrazení lékových skupin

Léková skupina	Zástupci	Efekt	Rizika, nežádoucí účinky
Estrogenní substituce OVESTIN ORTHO-GYNЕСТ VAGIFEM	Různé kombinace estrogenů a progesteronu	Subjektivně zlepšují stav; objektivní měření v randomizovaných studiích nezjistilo žádný významný účinek	Zvýšení rizika vzniku karcinomu (ca) prsu, ca ovaria, cévní mozkové příhody, srdeční příhody
Alfa-adrenerní agonisté EFEDRIN PPA GUTRON	Efedrin, fenylpropanolamin (norefedrin) pseudoefedrin, midodrin, methoxamin, norfenefrin	Stimulující kontrakce hladké svaloviny uretry, prokázána v randomizovaných studiích	Hypertenze, poruchy spánku, nauzea, sucho v ústech, bolesti hlavy, třes, palpitace, exacerbace aritmií
Tricyklická antidepresiva MELIPRAMIN	imipramin	Hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny uretry, účinnost prokázána v otevřených studiích, absence kontrolovaných studií	Anticholinerní příznaky, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie, zvýšení tělesné hmotnosti
Beta-adrenerní agonisté SPIROPENT CONTRASPASMIN SALBUTAMOL	clenbuterol	Hypoteticky zvyšují kontraktilitu příčně pruhovaného svěrače uretry	Třes, tachykardie, bolesti hlavy

Beta-adrenergní antagonisté	propranolon	Hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny uretry	Ortostatická hypotenze, srdeční dekompenzace
Inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu YENTREVE	duloxetin	Inhibice zpětného vychytávání a tedy zvýšením hladin serotoninu a noradrenalinu v sakrální míše	Nauzea, sucho v ústech, únava, nespavost a zácpa

(Čermák, Pacík 2006, s. 57).

1. 9. 5 Rehabilitační terapie

Některé práce podle Čermáka, Pacíka (2006, s. 62) prokazují efekt pánevního cvičení, resp. Kegelových cviků. Slabým místem tohoto typu léčby je skutečnost, že pro dosažení příznivého efektu je nutné tato cvičení provádět důsledně a dlouhodobě, což vzhledem k poměrně nízké dlouhodobé soustředěnosti a ochotě pacientek k této léčbě poněkud limituje její možnosti.

Efektem prováděným pravidelnými cviky, je posílení svalstva pánevního dna, které udržuje správnou polohu močového měchýře, zvláště jeho hrdla. Po několika měsících cvičení se žena může zcela zbavit nechtěného unikání moči nebo je aspoň výrazně snížit. Fyzioterapie svalů pánevního dna není určena jen ženám trpícím inkontinencí moči. Je vhodná i pro ženy, které mají ochablé svalstvo a vazivo pánevního dna, způsobené porodem. Můžeme je doporučit také ženám, které jsou dlouhodobě vystaveny náročnému fyzickému zatížení a ženám ve vyšším věku, kdy svalstvo a vazivo ochabuje v přirozeném procesu.

Posilování svalů pánevního dna má dvojí efekt: může ženy zbavit nekontrolovaného úniku moči a zároveň může přispět ke zkvalitnění jejich sexuálních prožitků. Gymnastika svalů pánevního dna má totiž celkově pozitivní působící vliv. Má i preventivní význam a to takový, že by je měla znát a provádět každá žena, která chce předejít důsledkům ochabnutí svalových a vazivových struktur pánevního dna nebo je alespoň oddálit a zmírnit.

Sledujeme intenzitu, frekvenci a celkovou zátěž pacientky, jež záleží na individuálním léčebném plánu, vypracovaném zkušeným zdravotnickým týmem. Podstatný je však přístup pacientky: její soustředění, motivace, fyzická zdatnost a

pravidelné cvičení jsou rozhodující pro odstranění potíží. (viz. příloha č.1) (Svěráková, 2003, s. 4-5).

Kegelovy cviky (pojmenované podle amerického gynekologa a sexuologa A. H. Kegela) patří bezesporu mezi úspěšné fyzioterapeutické metody. Efekt léčby je závislý na přesné instruktáži pacientky a zpětné vazbě, umožňující pacientce stanovit pokroky v terapii jejích potíží. Pro sledování léčebného efektu je možno použít jednoduchý přístroj, tzv. perineometr, který zaznamená zvýšenou kontrakční schopnost svalů pánevního dna. V léčbě je nutno pokračovat i při vymezení potíží a pro zachování efektu léčby je celoživotní cvičení. (Čermák, Pacík, 2006, s. 62).

Kegelovo cvičení – individuální je zaměřeno na posilování svalů dna pánevního. Svaly dna pánevního jsou: diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Při pohybové terapii inkontinence hraje stěžejní roli m. levator ani a m. coccygeus. Jeho stah se uplatní při změnách intraabdominálního tlaku.

Kegelovo cvičení má 4 části a to:

- vizualizace – slouží k ozřejnění anatomických poměrů, tuto fázi provede pacientka v domácím prostředí pomocí zrcátka.
- relaxace – žena provede leh na záda, nohy pod kolena lze vypodložit, abychom snížili napětí břišních svalů, během relaxace probíhá snaha o soustředění se do oblasti pánevního dna.
- izolace – nácvik izolovaného stahu konečníku a pochvy, důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžděových svalů, tato fáze se jeví jako nejproblematičtější, pro nácvik izolace doporučujeme pacientkám buď zadržení proudu moči při močení, nebo zavedení dvou prstů do pochvy, prsty jsou od sebe mírně oddáleny a při adekvátním stahu dojde k jejich přiblížení. Další možností, jak ozřejmit svaly pánevního dna je perineometr. Perineometr je intravaginální sonda, která umožňuje pacientce identifikaci příslušných svalů a následně i objektivizaci dosažených výsledků.
- doporučené zásady při gymnastice svalů pánevního dna (Svěráková, 2003, s. 9):
 - cvičíme denně, přičemž výchozí je náš současný zdravotní stav a konzultace s lékařem,
 - při cvičení dodržujeme předepsaný postup provádění cviků,

- jednotlivé cviky opakujeme 3 – 5x, později 5 – 10x,
- cvičíme 10, 15 až 20 minut denně po dobu minimálně tří měsíců,
- cvičíme koordinovaně s dechem, vdechujeme nosem, a vydechujeme ústy,
- dbáme na kvalitu prováděných cviků, nikoliv na jejich množství,
- nikdy necvičíme těsně po jídle a při únavě,
- před cvičením se vždy vymočíme,
- cvičíme ve vyvětrané místnosti na lůžku nebo na koberci ve volném cvičebním oděvu,
- svěrač močových cest posilujeme i během močení (během močení stahujeme svěrač – přerušíme močení – a hned svěrač uvolníme),
- zásadně se řídíme pokyny ošetřujícího lékaře a fyzioterapeuta, ihned upozorníme na změny zdravotního stavu během cvičení.

1. 9. 6 Elektrostimulace

Užití elektrostimulace jak Zikmund píše (2001, s. 96) je v léčení stresové inkontinence známo již 20 let. Caldwell byl první, jenž implantoval elektrody přímo do stěny uretry. Metoda neměla nejlepší výsledky, měla svá rizika a bylo od ní upuštěno.

V nynější době se většinou používají metody zemní stimulace. V podstatě se užívají 2 způsoby podle délky aplikace a intenzity elektrického podnětu: krátkodobá maximální elektrická stimulace, nebo dlouhodobá chronická elektrická stimulace. Elektrody jsou připojeny na vaginální nosiče a napojeny na pulzní generátory. Užívají se nosiče ve tvaru kolíku se dvěma prstencovitými elektrodami, nebo nosiče nafukovací. Podle užitých elektrických parametrů se aplikují buď trvale po celý den po několik měsíců, nebo jen v noční době, nebo v sériích po 20 minutách aplikace. Pro léčení stresové inkontinence jsou nejvýhodnější frekvence kolem 50 Hz (na rozdíl od urgentní inkontinence, kde jsou nejvýhodnější frekvence kolem 10 Hz). Efekt stimulace je způsobený kontrakcí příčně pruhovaného svalu dna pánevního a zevního svěrače. Tato kontrakce je vyvolána podrážděním eferentních vláken n. pudendalis a nikoliv přímým působením na sval. Léčebné úspěchy se udávají kolem 50%, ale studie obvykle nebývají dobře dokumentované a namítá se, že podobný efekt má centrickou, prospektivní a dvojitě zaslepenou studii trvající 15 měsíců je studie Sandova z r. 1994.

Užití elektrostimulace je vhodné hlavně u pacientek, které z nějakých důvodů nemohou být operovány. (Zikmund, 2001, s. 96).

1. 9. 7 Pesaroterapie

Čermák, Pacík (2006, s. 65) hovoří o tom, že podpurné pesary mohou být v určitých případech u žen s pokleslými rodidly také jednou z variant. Jedná se o pacientky, které z různých důvodů nemohou podstoupit operační řešení, ale také o ženy, které jsou i po opakovaných operacích a předpokládaného efektu nebylo docíleno a nebo byl pouze přechodný. Další skupina jsou ženy, které čekají na plánovanou operaci a pomocí pesaru lze imitovat pooperační stav a usnadnit život před operací.

Historicky prvními pomůckami tohoto typu byly hysterophory, kuželovité předměty zavedené do pochvy, které byly udržovány na svém místě soustavou třmenů. Po zavedení do pochvy došlo k elevaci pokleslé uretry a rodidel.

Tento způsob léčby byl postupně opuštěn a do pochvy se začaly zavádět samostatné předměty, tedy pesary. Úkolem pesarů je úplně odstranit příznaky stresové inkontinence, nebo je redukovat tím, že podobně jako operační léčba změní anatomické poměry a nebo zvýší výtokový odpor močové trubice. Pesary se vyrábějí v odlišných velikostech a z rozmanitých materiálů (silikon, pryž, plast), mohou mít různý tvar. 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). Podle potřeby využití buď podpory, nebo tlaku okolních svalových skupin je nutno volit typ pesaru, aby efekt působení byl správný.

Pacientka by tedy měla být při indikaci k pesaroterapii obeznámena s přesným vzhledem pesaru, jeho indikací a měla by být poučena o manipulaci, očištění, a pokud je to možné i o lokální estriolové léčbě. Každodenní zavedení pesaru je ideální v ranních hodinách a extrakce před spaním tak, aby došlo k odpočinku tkání, o které je pesar opřen. (Čermák, Pacík 2006, s. 65).

2 Edukace

2. 1 Obecná charakteristika

Edukace pacienta podle Závodné (2002, s. 68) je nejdůležitějším aspektem v ošetrovatelské praxi a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Edukace představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Opodstatněnost edukační činnosti sestry je možné zdůraznit i tím, že současný zdravotní stav obyvatelstva v ČR není uspokojivý. Narůstá počet chronických neinfekčních chorob, které postihují věkově nižší skupiny obyvatelstva, zvyšuje se počet osob závislých na alkoholu, psychotropních látkách a tvrdých drogách.

Jestliže chceme dosáhnout pozitivní změny u jednotlivce, musíme využít výchovnou a vzdělávací stránku edukace. V edukačním procesu se výchova a vzdělávání vzájemně prolínají a podílejí se na rozvoji osobnosti.

Zdravotní výchova jako edukace v ošetrovatelství má nezastupitelné místo. Názory na postup či vlastní realizaci edukace se vyvíjely především v devadesátých letech 20. století. Sestry vykonávají praxi v přirozených podmínkách, sledují zdraví celé rodiny, zdraví a vývoj dětí, matek, dospělých a starých lidí. Toto období je však charakterizované omezováním samostatnosti sester řešit situace ošetřování nemocných. V sedmdesátých letech byla ještě edukace orientována na jednoduché odvozování instrukcí a informací. Zdravotnictví by mělo být humánnější a prvořadým v ošetřování by měly být potřeby klienta – pacienta. Začíná se využívat více edukace, zdravotní personál se dostává do pozice instruktorů, poradců v různých oblastech s přesně formulovanými problémy, se kterými se klient – pacient setkává. (Závodná, 2002, s. 68).

Edukace v ošetrovatelství může být:

- základní, když pacient nebyl ještě o problematice informovaný,
- komplexní, zpravidla realizována v edukačních kurzech,
- reedukační (pokračující, rozvíjící, nápravná), navazuje na předcházející vědomosti, zahrnuje i opakování a připomenutí základních informací, poskytuje další informace s ohledem na měnící se podmínky.

Abychom porozuměli edukaci, je potřebné definovat související pojmy:

- edukant, kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk či typ, např. pacient, dítě, starý člověk,
- edukátor, kterýkoliv zahajovatel edukační aktivity, např. učitel, sestra, lékař, lektor, instruktor, konzultant, školitel.

2. 2 Edukační proces v ošetrovatelství

Závodná píše (2002, s. 69): „Edukační proces v ošetrovatelství představuje určitou formu odvozování konkrétních informací, které se uskutečňují ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a učícího se pacienta. Je vytvořen záměrně na to, aby se někdo něco učil, je to dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem, výchovný a vzdělávací proces a tak je ho třeba chápat, je součástí ošetrovatelského procesu.

Edukační prostředí je místo, kde se edukace vykonává. Optimální prostředí na edukaci musí být bezhlučné a v nemocničním prostředí zaručovat i případnou intimitu. Edukační faktory jsou veškeré teorie, modely, plány, předpisy, scénáře, které určitým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy. V rámci edukační činnosti sestry to mohou být knihy, edukační plán, vzdělávací programy, normy, standardy, výukové filmy, diapozitivy a jiné.“

Pro výsledky edukace jsou rozhodující charakteristiky:

- edukant
 - kognitivní (inteligence, věk, názory na zdraví, vzdělání, styl učení a jiné),
 - fyzické (postoje, motivace, potřeby, pohotovost),
 - sociální a sociokulturní (vzdělanostní a kulturní úroveň).
- edukátor
 - osobnostní (zdravotní stav, temperament),
 - profesionální (zkušenosti, zodpovědnost za úspěšnost edukanta).
- edukační faktory
 - kurikulární programy (orientace edukačních programů),
 - knihy (rozsah a náročnost učiva),

- evaluační nástroje (korespondence se standardy).
- zařízení, ve kterých probíhá edukace
 - materiální vybavení a profil edukátora (např. školské, vojenské, rodinné, profesní, sportovní, zdravotnické, náboženské, skupinově formální a skupinově neformální). (Závodná, 2002, s. 70).

Principy pro dosažení stanoveného cíle:

- stanovit cíle tak, aby vycházely z potřeb pacienta,
- udržovat nepřetržitý kontakt sestry s pacientem, vztah, který je konstruktivní, podporuje edukaci,
- využívat předchozí vědomosti pacienta, povzbuzovat ho a pomáhat mu osvojit si nové poznatky,
- komunikovat jasně, stručně a zřetelně,
- omezit, případně vyloučit informace, které nesouvisí s vyučujícím cílem. (Závodná, 2002, s. 70).

Edukace se pokládá za jednu z funkcí ošetřovatelství. Edukační a ošetřovatelský proces mají mnoho společného.

Tabulka č.2: Porovnání edukačního a ošetřovatelského procesu

Edukační proces	Ošetřovatelský proces
Získat údaje, analýza schopností pacienta učít se a nedostatek vědomostí.	Získat údaje, analýza zdraví pacienta a jeho stavu.
Stanovení diagnózy vzdělanosti, určení cíle edukace.	Stanovení sesterské diagnózy.
Příprava edukačního plánu.	Plánování zásahu sestry.
Realizace edukace.	Realizace plánu ošetřovatelské péče.
Analýza a zhodnocení pacientových vědomostí, postojů, zručnosti a efektivnosti edukačního plánu.	Zhodnocení efektivnosti zásahu sestry u pacienta

(Závodná, 2002, s. 71).

2. 3 Charakteristika jednotlivých fází edukačního procesu

Edukace je záměrný, cílevědomý a plánovaný proces. Řízení edukace sestrou se skládá z těchto fází:

- projektování
 - proč?,
 - koho?,
 - co?,
 - jak?,
 - jaké podmínky?,
 - jaký efekt?,
- realizace
 - motivace,
 - expozice,
 - fixace,
 - aplikace,
 - diagnóza,
- hodnocení
 - zjišťování,
 - posuzování,
 - hodnocení,
 - rozhodování o změně. (Závodná, 2002, s. 71).

2. 4 Projektování

Podle Závodné (2002, s. 71) proces řízení spočívá v projektování, realizaci a hodnocení. Hodnocení napomáhá rozhodování o změně, stanovení diagnózy a výsledný efekt.

Projektování je přípravná fáze, sleduje odpovědi na soubor otázek.

V otázce proč? hledá smysl, účel změny, které se má dosáhnout. Při práci s pacientem zjišťuje stav a pátrá po příčinách malé účasti pacienta např. při léčebném procesu. Zjišťuje jeho reakce na procedury a postupy, jeho schopnost učit se v nových

podmínkách, způsoby učení se a úroveň vědomostí. Když jde o skupiny pacientů, např. hledá odpověď co jim brání v podpoře zdraví, co nevědí, v čem jsou nejistí, co je pro ně aktuální a co méně podstatné.

Otázka koho? je o tom, kdo je subjekt v edukační situaci, koho se edukace bude týkat, kdo jsou klienti, jsou-li zdraví, nemocní, jaká diagnóza je s nimi spjata. Co je rozlišuje (věk, vzdělání, zkušenosti, jazyk) jsou členem kulturní minority, jaký životní styl vyznávají, jaké mají postoje a názory na zdraví, kdo bude participovat na jejich edukaci (rodina, přátelé, zaměstnavatelé), jaké jsou jejich společensko-ekonomické poměry.

Co učit? nebo čemu učit? reprezentuje soubor cílových kvalit, kterých se má dosáhnout učením. Mohou mít podobu vědomostí, schopností, zručností anebo postojů.

Jak učit? je spojena s procesem stanovení strategií a rozhodování o metodách vyvolávajících účinnou změnu, tzn. monitorovat celkové povídání pacientů, jejich motivační systém, orientaci v problematice, emocionální podporu. Přiměřené edukační intervence potřebují rozvinout schopnosti správného využívání parciálních a komplexních metod.

Odpověď jaké podmínky? zahrnuje materiály, časové, organizační, prostorové a personální zabezpečení edukace.

S jakým efektem jsme splnili stanovený cíl, zjistíme hodnocením dosažených změn.

2. 5 Realizace

Realizace spočívá ve schopnostech motivovat pacienta k účinné spolupráci při učení se novému. Získat ho k akceptaci předkládaných informací bývá velmi složité. Sestra musí reagovat na chyby nebo nepřesné výkony, modifikovat původně naplánovaný postup, řídit pozornost pacienta, sledovat jeho pochopení informací a od nich odvíjet další individualizovaný postup. Pacient pod tlakem léčebného režimu v nemocnici může nerušeně vykonávat dané aktivity, po ukončení hospitalizace již motiv nebývá tak silný. Je zde nevyhnutelné průběžně motivovat a posilovat vůli osobnosti. Expozice fixace a aplikace učiva zahrnuje praktické využití, slovních, názorných, praktických či alternativních metod s metodou pro individuální, skupinovou nebo hromadnou formu edukace. (Závodná, 2002, s. 71).

2. 6 Hodnocení

Hodnocení má za cíl zjišťování, posuzování stavu dosaženého edukačním procesem. Jak se proces edukace nezhodnotí, nezjistí se jeho efektivnost. Při absenci hodnocení není možné uskutečnit rozhodnutí na adekvátní změny v edukaci. Intuitivní přístup k řízení změny bez poznání objektivních výstupů edukačního procesu nemůže být zárukou pro systémový přístup k edukaci. Tato etapa si vyžaduje systematičnost, spolehlivé metody, monitorování projevů pacienta a vědomosti o indikátorech dosažené změny.

Na hodnocení je třeba prostor a čas, tj. ověření existence požadované kvality za jistých okolností, situací za časovou jednotku. Na základní hodnocení můžeme rozhodovat o změně. (Závodná, 2002, s. 71).

3 Edukační plán pacientky s inkontinencí (stresovou)

Edukační plán u klientky s inkontinencí je prvním krokem k poskytnutí informací ohledně jejího onemocnění.

Klientka si musí osvojit principy a způsob řešení problému, který ji trápí a snaží se problému postavit. Naučit se postupně kroky vedoucí ke zlepšení onemocnění, následně lepšímu psychickému a fyzickému stavu. Klientka bude mít lepší pocit, že se sama může přičinit na své léčbě, pomoci svému zdraví a dosáhnout stanovených cílů, které spolu určíme. Včasným řešením inkontinence a následně důsledným pracováním a postupováním klientka dosáhne požadovaného cíle, tak i své spokojenosti.

3. 1 Charakteristika vybrané pacientky pro edukaci inkontinence

K edukaci jsem si vybrala pacientku, které je již 42 let a již třetím rokem trpí stresovou inkontinencí. Pacientka je hospitalizována ve Fakultní vinohradské nemocnici na oddělení gynekologie z jiných důvodů, než je inkontinence. V rodinné anamnéze zjištěna u matky pacientky také inkontinence.

Důležité informace pro edukaci: žena 42 let, pracující jako dělnice, výška 172 cm, váha 90 kg, BMI 30, 4 porody – fyziologické, nikdy nebyla operována.

Potíže močení verbalizované pacientkou: únik moči při kýchání, kašláním; chůzi ze schodů; s nošením těžkých břemen.

3. 2 Cíl edukace

Cíl edukace zahrnuje osvojení si základních pojmů a postupných kroků k vyřešení inkontinence.

Osvojit si, jakým onemocněním trpí, čím je zapříčiněno, jak postupovat pro zlepšení stavu.

Osvojit si techniky posilování svalů pánevního dna tak, aby dosáhla požadovaného efektu.

Osvojit si hygienické návyky jako je používání pomůcek pro inkontinentní ženy, dostatečná hygiena sama sebe.

Osvojit si režim a plán stanovených cílů tak, aby se stal běžnou denní součástí.

3. 3 Edukační proces

Edukační proces bude probíhat ve čtyřech fázích. V první fázi posoudím úroveň vědomostí pacientky. V druhé, na základě zjištění úrovně vědomostí pacientky, stanovím další postup teoretického obsahu přednášky. V třetí fázi se zaměřím na osvojení si základních cviků posilujících svaly pánevního dna a v poslední čtvrté fázi v si rámci diskuze zopakovat získané informace, vědomosti i cviky.

Během debaty zjistím, co pacientce není jasné, co by potřebovala ještě vysvětlit a pokud bude potřeba domluvit si další schůzku.

3. 4 Stanovené diagnózy

- Inkontinence moči stresová, z důvodu obezity, dědičnosti, věku, projevující se únikem moči při zvýšení vnitrobřišního tlaku.
- Výživa porušená, nadměrná, z důvodů nadměrného příjmu v poměru k metabolickým poměrům projevující se hodnotami BMI (30).
- Neznalost, z důvodů nedostatků zkušeností a informačních zdrojů, projevující se verbalizací a dotazy.
- Strach z důvodu nedostatku znalostí projevující se verbalizací.

Edukační cíl:

Pacientka bude mít snížené projevy stresové inkontinence.

Zlepšit informovanost pacientky o inkontinenci.

Postupně snížit hmotnost pacientky.

Zbavit pacientku strachu, dostatečně ji informovat.

Kritéria:

Pacientka zná své onemocnění.

Pacientka ví, co její onemocnění zapříčinilo.

Pacientka se orientuje v druzích inkontinence.

Pacientka spolupracuje.

Pacientka zná důvody, proč snížit svou hmotnost.

Pacientka rozumí průběhu léčby.

Pacientka ovládá cviky spojené s posilováním svalů pánevního dna.

Příprava edukačního plánu:

Zjistit, co pacientka zná o svém onemocnění a co by chtěla udělat pro vylepšení svého stavu.

Rozhovor s pacientkou o onemocnění, které se jí týká a to stresová inkontinence.
Studium propagačního materiálu a dostupné literatury.

Názorné předvedení cviků a poloh pro zlepšení posílení svalů dna pánevního.

Prozkoušení vědomostí pacientky, případné doplnění.

Edukační materiál:

Metoda tištěného slova, formou letáků a dalších materiálů o inkontinenci.

Obrázky cviků a poloh pro správné cvičení.

Seznam a ukázky doporučené literatury.

3. 5 Realizace edukace

Edukační rozhovor:

Důležité je, kde se bude rozhovor odehrávat. Zda-li je pacientka sama na pokoji nebo najít volnou místnost vhodnou pro edukaci. Neměly by být rušivé elementy, jako jsou jiní lidé, puštěná hudba nebo televize. Dostatek místa pro pohyb a nacvičování cviků. Čerstvý vzduch a dostatek světla.

3. 5. 1 První fáze edukace – zjištění informovanosti pacientky:

Plánování:

- Zjistit úroveň vědomostí pacientky o svém onemocnění (stresové inkontinenci).
- Naslouchat pacientce ohledně jejích obav.

- Dotazovat se pacientky otázkami, ze kterých vyplyne, co nezná a v čem by potřebovala rozšířit edukaci.
- Vzbudit u edukované zájem a chuť přiučit se novým informacím.
- Informovat ji o průběhu edukačního plánu.
- Zajistit klidné a příjemné místo pro edukaci.

Realizace:

- Rozhovor na téma inkontinence formou otázek.
- Vyhodnocení vědomostí pacientky, jak vnímá situaci.
- Vyslechnout pacientčiny otázky a pochybnosti.
- Sestavení plánu, v čem by potřebovala být pacientka edukována.
- Rozhovor o průběhu edukace, mé představy.
- Povzbuzení pacientky a motivování do průběhu edukace.
- Výběr vhodného prostředí, pro edukaci a příjemnou debatu.

Vyhodnocení první fáze edukace:

- Pacientka je komunikativní, vstřícná, má chuť se bavit o tématu.
- Zjištění pacientčinych nedostatků v informovanosti o inkontinenci.
- Díky informacím z pacientčiny strany se sestaví průběh dalšího edukování.
- Pacientka zná průběh edukace.
- Pacientka chce spolupracovat v dalších fázích edukace.
- Pacientka je spokojena s prostředím pro edukaci.

3. 5. 2 Druhá fáze edukace – teoretická část:

Plánování:

- Sdělit pacientce informace o základních pojmech.
- Vysvětlit druhy inkontinencí, jejich dělení a průběh.
- Zjistit, zda-li pacientka pozná své problémy mezi druhy inkontinence a určí, kterou z nich trpí.

- Informovat pacientku o příčinách inkontinence a co způsobilo její potíže.
- Osvojit pacientce rizikové faktory a nechat ji přemýšlet, které faktory se jí týkají.
- Zjistit, zda-li, které vyšetření jí byly prováděny a k čemu slouží.
- Informovat pacientku o možnostech léčby.
- Vysvětlit způsob chirurgické léčby.
- Vysvětlit pojem farmakoterapie a rehabilitační terapie, elektrostimulace a pesaroterapie.
- Zdůraznit důležitost hygieny a druhy hygienických pomůcek.
- Informovat pacientku o důležitosti změny životosprávy.

Realizace:

- Rozhovor o základních pojmech, které pomohou pacientce porozumět v další debatě.
- Rozhovor o druzích inkontinence, vysvětlení dělení a příznaků.
- Rozhovor o poznání, jaký druh inkontinence pacientka má.
- Rozhovor na téma, co zapříčinilo pacientčiny problémy.
- Rozhovor o rizikových faktorech.
- Diskuze o vyšetření, které pacientka prodělala, k čemu slouží.
- Rozhovor, při kterém informuji o možnostech léčby.
- Rozhovor, jaké způsoby léčby jsou a co obnáší.
- Rozhovor o důležitosti hygieny a sortimentu hygienických pomůcek.
- Diskuze o životosprávě, jak pacientka vnímá samu sebe a životosprávu.

Vyhodnocení:

- Pacientka si osvojila základní pohyby.
- Pacientka zná druhy inkontinence, její dělení a příznaky.
- Pacientka ví, kterou inkontinencí trpí.
- Pacientka ví, co zapříčinilo její problémy.
- Pacientka zná rizikové faktory.
- Pacientka zná druhy vyšetření, k čemu slouží.

- Pacientka zná možnosti léčby, co obnáší.
- Pacientka hovoří o své životosprávě.

3. 5. 3 Třetí fáze edukace – cviky posilující svaly pánevního dna:

Plánování:

- Uvědomění si, které svaly pacientka při močení používá pro správné posilování.
- Nacvičit Kegelovy cviky, jaké jsou jejich fáze.
- Vysvětlit pojem perimetr, k čemu slouží.
- Připomenout si kontraindikace pro cvičení.
- Vysvětlit, jaké existují pomůcky v podobě vaginálních kónusů.
- Vysvětlit, jak správně zacházet s pomůckami.
- Nacvičit techniky posilování při močení.
- Zdůraznit důležitost pravidelnosti opakování cviků a osvojit si je do každého dne.

Realizace:

- Rozhovor o svalech dna pánevního, stahování svalů bránících močení.
- Předvedení cvičení podle Kegela, vysvětlení fází.
- Rozhovor a názorné předvedení perimetru, vysvětlení jeho obsluhy a funkce.
- Rozhovor o kontraindikacích pro cvičení svalů dna pánevního.
- Rozhovor a předvedení vaginálních kónusů, vliv na posilování svalstva.
- Názorné předvedení používání a zavádění kónusů.
- Nácvičení posilování svalstva během močení.
- Rozhovor o důležitosti opakování cviků každý den.

Vyhodnocení:

- Pacientka zná svaly dna pánevního.
- Pacientka rozumí cvikům dle Kegela.
- Pacientka zná perimetr a k čemu slouží.

- Pacientka zná kontraindikace.
- Pacientka zná způsob zavedení vaginálních kónusů a jaký mají vliv na posilování.
- Pacientka zná způsob posilování svalstva během močení.
- Pacientka zná důležitost opakování cviků každý den.

3. 5. 4 Čtvrtá fáze edukace – zopakování:

Plánování:

- Zopakovat si teorii o inkontinenci.
- Zopakovat si příčiny, rizikové faktory, vyšetření, léčbu inkontinence.
- Zopakovat cizí pojmy, kterým pacientka nerozuměla.
- Zopakovat svaly dna pánevního.
- Zopakovat Kegelovy cviky.
- Zopakovat pomůcky v podobě vaginálních kónusů.
- Odpovědět na další otázky pacientky.

Realizace:

- Rozhovor na téma inkontinence a její druhy.
- Ověření si znalostí pacientky o příčinách, rizikových faktorech, vyšetření, léčbě inkontinence.
- Diskuze o pojmech, kterým pacientka nerozuměla.
- Názorné předvedení svalů dna pánevního, osvojení si jejich posilování.
- Pacientka předvede Kegelovy cviky, popisuje fáze.
- Pacientka hovoří o vaginálních kónusech a jejich aplikaci.
- Diskuze na další dotazy ze strany pacientky týkající se nejasností, které uvádí.

Závěrečné vyhodnocení znalostí a vědomostí pacientky:

- Pacientka si osvojila základní pojmy a údaje o inkontinenci.

- Pacientka zná příčiny, rizikové faktory, vyšetření a léčbu inkontinence.
- Pacientka si osvojila cviky svalů dna pánevního.
- Pacientka si osvojila používání vaginálních kónusů.
- Pacientka si osvojila důležitost každodenního cvičení.
- Pacientka zná základy správné životosprávy.
- Pacientka již nemá strach ze svého onemocnění také díky dostatečné informovanosti a je odhodlána se léčit.

ZÁVĚR

Problematika inkontinence je stále aktuálním tématem a zdaleka není tak propracovaná, aby se dala označit za vyřešené téma, čímž zůstává otevřena budoucnosti pro další zdokonalení všech okolností ohledně úniku moči. Je stále co zlepšovat na vhodně provedené osvětě žen, pacientů i zdravotního personálu. Je žádoucí, aby inkontinence nebyla jen pojmem, ale chápána jako problém, který můžeme řešit, a v důsledku toho i stávající situaci výrazně zlepšit.

V práci jsme se pokusili definovat pojem inkontinence a její druhy tak, aby mezi nimi byly patrné rozdíly. Zdůraznit příčiny, které vedou k úniku moči, čemuž lze předcházet i zdravým životním stylem. Všechny tyto informace vedou ke správné edukaci pacientky trpící tímto onemocněním. Měla by se orientovat a mít přehled, aby věděla, co obnáší léčebný režim a jaké jsou jeho možnosti. Správná informovanost je také stěžejním bodem pro zdravotnický personál, který je v neustálém styku s těmito pacienty. Mohou pak správně edukovat pacienta, pomoci mu v jeho obtížích.

Věříme, že tato práce dostatečně odpoví na otázky čtenářů tak, aby pochopili základní údaje o úniku moči, tedy o inkontinenci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. BOLECHOVÁ, Blanka. Péče o pacienta s těžkou inkontinencí – zejména praktická záležitost. *Florence*, 2007, roč.3, č.10, s.432. ISSN 1801-464X.
2. ČERMÁK, Aleš; PACÍK, Dalibor. *Inkontinence moči*. Praha: Trion, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. DOEGNES, Marilyn, E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. LOCHMAN, Petr. Vyprazdňování močového měchýře je jednou ze základních potřeb. *Sestra*, 2008, roč.18, č.1, s.6. ISSN 1210-0404.
5. MACKŮ, František; ČECH, Evžen. *Gynekologie*. Praha: Informatorium, s.r.o., 2002. ISBN 80-7333-001-6.
6. MARTAN, Alois a kol. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha: PanMed, s.r.o., 2001. ISBN 80-903049-0-7.
7. PEVNÁ, Zuzana. Informovanost laické a zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci – 1.část. *Urologie pro praxi*. 2001, roč.2, s.220, ISSN 1213-1768.
8. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Inkontinence – co by měla každá žena vědět. *Odborná edice VZP ČR*. 2003, č.19, s. 4-9.
9. TRČKOVÁ, M.; ZVONÍČKOVÁ, M. Vzdělání zdravotníků v ošetřování pacientů s močovou inkontinencí a péče. *Ošetřovatelství*, 2004, roč.6, č.3-4, s.88. ISSN 1212-723X.
10. ZACHOVAL, R.; BOROVIČKA, V.; ZÁLESKÝ, M.; VIK, V. Diagnostika a léčba inkontinence moči. *Medicína po promoci*, 2008, roč.9, suppl.1, s.28-29. ISSN 1212-9445.
11. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetřovatelství*. Martin: Osveta, s.r.o., 2002. ISBN 80-8063-108-5.
12. ZIKMUND, Jiří. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

Internetové zdroje:

13. <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/122712-posilovani-panevniho-dna-nejen-po-porodu.html>. (čerpáno 17.3.2009).
14. EUROMISE: <http://euromise.vse.cz/stulong/data/vstup/index.php?page=rodanam>.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Gynekologická anamnéza*. Praha, 2009, <http://www.zeny.cz/magazin/deti/-co-je-anamneza.aspx>.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obr. 1 Příčiny vzniku disfunkce pánevního dna	14
Obr. 2 Hodnocené parametry při ultrazvukovém vyšetření.....	24
Tab. 1 Zobrazení lékových skupin	29
Tab. 2 Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu.....	36

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Kegelovy cviky

1. cvik



Stoj. 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 obratel po obratli.

3. cvik



Ze základní polohy v 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 jí nataženou a provádíme kmity o malém rozsahu.

5. cvik



Sed. Opřeme ruce o lokty. Nohy pokrčené v kolenou. Střídavě se dotýkáme špičkami a patami podložky.

6. cvik



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

7. cvik



Leh na zádech. Nohy pokrčené v kolenou a rozkročené na šíři chodidel. Ruce sepneme natažené za hlavou. Pomalu odlepujeme lopatky od podložky až k jejich dolnímu úhlu. Pravidelně dýcháme.

8. cvik



Leh na zádech. Pokrčené nohy v kolenou. Natažené ruce. Pomalu bez švihů se posadíme tak, abychom položili dlaně na kolena. Se sedem provádíme výdech. Opakujeme.

9. cvik



Leh na zádech. Nohy nepatrně pokrčené v kolenou. Tahem nadzvedneme pánev a snažíme se odlepit zadeček od podložky. Dbáme na podsazenou pánev.

10. cvik



Ze sedu nadzvedneme pánev. Stáhneme hýžďové svaly. Trup s pánví je v jedné rovině. Hlava je v prodloužené ose krční páteře. Cvik provádíme tahem, ne švihem. Zpět do sedu. Uvolníme se.

11. cvik



Leh na zádech. Upažit ruce. Nohy pokrčené v kolenou pokládáme střídavě na levou a pak na pravou stranu. Výdech současně s položením nohou na podložku.

12. cvik



Položíme se na břicho. Uděláme "fajfku" na obou nohách. Jednu nohu zvedneme, nasměrujeme ji špičkou dolů. Nohou kmitáme střídavě 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 pevně ohnutým chodidlem do "fajfky" zdviháme nahoru, nekrčíme v koleni, následně pokládáme zpět do výchozí polohy. Vyměníme nohy a opakujeme.

14. cvik



Leh na břiše. Čelem se opíráme o podložku. Ruce pokrčené v lokti. Paže a lokty přitažené k bokům. Mírně zvedáme trup od podložky. Snažíme se, aby pohyb vycházel z oblasti mezi lopatkami. V poloze se zvednutým trupem se snažíme cca 20 sekund vytrvat. Můžeme trup i lehce vychýlit na jednu a následně i na druhou stranu.

15. cvik



Leh na břicho. Jednu nohu pokrčíme v kolenu. Následně vytočíme koleno ven a nohu suneme po podložce tak, aby se koleno dostalo do úrovně pasu. Hýždě se nám nesmí vysunovat nahoru, pánev stále tlačíme k podložce.

Příloha č. 2: Gaudenzův dotazník

Otázky:

- 1) Odtéká vám někdy nechtěně moč?
 - a. Ano
 - b. Ne
- 2) Jak často odtéká nechtěně moč?
 - a. Zřídka, např. po prochlazení
 - b. Náhodně
 - c. Denně, vícekrát za den
 - d. Prakticky trvale
- 3) Jak velké je množství odtékané moči?
 - a. Několik kapek
 - b. Ustříknutí
 - c. Větší množství
- 4) Kolikrát denně musíte měnit spodní prádlo?
 - a. Není nutné
 - b. Vícekrát denně
- 5) Používáte vložku nebo vatou,
 - a. Při odchodu z domu
 - b. Také doma
 - c. Také v noci
- 6) Když si vložku měníte, je tato
 - a. Suchá
 - b. Zvlhlá
 - c. Mokrá
 - d. Promočená, ukapávají kapky
- 7) Únik moči pro mne je
 - a. Vlastně žádný problém
 - b. Občas mne trápí
 - c. Silně mne rozrušuje
 - d. Značně mně vadí

- 8) Při kterých situacích uniká nechtěně moč?
- a. Při kašli a kýchnutí
 - b. Při smíchu
 - c. Při chůzi nebo chůzi do schodů
 - d. Při chůzi ze schodů
 - e. Při skákání, cvičení, poskakování
 - f. Ve stoji, vleže
- 9) Po které příhodě začala moč nechtěně utíkat?
- a. Po porodu
 - b. Po břišní operaci
 - c. S příchodem klimakteria
 - d. Jindy
- 10) Kolik dětí jste porodila?
- a. Žádné
 - b. 1-3
 - c. Více jak 4
- 11) Počet dětí přes 4000 g hmotnosti
- a. 0
 - b. 1
 - c. Více než 2
- 12) Máte ještě měsíčky
- a. Ano
 - b. Ne
- 13) Měla jste břišní operaci?
- a. Ano. Kterou?
 - b. Ne
- 14) Pálí vás při močení?
- a. Ano, během močení
 - b. Ano, po vymočení
 - c. Ne
- 15) Jak často uniká moč během dne, jak často chodíte močit?
- a. Každé 3-6 hodin
 - b. Každé 2 hodiny
 - c. Každou půlhodinu nebo častěji

- d. Zcela rozdílně, po rozčlenění
- 16) Probudí vás v noci nucení na močení?
- a. Ne
 - b. Jednou, nepravidelně
 - c. 2-4 krát
 - d. Více než 5 krát
- 17) Uniká v noci nepozorovaně při spánku moč?
- a. Ne
 - b. Příležitostně, zřídka
 - c. Často, pravidelně, jednou
- 18) Když máte nucení na močení, musíte jít ihned nebo musíte počkat?
- a. Mohu posečkat
 - b. Musím jít během 10-15 minut
 - c. Musím jít během 1-5 minut
- 19) Přihodí se, že když se opozdíte, vám cestou na WC unikne moč?
- a. Ne
 - b. Zřídka, např. při prochlazení
 - c. Příležitostně
 - d. Pravidelně, často
- 20) Přihodí se vám, že když dostanete tlak na močení a krátce na to nechtěně unikne moč, není ve vašich silách tomu zabránit?
- a. Ne
 - b. Zřídka
 - c. Často
- 21) Můžete chtěně přerušit proud močení?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
- 22) Máte pocit, že je měchýř po vymočení prázdný?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Ne vždy
 - d. Nevím

23) Potlačit nucení na močení je pro mě

- a. Žádný problém
- b. Občas mne trápí
- c. Silně mne trápí
- d. Značně mě obtěžuje

24) Hmotnost pacientky

- a. Do 50 kg
- b. 51-60 kg
- c. 61-70 kg
- d. 71-80 kg
- e. 81 kg a více

25) Máte návaly?

- a. Ano
- b. Ne

26) Berete hormonální tablety nebo injekce?

- a. Ano
- b. Ne