

EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY U ŽENY S INKONTINENCÍ

Bakalářská práce

PETRA PÝCHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová
Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář
Datum odevzdání práce: 2010-03-31
Datum obhajoby práce:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....
podpis

ABSTRAKT

PÝCHOVÁ, Petra. *Edukační činnost porodní asistentky u ženy s inkontinencí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová. Praha. 2010. s. 57.

Bakalářská práce je věnovaná problematice inkontinence a edukaci žen v této oblasti. V teoretické části práce je popsána anatomie močového ústrojí, svaly pánevního dna a fyziologie močového systému. Dále jsou zde popsány druhy inkontinence, jejich příčiny a možná léčba. Praktická část je zaměřená na problematiku edukačního procesu a jeho využití v ošetrovatelství. Jsou zde charakterizovány základní pojmy související s edukací, zabýváme se edukační rolí porodní asistentky a významem edukace v ošetrovatelství. Součástí práce je strukturovaný rozhovor, kterým zjišťujeme informovanost žen o problematice inkontinence a vypracováváme edukační plán. Na základě tohoto edukačního plánu jsme vytvořili prezentaci (MS PowerPoint), která napomáhá k doplnění informací a tím i odbourání strachu a úzkosti, které jsou s inkontinencí spojené.

Klíčová slova: Edukace v ošetrovatelství. Inkontinence. Kegelovo cvičení. Močové ústrojí. Pánevní dno. Porodní asistentka. Žena.

ABSTRACT

PÝCHOVÁ, Petra. *Education Activity of Midwife for Woman with Incontinence*. The College of Nursing, o.p.s; Bachelor degree; Tutor: PhDr. Jana Endlicherová. Prague. 2010. p. 57.

The Bachelor thesis is dedicated to the issue of incontinence and education for women with this disease. In the theoretical part of the thesis there is description about anatomy of the urinary organs, the muscle of pelvis bottom and physiology of the urinary system. There furthermore description about the kinds of incontinence, their causes and possible treatment. The practical part is focused on the issue of education process and its implementation in nursing care. Primary definition is characterized, concerning to education, here we deal with midwifery education role and significance of education in nursing care. The interview is designed in the part of thesis, by means of the interview we find out women's knowledge about the issue of incontinence and we set up education plan. On the basis of this education plan we made presentation (PowerPoint) which aids to fill out the information to break down the fear and anxiety which are connected with incontinence.

Key words: Education in nursing care. Incontinence. Kegel exercise. Urinary organs. Pelvis bottom. Midwife. Woman.

PŘEDMLUVA

Zdraví je většinou vnímáno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Mělo by být nejdůležitějším ukazatelem kvality života, která je ovlivňována mnoha faktory. Jedním z nich je i močová inkontinence. V dnešní době je tato problematika mylně zařazena do nemocí spojených se stářím, a proto jí lidé nevěnují dostatečnou pozornost. Většinou o ní neradi hovoří, i když je trápí a omezuje jejich život. Přitom stačí jen tak málo. Svěřit se a být edukován.

Tato práce vznikla ve snaze se zaměřit v problematice močové inkontinence na význam edukační činnosti v práci porodní asistentky. Hlavním cílem práce je prostřednictvím edukace přiblížit ženám problematiku inkontinence moči. Edukační proces je nedílnou součástí práce porodní asistentky. Důležitým faktem je, že by tento proces měl být plánovaný a měl by respektovat individuální potřeby ženy.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním klinických cvičení na oddělení konzervativní gynekologie. Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu bylo zjištění, že málo žen je informováno o prevenci a příčinách inkontinence moči. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena jak studentům porodní asistence a ostatním studentům oboru ošetrovatelství, tak i všem porodním asistentkám z praxe, které pečují o ženy s inkontinencí moči.

Zároveň bych chtěla poděkovat mojí vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové za pedagogické usměrnění, pomoc, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Anatomie a fyziologie močového ústrojí	12
1.1 Ledviny	12
1.2 Vývodné močové cesty	13
1.3 Struktura malé pánve a pánevní dno.....	14
1.4 Neurofyziologie mikce (močení).....	15
1.5 Fyziologie mikce (močení)	15
2 Inkontinence moče	17
2.1 Typy inkontinence	18
2.2 Základní vyšetřovací metody.....	19
2.2.1 Anamnéza.....	20
2.2.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy.....	20
2.2.3 Urodynamické vyšetřovací metody.....	22
2.2.4 Zobrazovací metody.....	22
2.3 Terapie inkontinence.....	23
2.3.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence.....	23
2.3.2 Farmakologická léčba stresové inkontinence.....	28
2.3.3 Chirurgická léčba stresové inkontinence	28
2.3.4 Konzervativní léčba urgentní inkontinence	30
2.3.5 Farmakologická léčba urgentní inkontinence	31
2.3.6 Chirurgická léčba urgentní inkontinence	31
EMPIRICKÁ ČÁST	32
3 Edukace a ošetřovatelství.....	32
3.1 Edukační role sestry	33
3.2 Edukační proces	33
3.3 Metody edukace	35
3.4 Výchovné cíle	35
4 Edukace žen s inkontinencí moči.....	37
4.1 Strukturovaný rozhovor	37
4.2 Edukační plán žen se stresovou inkontinencí	45
4.2.1 Charakteristika vybraných žen pro edukaci inkontinence	45

4.2.2	Cíl edukace.....	45
4.2.3	Edukační proces	47
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

BMI.....	Body Mass Index
CNS	centrální nervový systém
CVD	barevné dopplerovské vyšetření
EMG	elektromyografie
GER	geriatr
GYN	gynekolog
ICS	Mezinárodní společnost pro inkontinenci
MRI	magnetická resonance
NEU	neurolog
PRL	praktický lékař
PVD	paravaginální defekt
SI	stresová inkontinence moči
TVT	tahuprostá volná vaginální smyčka
UI	urgentní inkontinence moči
UVJ	uretrovezikální junkce
URN	urolog
UZ	ultrazvukové vyšetření
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Porovnání edukačního a ošetřovatelského procesu	34
---	----

ÚVOD

Inkontinence moči patří mezi nejčastější poruchy funkce dolních močových cest. Pokud nejsou tyto poruchy adekvátně léčeny, mohou ve svých důsledcích vést až ke vzniku mnoha závažných poškození horních cest močových. Jedná se o závažný problém, který sužuje mnoho žen. V České republice trpí inkontinencí podle odhadů asi 510 000 žen. I přes poměrně častý výskyt tohoto problému se méně než polovina žen se svými obtížemi s močením svěří svému lékaři včas. Zpočátku se většina žen snaží se svými problémy vypořádat sama a čekají, zda postupem času nevyvymizí. Teprve když je začne diskriminovat v běžném životě, jsou ochotny s tím něco udělat. Je s podivem, že problematika inkontinence moči patří stále mezi tabuizovaná témata. Vzhledem k této skutečnosti je cíl této práce zaměřen na zjištění informovanosti dotazovaných žen o této problematice.

Nechtěný únik moči je závažný celospolečenský problém, který je potřeba řešit. Negativně ovlivňuje jedince v oblasti sociální, psychické, fyzické a v neposlední řadě i sexuální, což vede ke snížení kvality života. K napsání této práce mě vedla skutečnost, jak málo o dané problematice ženy vědí.

Cílem mojí bakalářské práce je na tento problém více upozornit a zaměřit se na stresovou inkontinenci z důvodu jejího nejčastějšího diagnostikování. Snažím se zjistit, jaké jsou nedostatky informovanosti žen v problematice inkontinence. Na základě zjištěných údajů informuji ženy prostřednictvím edukace o inkontinenci moči. Zlepšení informovanosti by mělo minimalizovat jejich stud o svém problému hovořit a měly by svůj problém lépe zvládat.

V teoretické části práce se zabýváme anatomickým popisem močového ústrojí, rozebíráme problematiku inkontinence a seznamujeme se základními pojmy, které je důležité znát. Popisujeme rozdělení typů inkontinence, jejich příčiny, diagnostiku a nakonec léčbu. Praktická část obsahuje problematiku edukace, charakteristiku jednotlivých fází edukačního procesu a jeho význam v ošetrovatelství. Je zde kladen důraz na edukační roli porodní asistentky. Dále pomocí strukturovaného rozhovoru zjišťujeme informovanost žen o problematice inkontinence a podle zjištěných informací

sestavujeme edukační plán pro vybrané pacientky. Při jeho realizaci jsme uplatnily všechny jeho fáze tak, aby výsledek edukace byl co nejúčinnější. Pacientky by měly být spokojené se zapojením do vlastního léčebného režimu a díky dostatečné informovanosti by měl být jejich strach a stud o této problematice hovořit minimalizován. Výsledkem celé edukace by měl být kvalitní fyzický a psychický stav pacientek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie a fyziologie močového ústrojí

Základní funkcí močového systému je odstraňování odpadních látek z těla prostřednictvím moči. Vylučovací systém je tvořen ledvinami a močovými cestami. V důsledku látkové přeměny vznikají škodliviny, které se musí z těla v určité míře soustavně vylučovat. V případě, že se toto vylučování škodlivin poruší, dojde k nahromadění zplodin a následná změna vnitřního prostředí může způsobit funkční poruchy (1).

1.1 Ledviny

Jedním z orgánů, který je součástí vylučovacího systému, jsou ledviny. Jedná se o párový močotvorný orgán, ležící retroperitoneálně (oblast za břišní dutinou) při zadní stěně dutiny břišní ve výši prvního až třetího bederního obratle. Mají charakteristický tvar, který se nejčastěji přirovnává k fazolovému bobu. Obě ledviny jsou ke stěně břišní fixovány tukovým pouzdem, které tvoří současně dobrou tepelnou izolaci a chrání ledviny před mechanickým poškozením. Fixace ledvin je dále zajištěna předním a zadním lisem *fascia renalis* (vazivo ve formě fasciálních listů), úponem *mesocolon transversum* (peritoneální závěs) a nakonec nitrobřišním tlakem, který je vytvářen napětím svalů břišní stěny. Jednou ze základních funkcí ledvin je exkrece moče, která obsahuje produkty metabolismu. Zejména vylučováním močoviny, solí a přebytku vody zajišťuje udržování vnitřního prostředí a složení tělních tekutin. Základní morfoloickou a funkční jednotkou ledviny je nefron. Každá ledvina obsahuje asi milion nefronů, ze kterých je tvořena moč. Filtrací zde vzniká ultrafiltrát tzv. primární moč a dalšími procesy vzniká moč definitivní. Moč je čirá, zápachající, slámově-hnědá tekutina, která obsahuje odpadní látky. Složení moči v mnohém odráží nejen samotný stav ledvin, ale také stav celého organismu (1, 2).

1.2 Vývodné močové cesty

Vývodné močové cesty jsou tvořeny těmito na sebe navazujícími orgány: ledvinnými kalichy, ledvinnou pánvičkou, močovody, močovým měchýřem a močovou trubicí. Způsob odlučování moči se děje tímto způsobem: definitivní moč je postupně přiváděna do ledvinných kalichů a ledvinné pánvičky. Dále je převáděna močovody do močového měchýře, kde je nakonec vypuzena močovou trubicí z těla.

Močovod (*ureter*) je lehce oploštělá trubice dlouhá asi 25-30 cm, široká v průměru 4-7 mm a je tvořen hladkou svalovinou. Oba močovody sestupují po zadní stěně dutiny břišní a vyúsťují do močového měchýře. Moč neprotéká močovodem volně, ale je aktivně transportována oddělenými stahy svaloviny nad i pod tekutinou. Tento oddělený úsek se nazývá močové vřetenko, které je peristaltickými stahy posouváno z pánvičky do močového měchýře v intervalech 1-5krát za minutu. Vždy se na močovodu vyskytuje pouze jedno močové vřetenko. Ústí močovodu je opatřeno slizniční řasou, která zabraňuje zpětnému protékání moče tzv. refluxu.

Močový měchýř (*vesica urinaria*) je dutý roztažitelný orgán, který je uložen v malé pánvi za symfysou (stydskou sponou). Slouží ke shromažďování moče před vyprázdněním. Kapacita močového měchýře je přibližně 750ml, přičemž nucení na močení u dospělého člověka je již při náplni 250ml. Svalovina močového měchýře je tvořena třemi vrstvami hladkého svalstva, které mají vypuzovací funkci. Společně jsou tyto svaly označovány jako *musculus detrusor* (sval vypuzovač). Zevní a vnitřní síťová vrstva probíhá longitudinálně (podélně, rovnoběžně s dlouhou osou těla) a obě přechází na uretru. Střední cirkulární vrstva končí u vnitřního ústí uretry. Sliznice měchýře je kryta vícevrstevným přechodním epitelem a je složena v řasy. Na spodině popisujeme hladké trojúhelníkovité pole, které je ohraničeno ústím močovodů a odstupem močové trubice. Spodina měchýře je společně s močovou trubicí upevněna k *diaphragma urogenitale*. Oblast hrdla močového měchýře, kdy vychází močová trubice ze dna močového měchýře, tvoří anatomicko-funkční jednotku tzv. uretrovezikální junkci (UVJ). Ta je důležitá nejen pro udržení moče, ale pro samotný akt močení. Je-li umístěna ve správné anatomické poloze, pak je uzávěrová schopnost močového měchýře splněna, což brání samovolnému úniku moče.

Močová trubice (*urethra feminina*) je u ženy dlouhá asi 3-4 cm a široká kolem 6 mm. Vychází z močového měchýře. Dále jde po přední stěně pochvy k zevnímu

vyústění mezi malými stydkými pysky. Močová trubice probíhá ve stoje dopředu a dolů a je ve své poloze fixována ke stydké kosti ligamenty (vazy) a k pochvě vazivovou ploténkou. Hladká svalovina navazuje na svalovinu močového měchýře, kdy se v horní části uretry tvoří vnitřní svěrač, který nemůžeme svou vlastní vůlí ovládat. Příčně pruhovaná svalovina vytváří pak kolem uretry zevní uretrální svěrač, který je vůlí ovladatelný (1, 2).

1.3 Struktura malé pánve a pánevní dno

V pánevní dutině můžeme rozeznat dva prostory, které se nazývají malá pánev (*pelvis minor*) a velká pánev (*pelvis major*). Stěna malé pánve je tvořena pánevními kostmi (kost stydká, sedací a kyčelní) a vnitřní plochou kosti křížové a kostrče.

K zajištění kontinence, zejména při stresu, slouží především fixace měchýře a uretrovezikální spojení. Na tomto podpůrném systému se podílejí svaly a fascie (povázka, vazivový obal svalu či skupiny svalů) pánevního dna a ligamenta fixující močovou trubici ke sponě. Pánevní východ je ze spodu uzavřen svalově vazivovými přepážkami, tzv. pánevním dnem. V horní oblasti pánevního východu jsou uloženy svaly, které tvoří vlastní pánevní dno (*diaphragma pelvis*). Pánevní dno má tvar připomínající plochou nálevku, která odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá se směrem ke konečníku. Tento komplex je tvořen dvěma pánevními svaly – vpředu, po stranách *musculus levator ani* (řitní zdvihač) a vzadu, po stranách *musculus coccygeus* (sval kostrční). *Musculus levator ani* má stejný vývojový základ jako svaly břišní stěny, a proto jejich společná funkce zajišťuje udržení obsahu pánve a břicha v jejich poloze. Další důležitou funkcí je zabraňování vlivu intraabdominálního (nitrobřišního) tlaku na orgány pánve změnou jeho směru a uzavřením pánevního východu stlačením pochvy. Působí tedy proti činnosti bránice a břišních svalů.

Další částí pánevní dutiny je *diaphragma urogenitale* (perineální membrána). Jedná se o vazivově svalovou ploténku trojúhelníkovitého tvaru, která je rozepjatá mezi dolními rameny kostí stydkých a sedacích. Jejím podkladem jsou svaly a vazy – *musculus transversus perinei profundus* a *superficialis*, *musculus spincter urethrae* a *ligamentum transversum perinei*.

Součástí pánevního dna jsou pánevní ligameta. Avšak nejdůležitější součástí urogenitálního diafragmatu jsou symetrická obloukovitá ligamenta pubouretrální, která

upevňují uretru ke stydké kosti v její celé délce. Mají význam jak v aktivní, tak v pasivní složce uzávěrového systému. U žen se stresovou inkontinencí, ale i u žen, které rodily, jsou značně ochablá (3, 4, 5).

1.4 Neurofyziologie mikce (močení)

Základní funkcí močového měchýře je zadržování moči a následně její vylučování. Tato funkce je závislá na dokonalé nervové souhře. Ta je zajištěna na komplexní inervaci (zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu), na které se podílejí: vegetativní nervstvo, inervace příčně pruhovaného svěrače a dna pánevního, centrální nervový systém (CNS).

Inervace močového měchýře a uretry je parasympatická, sympatická a somatická. Parasympatikus zajišťuje především motorickou inervaci měchýře a tím se uplatňuje při jeho vyprazdňování. Stěna měchýře, která je tvořena hladkou svalovinou, má převážně parasympatickou inervaci. Umístění parasympatických ganglií přímo ve stěně měchýře nebo v jeho blízkosti má klinický význam v tom, že jsou snadno zranitelná infekcí. Sympatický systém má funkci inhibiční (potlačující) a napomáhá zadržování a hromadění moči.

Při stresových situacích, jako např. při zvýšeném intraabdominálním (nitrobřišním) tlaku, zajišťují kontinenci v oblasti střední uretry příčně pruhovaná svalová vlákna uretry a svaly pánevního dna. Hlavním úkolem svaloviny je kontrakce v okamžiku zvýšení nitrobřišního tlaku (6, 5).

1.5 Fyziologie mikce (močení)

Činnost svaloviny močového měchýře a uretry tvoří jeden funkční celek. Mikce (močení) probíhá ve dvou na sebe navazujících fázích. Během plnicí fáze, kdy se zvýší intravezikální (uvnitř měchýře) tlak a tím i napětí jeho stěn, sensorická nervová vlákna posílají informace z měchýře do centrální nervové soustavy. Touto informací je zahájen vědomě ovlivnitelný reflex. Na začátku mikce ochabuje svalovina pánevního dna společně se zevním svěračem. Dochází k poklesu spodiny močového měchýře, zkracování horní části uretry a otevírání hrdla měchýře.

Při určité náplni dojde ke kontrakci detruzoru a tím dojde i k vyprázdnění močového měchýře. Během mikce trvá vysoký tlak v měchýři a se zkracováním svalových vláken vypuzovače se snižuje síla potřebná k močení. Mikce je ukončená volním uzávěrem zevního svěrače. Pánevní dno a vnitřní svěrač se opět kontrahují (stáhnou) a obsah moče v horní třetině močové trubice je vypuzen zpět do měchýře. Kontinence moči je zajištěna, pokud je uretrální tlak vyšší než tlak v močovém měchýři.

Existují mechanismy, které zajišťují kontinenci - schopnost udržet moč. Je to především správná souhra svaloviny močového měchýře a uretry, správná poloha uretrovezikální junkce, správná funkce svalů pánevního dna, normální tlakové poměry v měchýři a močové trubici, neporušená volní kontrakce mikce, nepřítomnost onemocnění močového ústrojí, dostatek ženských pohlavních hormonů ovlivňujících kvalitu sliznice a prokrvení pohlavních a močových orgánů (4).

2 Inkontinence moče

Kontinence - tedy schopnost udržet moč, je pro zdravého člověka samozřejmostí. Pokud je tato schopnost narušená, jedná se o problém zvaný inkontinence. Nejedná se však o chorobu ve vlastním slova smyslu, nýbrž o příznak, který má různé příčiny. Onemocněním se stává tehdy, pokud způsobuje člověku psychické, hygienické, sociální či jiné zdravotní potíže. V roce 1971 byla založena Mezinárodní společnost pro inkontinenci (tzv. ICS – International Continence Society), která se zabývá problematikou inkontinence. Shromažďuje a zpřístupňuje nejnovější informace a soustřeďuje odborníky z celého světa na léčbu močové inkontinence. Inkontinence postihuje nejen ženy a muže, ale i děti. Nepříznivě působí na kvalitu jejich života, která je podle Světové zdravotnické organizace hodnocena jako pocit fyzického, psychického a sociálního zdraví.

„Podle definice ICS se inkontinencí moče rozumí každý nedobrovolný únik (nechtěné odtékání) moče, který způsobuje sociální nebo hygienický problém a je objektivně prokazatelný“ (4, s.9). Jedná se tedy o komplexní problém.

Inkontinence se vyskytuje poměrně často. Odborná literatura uvádí, že se s tímto problémem setkává, třeba jen na přechodnou dobu, až 50 % žen. Z toho pouhých 10-20 procent přijde k lékaři. Důvodů, proč se nechtějí se svým problémem svěřit, je mnoho. Stydí se o problému hovořit nebo považují tento problém za přirozenou součást stárnutí a řeší ho samy snadno dostupnými absorpčními pomůckami. Dalším důvodem může být i strach z chirurgické léčby. Toto onemocnění je často spojováno s vyšším věkem člověka, ale opak je pravdou. Mimovolným únikem moči trpí převážně ženy v produktivním věku, tj. okolo 45 let. Ženy trpící inkontinencí mohou mít pocit méněcennosti, což způsobuje, že opouští svá zaměstnání a vzdávají se i ostatních mimopracovních aktivit.

Dopad inkontinence na psychiku ženy a sociální vztahy je podle mnoha autorů velmi výrazný. Nepříznivé ovlivnění sexuálních vztahů je až ve 46 %, zejména u urgentní inkontinence, kdy dochází ke koitálnímu úniku moče. Inkontinence má mnohdy negativní fyzický a emoční vliv na ženu, protože se považuje za společensky nepřijatelnou. Ženy se bojí dokonce cestovat, záměrně omezují příjem tekutin a celkově se straní společnosti. Proto je třeba překonat stud a požádat svého lékaře o dostatek

informací a především o pomoc. Dnešní medicína nabízí velké množství odborné diagnostiky a terapie močové inkontinence (4, 7, 8, 9).

2.1 Typy inkontinence

Vzhledem k širokému spektru příčin můžeme močovou inkontinenci dělit na několik typů.

Stresová inkontinence (SI) patří mezi nejčastější typy inkontinence. Projevuje se jako mimovolní únik malého množství moči uretrou jako následek zvýšení intraabdominálního tlaku při insuficienci (nedostatečnosti) uzávěrového mechanismu. Příčinou je většinou patologická pohyblivost uretry, která vznikne v důsledku poškození podpůrných a závěsných aparátů. Další příčinou je ztráta schopnosti svěrače pracovat a vyskytuje se po opakovaných operacích pro inkontinenci. Nejnovější teorie pro vznik stresové inkontinence uvádí podíl obou těchto složek. K samovolnému úniku moči dochází v souvislosti s fyzickými aktivitami, jako je běhání, skákání, zvedání těžkých předmětů, smích, kýchání a kašláním. Pro udržení moči je dále důležitá anatomická podpora uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a horní části uretry. Ta je však při stresové inkontinenci porušena. Tento typ inkontinence se vyskytuje jak u mladých žen, zejména po několika porodech, tak u starších žen v menopauze. Na rozvoji stresové inkontinence se podílí celá řada faktorů. Vliv vrozené dispozice je základním faktorem, na který nasedají další rizikové faktory jako je obezita, vyšší počet porodů, spontánní porod plodu o hmotnosti vyšší než 4000 gramů, období po menopauze, stav po chirurgickém odstranění dělohy. Stresovou inkontinenci lze klasifikovat dle Ingelmana – Sundbergova do tří stupňů:

- I. stupeň (mírný) - dochází k úniku moči po kapkách při kašli, kýchnutí, namáhavém cvičení
- II. stupeň (střední) - k úniku moči dochází při chůzi, běhu, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci
- III. stupeň (silný) - k úniku moči dochází při většině každodenních aktivit ve vztyčené poloze, odtéká permanentně při pomalé chůzi, v klidu (4, 10, 11).

Urgentní inkontinence (UI) je druhým nečastějším typem nechtěného úniku moči. Únik moči je spojený s náhlou, silnou a vůlí neovladatelnou urgencí. Inkontinence vzniká na základě uretrální relaxace s urgencí. Urgence může být

motorická, kdy je únik moči následkem netlumených vypuzovacích kontrakcí detruzoru tzv. hyperaktivní detruzor. Je způsobena primární nedostatečností mozkové kontroly mikčního reflexu, kdy žena nemůže tento reflex potlačit. Senzorická urgence je způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru. Vyskytuje se při nádorové nebo zánětlivé infiltraci. Příčiny urgentní inkontinence nejsou zcela jasné. Někteří autoři vidí příčinu v poklesu poševních stěn. Ženy si nejčastěji stěžují na časté močení, spojené se silným nucením na moč. Nedokáží proud moči vůlí zastavit. Urgenci mohou způsobit i některé psychické stavy, např. zvuk tekoucí vody. Urgentní inkontinence se vyskytuje zpravidla u starších žen (12).

Reflexní inkontinence je způsobena onemocněním či poškozením centrálního nervového systému. Při reflexní inkontinenci je únik moči způsobený abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitu nucení na močení. Žena ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu. Může být varována vegetativními příznaky např. pocením (3).

Smíšená inkontinence vzniká současným výskytem stresové a urgentní inkontinence. Doporučuje se nejprve léčit urgentní inkontinenci a provádět konzervativní léčbu stresové inkontinence. Po určité době je třeba zhodnotit obě složky a eventuálně řešit inkontinenci operací.

Inkontinence z přetékání neboli paradoxní ischurie je mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři. Je to způsobeno převýšením intravezikálního tlaku maximálním uretrálním tlakem. Při tomto úniku chybí detruzorová aktivita, přičemž únik je způsoben přepětím stěny močového měchýře. Žena trpí častými úniky moči i po několika minutách. Palpačně můžeme zjistit naplněný močový měchýř v podbříšku, který může někdy dosahovat výše pupku (13).

2.2 Základní vyšetřovací metody

Hlavním úkolem vyšetřovacích metod je potvrdit, zda je žena inkontinentní a určit, zda únik moči nebyl přechodný. Ke zjištění příčiny samovolného úniku moče a vytvoření správného léčebného plánu slouží řada diagnostických metod. K nim řadíme komplexní fyzikální vyšetření, klinické testy, endoskopii, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody (3).

2.2.1 Anamnéza

Začínáme rodinnou anamnézou, kdy se může rodinná zátěž projevit v mnoha směrech. Dále pokračujeme s anamnézou osobní. Měli bychom získat všechny informace o onemocněních a lécích, které pacientka užívá. Některé z léků mohou inkontinenci moči nejen zhoršit, ale i způsobit.

V gynekologicko-porodnické anamnéze se ptáme na počet a způsob ukončení předchozích porodů, hmotnost porozených dětí, prodělané záněty. Informace ohledně menstruačního cyklu jsou také důležité. Pokud byla žena léčena pro inkontinenci, musíme zjistit informace o provedených operacích. Sociální a pracovní anamnéza je také důležitá pro stanovení diagnózy.

V urologické anamnéze necháme pacientku vylíčit své obtíže vlastními slovy. Pacientky udávají tlak nebo bolest za sponou, polakisurii (časté nucení na moč), dysurii (bolestivost při močení), dyspareunii (bolest při pohlavním styku), hematurii (krev v moči). Zajímá nás především začátek potíží, vztah k porodu, úrazu či operaci. Další důležitou informací je, za jakých okolností dojde k úniku moči a jaké množství. Zda moč odteče bezprostředně po kašli, smíchu, poskočení nebo při chůzi se schodů. Ke zjištění a objektivizaci údajů se používá doplňková metoda dotazníku pro přesné určení, o jaký typ inkontinence jde. Nejčastěji užívaný je tzv. Gaudenzův dotazník. Ten si žena vyplní doma v klidu, protože je prokázáno, že odpovědi jsou pravdivější, než když je žena vyplňuje v přítomnosti lékaře či sestry. Z odpovědí se stanovuje skóre pro urgentní a stresovou inkontinenci (6, 5).

2.2.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Fyzikální vyšetření zahrnuje vyšetření břišní stěny, rektální vyšetření, vyšetření zevního genitálu, orientační neurologické vyšetření a naposled gynekologické vyšetření. Začínáme aspekcí (pohledem), kdy si všímáme poševního introitu (vchodu), zda je uzavřen nebo zeje, stavu hráze, jizev po předchozích epiziotomiích (nástřihu), rupturách. Dále sledujeme zevní ústí uretry a sestup poševních stěn. Vyšetřujeme jak v klidu, tak při zatlačení. Dysurické potíže mohou být způsobeny abnormálním zúžením uretry. Její průsvit můžeme vyšetřit tzv. kalibračními sondami.

Gynekologickým vyšetřením v zrcadlech kontrolujeme poševní sliznici v celém rozsahu. Palpačně vyšetřujeme oblast uretrovezikálního spojení a sledujeme její pohyblivost. Palpací svalů pánevního dna jednoduše zjistíme jejich celkový stav.

Základní vyšetření můžeme doplnit bakteriologickým vyšetřením moči a močového sedimentu. Snažíme se zjistit případnou infekci močového měchýře, která může napodobovat urgentní inkontinenci.

Marshallův (Bonneyův) test: Močový měchýř naplníme 200 ml sterilní tekutiny. U pacientky se stresovou inkontinencí při zakašlání vstojе moč odtéká. Pokud dvěma prsty vyzdvihneme parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak při kašli náplň neodtéká. Tento test má mnoho modifikací, které se snaží odstranit možnost komprese uretry prsty.

Q-tip test: Tento test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry zavedeme navlhčenou vatovou štětičku nebo pevnou cévku. Pacientka zatlačí jako na stolicí a při normálním stavu uretrovezikálního spojení se poloha štětičky prakticky nemění. Při hypermobilním uretrovezikálním spojení štětička opisuje úhel směrem vzhůru. Test nelze použít ke stanovení diagnózy stresové inkontinence.

Pad-weight test: Principem tohoto testu je vážení vložek za určité časové období. Určujeme ztrátu moči před standardními aktivitami a po nich. Zvýšení hmotnosti vložek nás informuje o závažnosti inkontinence. ICS doporučila užívání jednohodinového testu. Žena během tohoto testu vypije určené množství tekutin a vykonává aktivity, o nichž víme, že provokují únik moči, např. výstup do 1. patra, silné zakašlání, vstávání ze sedu. Jako pozitivní můžeme test hodnotit, když se hmotnost vložek zvětší více jak o 2 gramy.

Stres test: Vyzveme ženu, s naplněným močovým měchýřem, aby se postavila s rozkročenýma mírně pokrčenýma nohama a zakašlala. V případě stresové inkontinence dojde k úniku moče.

Mikční deník je další důležitou a velmi jednoduchou pomůckou, která dokumentuje příjem tekutin a výdej moče během 24 hodin. Informuje nás o rozložení příjmu a výdeje tekutin během dne, včetně jednotlivých epizod urgencye a inkontinence a je používán i pro srovnání a kontrolu po léčbě.

Cystoskopické vyšetření patří do tzv. invazivních metod. V diagnostice inkontinence se uplatňuje pouze v případech, kdy je hlavním příznakem dysurie nebo hematurie. Toto vyšetření provádíme za přísných aseptických podmínek, většinou v lokální anestezii (místní znecitlivění) jako ambulantní výkon (12, 14, 5).

2.2.3 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamické vyšetření je klíčovým vyšetřením, na kterém je založeno rozdělení typů močové inkontinence. Jedná se o soubor metod, které na jednoduchých fyzikálních principech měření tlaku, objemu a průtoku hodnotí transport moče a jeho poruchy. Dnes je toto vyšetření zcela běžné. „Historie urodynamických metod je stará více jak 120 let. Snaha zbavit ženu poruch funkce dolního močového traktu a inkontinence moče léčbou příčiny zjištěné na základě cíleného vyšetření se datuje do posledních desetiletí devatenáctého století“ (4, s.51).

Cystometrie je klinická vyšetřovací metoda, kterou se měří vztah mezi tlakem a objemem v močovém měchýři během plnění tekutinou nebo plynem. Tímto vyšetřením zjišťujeme vlastní tlak vyvíjený stěnou měchýře, tzv. detruzorový tlak. Samotné vyšetření se provádí zavedením měřící sondičky do močového měchýře a do konečníku. Přístroj poté měří tlakové parametry během plnění močového měchýře sterilní tekutinou.

Uretrální tlakový profil (profilometrie) slouží k vyšetření funkce uretry. Hodnotí se maximální uretrální tlak, tzv. uzavírací tlak a funkční délka uretry. Profil vyšetřujeme jako klidový, bez aktivní účasti ženy a stressový, kdy žena v průběhu vyšetření je vyzvána ke kašli nebo k tlačení. Na křivce pak sledujeme změny parametrů při zvýšení nitrobřišního tlaku.

Uroflowmetrie je jednoduchá metoda, při které hodnotíme množství moče, které proteče uretrou za určitou časovou jednotku. K měření je třeba zajistit ženě soukromí, aby nebyla při vyprazdňování pod psychickým stresem. Tato metoda je vhodná i jako screeningová metoda v diagnostice dysfunkcí močových cest.

Elektromyografie (EMG) zaznamenává elektrické potenciály svalstva dna pánevního. Využívá se ve spojení s již zmiňovanou cystometrií, kdy odráží aktivitu svěračů při plnění močového měchýře, stresových manévrech a při močení. Při vyšetření se používají tenké jehlové elektrody nebo kontaktní elektrody, které se zavádějí do rekta, pochvy nebo uretry (4, 3, 15).

2.2.4 Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření (UZ) hodnotí mobilitu (pohyblivost) a pozici uretry, hrdla a baze močového měchýře. Slouží jako diagnostická metoda k posouzení typu a příčin inkontinence moči. Může pomoci při hodnocení efektu konzervativní a operační léčby a současně zjistí příčinu jejich neúspěchu nebo komplikací. Doporučená náplň

močového měchýře pro ultrazvukové vyšetření a sledování uložení uretrovezikální junkce je 300 ml. Po vyprázdnění močového měchýře (náplň by měla být méně než 50 ml) se hodnotí síla stěny močového měchýře. Ultrazvukové vyšetření lze rozdělit dle možnosti přístupu do několika skupin:

- endosonografie: vaginální, rektální
- zevní přístup: abdominální, perineální, introitální
- endoluminální: intrauretrální ultrazvuk

Sledované ultrazvukové parametry dolního močového traktu:

- Ultrazvukové hodnocení pozice a mobility hrdla močového měchýře
- Ultrazvukové zobrazení proximální uretry - vezikalizace
- Tloušťka stěny močového měchýře
- Objektivizace úniku moči barevným dopplerovským vyšetřením (CVD)
- Paravaginální defekt (PVD)

Magnetická rezonance (MRI - Magnetic Resonance Imaging) má nejlepší rozlišovací schopnost ze všech zobrazovacích metod, protože bezkonkurenčně dokáže zobrazit měkké struktury a ligamenta. Vyšetření je neinvazivní, neionizující a umožňuje zobrazení v mnoha rovinách. Jedinou nevýhodou metody je její finanční a časová náročnost. Pomocí MRI se prokázala nadměrná pohyblivost uretrovezikální junkce u žen se stresovou inkontinencí (3, 12).

2.3 Terapie inkontinence

Obecné pravidlo pro léčbu inkontinence je: funkční porucha má být léčena konzervativně, anatomická porucha operačně. Těžší případy stresové inkontinence mají převážně operační řešení a u urgentní inkontinence se volí téměř vždy konzervativní postup. Léčba musí vždy vycházet z dokonalé diagnostiky a znalosti příčin v každém jednotlivém případě. Prvním krokem léčby je odléčení infekce. Bez tohoto kroku nelze pokračovat v urogynekologickém vyšetření (4).

2.3.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence

Při léčbě stresové inkontinence se doporučuje začít nejprve konzervativní metodou léčby.

Změna životosprávy ženy by měla být metodou volby v případě obezity. Nadváha je považována za silný rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. Redukce váhy může mnohdy odstranit příznaky stresové inkontinence. Omezení kouření, nebo úplná abstinence by mělo být další změnou v životosprávě ženy. Některé statistické údaje uvádí, že kuřačky mají dva až pětkrát častěji příznaky stresové inkontinence než nekuřačky z důvodu chronického kašle (12).

Gymnastika svalů pánevního dna je metodou vhodnou pro ženy se stresovou inkontinencí, kdy je svalstvo pánevního dna oslabené, ale dobře volně ovladatelné. Cviky na posílení pánevního dna patří bezesporu mezi úspěšné fyzioterapeutické metody, kdy výsledek cvičení závisí na přesné instruktáži ženy a zpětné vazbě. Pro sledování efektu léčby je možno použít jednoduchý přístroj, tzv. perineometr, který zaznamená zvýšenou kontrakční schopnost svalů pánevního dna. Tato zpětná vazba zlepšuje výsledky léčení. Podstatou cviků je uvědomit si, který sval je zodpovědný za udržení moče a zjistit, který sval je třeba cvičit. Tyto svíravé pohyby a soustavu dalších cílených cviků žena opakuje nejlépe několikrát za den, doporučuje se třikrát denně po dobu 20 minut. Cvičení příslušných pánevních svalů je velmi nenápadné, a proto může žena využívat těchto cviků ve stoje v tramvaji či metru nebo v kanceláři. Samozřejmě zpočátku je vhodné cvičit pod vedením školeného instruktora pro zajištění správného provádění cvičení. To je u nás velký problém, protože fyzioterapeutů se zkušenostmi v této oblasti je málo. Nesprávná technika cvičení může způsobit zhoršení příznaků močové inkontinence. Individuální trénink je vhodné kombinovat se cvičením ve skupinách. Je to nejen ekonomické, ale umožňuje to také včlenit gymnastiku pánevního dna do obecnějších fitness programů (aerobic, stretching). Cílem cvičení je zvýšení základního svalového napětí pánevního dna a připravení plánu léčebné tělesné výchovy tak, aby se stal běžnou součástí života moderní ženy. Při cvičení je možné použít speciální pomůcky pro mimovolní posilování svalů pánevního dna. Jedná se o různé vaginální kónusy, které se zavádějí do pochvy a svojí přítomností nutí stahovat svaly pánevního dna. Používá se tzv. kolpexin - dutá plastová kulička s volně pohybuující se kuličkou uvnitř, která při pohybu naráží do poševních stěn a dává mechanické impulzy svalům pánevního dna, které reagují kontrakcemi.

Dalším individuálním cvičením je tzv. Kegelovo cvičení, které je zaměřeno na posilování svalů pánevního dna, které je tvořeno svaly *diaphragma pelvis* a *diaphragma urogenitale*. Tuto metodu zpopularizoval americký gynekolog Arnold Kegel na sklonku 40. let 20. století. Podle své práce dosáhl vyléčení inkontinence v 84 % případů.

Cvičení napomáhá k úpravě drobných anatomických odchylek vzniklých po porodu nebo poklesem pánevního dna. Cviky mohou během těhotenství svaly pánevního dna posílit, a tím pomáhají předcházet stresové inkontinenci. Pravidelným cvičením můžeme částečně regulovat rychlost sestupu dítěte pochvou ve druhé době porodní. Kontrolovaný sestup pomáhá v prevenci inkontinence způsobované přepínáním svalů pánevního dna. Kegelovo cvičení se skládá ze 4 částí (vlastní nácvik se provádí v domácím prostředí):

- Vizualizace - tato fáze slouží k ozřejmění anatomických poměrů, žena ji provede v domácím prostředí pomocí zrcátka. Doporučuje se pokusit o stah konečníku a pochvy za kontroly zrcátkem
- Relaxace - v této fázi si žena lehne na záda, nohy si vypodloží dekou nebo polštářem, aby se snížilo 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 nejproblematictější. 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
- Vlastní posilování - v závěrečné fázi se žena snaží udržet stah od jedné do sedmi sekund, počet opakování se pohybuje od 80 na počátku ke konečným 300 stahům za den. Po zvládnutí popsaného cvičení vleže je možné volit i jiné polohy (13, 16, 17).

Elektrostimulace je další léčebnou metodou používanou u všech typů inkontinence. V dnešní době se používají metody zevní stimulace, kdy se povrchové elektrody pokládají na kůži, nebo se zavádí do pochvy a do konečníku. Elektrostimulace využívá elektrického proudu ke stimulaci pánevních orgánů. Pro léčení stresové inkontinence se používají frekvence kolem 50 Hz, na rozdíl od urgentní inkontinence, kde jsou nejvýhodnější frekvence kolem 10 Hz. Přístroj vysílá impulzy trvale po celý den po několik měsíců nebo jen v noční době. Možná je také sériová aplikace po dobu 20 minut. Léčebné úspěchy elektrostimulací jsou kolem 50 %. Užití této metody je vhodné hlavně u pacientek, které nemohou být operovány.

Pesaroterapie může být určitou alternativou operační léčby. Používá se u žen s poklesem či výhřezem rodidel. Pesary se zavádí většinou na přechodnou dobu, kdy jejich pomocí lze imitovat pooperační stav a usnadnit život před operací. Jen u žen, které z různých důvodů nemohou podstoupit operační léčbu, se užívají trvale. Hlavním úkolem pesarů je redukovat, nebo úplně odstranit příznaky stresové inkontinence tím, že se změní anatomické poměry, nebo se zvýší výtokový odpor močové trubice. Dnes se používají stále původní pevné pesary nebo měkké kroužkové, kubické nebo tvary s podporou uretrovezikální junkce. Často obsahují estrogény, nebo se k nim ve formě krému mohou aplikovat.

Působení ženských pohlavních hormonů estrogenů je předmětem mnoha současných studií. I když studie statisticky neprokázaly významné zlepšení urodynamických parametrů, jejich lokální aplikace je kladně hodnocena ženami a podporuje efekt medikamentózní terapie. Estrogény zvyšují schopnost sebeobnovy sliznice pochvy, močové trubice i močového měchýře. Dále zlepšují její prokrvení a výživu, čímž zvyšují odolnost sliznice proti vzniku infekce a napomáhají k lepšímu uzávěrovému mechanismu močové trubice. Hormonální léčba je součástí komplexní terapie stresové i urgentní inkontinence moči u postmenopauzálních žen.

Pro ženy, u kterých selhala konzervativní a chirurgická léčba, existuje jako poslední prostředek zajišťující snesitelnou hygienickou a sociální úroveň, ale také jako první prostředek na začátku obtíží, systém zachycující moč. Jedná se o řadu jednoduchých vložek, přes speciální kalhotky až po zvláštní sběrné sáčky. Většinu těchto pomůcek předepisuje smluvní lékař pojišťovny odbornosti PRL, URN, GYN, NEU, GER na předepsaný tiskopis, tzv. „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Větší množství je vázáno na souhlas revizního lékaře. Několik velkých společností, které vyrábí zdravotní pomůcky, věnuje pomůckám pro inkontinentní pacienty velkou pozornost a jejich výzkumná oddělení přichází na trh s novými a dokonalejšími výrobky, které splňují nejnáročnější požadavky a kritéria pacientů. Vysoká spolehlivost a bezpečnost před prosáknutím moče je zásadním prvkem. Používání menstruačních vložek je nespolehlivé a nevhodné, protože mají menší absorpční schopnost a nepohlcují pach moče tak dobře, jako pomůcky k tomu určené. Navíc nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Další pozitivní aktivitou těchto výrobců a prodejců absorpčních pomůcek je zakládání anonymních informačních klubů, kde se o svém problému mohou dozvědět klienti více. Při výběru vložek se můžeme řídit třemi faktory:

- Preference pacienta - vložka musí být účinná, přizpůsobivá a pohodlná
- Stupeň inkontinence - množství uniklé moči za časový interval, síla proudu unikající moči, specifikace typu inkontinence
- Duševní a fyzická schopnost pacienta - musí umět a chtít se naučit vložky nebo pleny správně používat

Přehled absorpčních pomůcek:

- Vložky při lehkém úniku moči (ztráta moči 50-100 ml během čtyř hodin) - svým tvarem jsou podobné menstruačním vložkám, mají anatomický tvar a systém kontroly zápachu
- Absorpční vložky pro muže - vložka je přizpůsobena mužským anatomickým poměrům
- Vložné pleny - používají se při středně těžké inkontinenci (ztráta moči 100-200 ml za čtyři hodiny), je vhodné je používat s fixačními kalhotkami
- Navlékací plenkové kalhotky – jsou určené především pro mobilní pacienty, zajišťují komfort a diskrétnost
- Plenkové kalhotky - jsou určené především pro imobilní pacienty s těžkou inkontinencí (ztráta moči 200-300 ml za čtyři hodiny), mají možnost opakovaného zapínání a jejich anatomický tvar zabraňuje prosáknutí
- Fixační kalhotky - jsou opakovaně použitelné, zabezpečují bezpečnou fixaci vložných plen
- Podložky pod nemocné - slouží jako hygienická ochrana lůžka před znečištěním.

Psychoterapie je další metodou, která nám může v léčbě inkontinence velmi pomoci. Močová inkontinence představuje pro ženu velkou psychickou zátěž. Bojí se o svém problému někomu svěřit z důvodu studu. Postupně ji tento problém omezuje v mnoha činnostech. Velkou úlevou je pro ženu samotná návštěva lékaře, kdy se svěří se svými problémy. U urgentního typu močové inkontinence vzniká tzv. bludný kruh. Říká se, že je urgentní inkontinence psychosomaticky podmíněná. Žena po několika příhodách pomočení začne častěji chodit na toaletu preventivně. Močový měchýř si pomalu odvykne na svou sběrnou funkci a začne se hlásit o vyprázdnění dříve a dříve. Vnímání jeho předčasných hlášení u ženy vyvolá pocit úzkosti. Zpočátku se zpravidla tato nevhodná vazba musí oslabit pomocí léků. V další fázi se využívá psychotrénink močového měchýře, tzv. reedukace – přeučení na správný typ chování (18, 13, 4, 19).

2.3.2 Farmakologická léčba stresové inkontinence

Skutečnost, že se inkontinence moči objevuje nejčastěji v období menopauzy a postmenopauzy, vedlo mnoho lékařů k použití estrogenů v terapii stresové inkontinence. Dnes se užívají převážně nekonjugované estrogény v tabletách nebo jako vaginální krém. Působení estrogenů způsobuje proliferaci epitelu sliznice uretry a prokrvení jejího okolí se zvyšuje.

Další použití léků vychází ze znalosti nervového zásobení močového traktu. Autonomní (vůlí neovladatelný) nervový systém dělíme na tzv. sympatikus a parasympatikus. Sympatikus má alfa-receptory, které posilují uzávěr močové trubice a hrdla močového měchýře. Pro podporu těchto struktur se podávají alfa-sympatomimetika. Blokáda acetylcholinových receptorů parasympatiku má za následek uvolnění vypuzovače. Zde se užívají tzv. parasympatolytika - anticholinergika, antimuskarinové přípravky.

Tricyklická antidepresiva působí převážně na alfa-receptory a jsou někdy používána při léčbě stresové inkontinence. Snižují kontraktilitu (stažlivost) močového měchýře a zvyšují výtokový odpor (4, 12, 20, 5).

2.3.3 Chirurgická léčba stresové inkontinence

Chirurgická terapie stresové inkontinence má za úkol obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních močových cest a zejména navrátit uretru do oblasti působení intraabdominálního tlaku. Výsledky primární operační terapie inkontinence moči jsou velmi dobré (přes 90 %), ale pouze v případě správné indikace a přesného provedení. Proto je zapotřebí, aby byla žena poslána na specializované pracoviště hned zpočátku. Operační léčbu stresové inkontinence lze rozdělit do skupin na:

- Závěsné suprapubické operace (vezikopexe)
- Vaginální operace (jehlové závěsy)
- Slingové operace
- Transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu

Kolpopexis secundum Burch aneb kolpopexe dle Burche patří mezi operace závěsné. Mnoho literárních zdrojů uvádí, že je to nejúspěšnější a nejčastější operace při

léčbě stresové inkontinence moče. Principem operace je vyzdvižení a závěs hrdla měchýře a uretry pomocí 2-3 párů nevstřebatelných stehů k vazům stydké kosti. Úspěšnost této metody se uvádí kolem 84-91 procent. U nás se tato metoda používá od 80. let. Další závěsnou metodou je Marschallova-Marchettiho-Krantzova operace. Tato metoda je autory doporučována zejména pro opakované zákroky a pro možnost současného řešení cystokély (pokles močového měchýře).

Přední kolpoplastika je vaginální operace, která je určena pouze pro řešení poklesu hrdla močového měchýře spojeného s výraznou cystokélou. Jako samotný zákrok je velmi vzácná.

K dalším vaginálním operacím patří jehlové závěsné operace. Principem metody je zavedení jehly a vlákna retropubickým (ležící za krajinou stydkou) prostorem až do vaginální oblasti a pomocí tohoto stehu se vyzdvihne celá oblast pochvy a uretry. Dnes jsou tyto jehlové závěsné operace většinou nahrazeny TVT (Tension-free Vaginal Tape).

Slingové operace jsou metody, které mají princip ve stlačení uretry zavěšením uretrovezikální junkce na smyčku různého původu. Využívají se smyčky organické autologní (vlastní svaly a facie), vaginální stěny a mnoho dalších. Smyčka je upevněná na přímé břišní svaly a při jejich napětí, např. při kašli, smíchu je hrdlo močového měchýře taženo vzhůru a nemůže sestoupit. Při výkonu se může provést i úprava pánevního dna nebo se může přidat zadní poševní plastika.

TVT - tahuprostá volná vaginální smyčka je metoda, která je založena na použití speciálně vyvinuté pásky. Páska je z umělého, dobře snášeného materiálu. Mechanismus dosažení kontinence je odlišný od ostatních závěsných operací. Závěs se provádí až v dolní a střední části močové trubice. Při zvýšení nitrobřišního tlaku páska stoupá a ohýbá močovou trubici. Tímto je zajištěn mechanismus kontinence až u 96 % žen. Výhodou této operace je možnost spolupráce s pacienty při operaci, kdy při místním znecitlivění můžeme nastavit tah pásky. Výkon je úspěšný u reoperací, u žen s nadváhou, starších pacientek a v kombinaci s jinými výkony (např. hysterektomie - chirurgické odstranění dělohy). Další výhodou operace je, že po zavedení pásky může pacientka po několika hodinách odejít domů. Následující den se může žena vrátit k poměrně normálnímu činnosti. Lékař by měl ženu poučit o tom, že by neměla po dobu 4-6 týdnů zvedat těžká břemena a po stejnou dobu by měla vynechat i pohlavní styk.

TVT-O – (TransObturator Tape = obturatorní systém) – Zásadní rozdíl od klasické TVT je, že páska prochází skrze *foramen obturatum* (otvor v kostěné pánvi tvořený rameny sedací a stydké kosti) a tím se bezpečně vyhýbá močové trubici a močovému měchýři. Metodu lze provést v místním znecitlivění s možností okamžité kontroly.

V současné době je do operativy stresové inkontinence zaváděna nová metoda TVT-S. Jedná se o bezpečnou metodu, při které je pod uretru umístěna páska šíře 1,1 cm a délky jen 8 cm, což snižuje riziko operačních a pooperačních komplikací, přičemž úspěšnost léčby je zachována.

Transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu. Tyto materiály jsou injektovány za endoskopické kontroly do submukózní (podslizniční) vrstvy horní třetiny uretry ve dvou až třech dávkách po obvodu uretry, přičemž operátor sleduje vytváření valů uzavírajících vnitřní ústí. Výhodou je, že tato metoda nevyžaduje celkovou anestezii a pobyt v nemocnici.

Při selhání všech léčebných metod můžeme zvážit užití uretrálních tělísek, které uzavírají močovou rouru arteficiálně (uměle). Nevýhodou metody je častější výskyt uroinfekcí (13, 4, 14, 21, 20, 5).

2.3.4 Konzervativní léčba urgentní inkontinence

V případě, že známe příčinu urgentní inkontinence, zaměřujeme se na její léčbu a odstranění. Pokud příčinu neznáme, je cílem léčby obnovit centrální kontrolu mikce a modifikovat inervaci. Léčba tohoto typu inkontinence je převážně konzervativní (22).

Trénink močového měchýře je metoda, kterou můžeme uplatnit při léčbě urgentní inkontinence moči. Cílem tréninku je obnovit volní kontrolu CNS nad aktivitou detruzoru (vypuzovače) močového měchýře. K tomu nám napomáhá nácvik pravidelných mikčních návyků. Pomůckou této metody je mikční kalendář, do kterého si žena v průběhu jednoho týdne zaznamenává každou mikci. Záznamem získáme přehled o denní a noční frekvenci mikce. Jedinou nevýhodou metody je to, že vytrénované návyky po určité době mizí (13).

Biostimulační laser se využívá v případě sensorické urgency. Metoda spočívá v aplikaci paprsků přes přední stěnu poševní do oblasti trigona močového měchýře. Léčba probíhá v několika sezeních, zpočátku každý den, později obden. Úspěšnost této metody se pohybuje okolo 70 % vyléčených (14).

Psychoterapie se používá tam, kde je prokazatelný nebo možný psychický konflikt jako základní příčina močové inkontinence. Součástí psychoterapie je již vstupní pohovor, který napomáhá k navození hlubšího komunikačního vztahu pacientka-lékař (14).

2.3.5 Farmakologická léčba urgentní inkontinence

V současné době je na trhu široká paleta léků na ovlivnění funkce močového měchýře. Farmakologická léčba urgentní inkontinence je dána na základě znalostí rozmístění vegetativních receptorů v dolních močových cestách. Možno užit parasimpatolytika, která snižují frekvenci a intenzitu detruzorových kontrakcí.

Alfa-sympatomimetika lze v léčbě urgency také využít. Účinkují především v oblasti trigonu a proximální uretry. Jedinou nevýhodou jsou vedlejší účinky (poruchy srdečního rytmu, palpitace – bušení srdce). Stimulace beta-sympatomimetik vyvolává relaxaci detruzoru. K léčbě urgentní inkontinence lze s výhodou užit terapii estrogeny. Uretra, trigonum močového měchýře a pochva obsahují estrogenové receptory, a proto odpovídají na estrogenní podněty (13).

2.3.6 Chirurgická léčba urgentní inkontinence

Augmentační enterocystoplastika : Indikací k augmentaci měchýře je nízká kapacita a nízká compliance (poddajnost) detruzoru. Cílem této metody je zvětšení kapacity močového měchýře a snížení tlaku. Nejčastější operační technikou je enterocystoplastika.

Denervace močového měchýře je další operační řešení. Vhodné jsou pro ty pacientky, u kterých selhala konzervativní terapie. Nejprve se musí provést cystometrické vyšetření a poté se na jedné straně močového měchýře do blízkosti nervového svazku vstříkne lokální anestetikum, které nervová vlákna vyřadí z provozu a imituje tak zvažovanou operaci (4, 13).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Edukace a ošetřovatelství

Termín edukace pochází z latinského slova *educō, educare* a označuje souhrnně tradiční pojem výchova a vzdělávání, je ekvivalentem anglického pojmu „education“. Problematika edukace zasahuje do všech ošetřovatelských oborů, porodní asistenci nevyjímaje. V současné době má edukace v ošetřovatelství nezastupitelné místo.

V minulosti byla edukace orientována na jednoduché poskytování instrukcí a informací. Nelze ovšem říci, že porodní asistentky v minulosti nevykonávaly edukační činnost, protože tato jejich úloha nebyla žádným způsobem kontrolována a dokumentována.

Podle Závodné (2002), je edukace pacienta nejdůležitějším aspektem ošetřovatelské praxe, důležitou samostatnou funkcí ošetřovatelství a představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Pokud chceme dosáhnout pozitivní změny u jednotlivce, musíme použít výchovnou i vzdělávací stránku edukace. Edukace v ošetřovatelství může být:

- základní - pokud pacient nebyl ještě o problematice informován
- komplexní - realizovaná v edukačních kurzech
- reedukační (pokračující, rozvíjející) - navazuje na předcházející vědomosti, obsahuje opakování a aktualizaci informací.

Pro lepší porozumění edukaci je zapotřebí definovat základní pojmy, které s ní souvisí:

- edukant - je kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk, typ prostředí, např. žák, dítě v předškolním věku, pacient, dítě poučované rodičem
- edukátor - je kterýkoliv aktér vyučování či jiné edukační aktivity, který instruuje jiné lidské subjekty, např. učitel, konzultant, školitel, ale i lékař a sestra ve zdravotnickém zařízení.

Sestra by měla znát nejen faktory, které učení napomáhají, ale i ty faktory, které ho brzdí. Mezi faktory napomáhající učení patří: motivace (vnitřní pohnutky člověka), pohotovost k učení (aktivní účast na procesu učení), zpětná vazba (informace pro pacienta, jaké získal prostřednictvím edukace). Faktory překážející

v učení jsou: úzkost, fyziologické překážky (vážná onemocnění, poškození sluchu) kulturní bariéry (rozdílný jazyk, jiné uznávané hodnoty) (23, 24, 25).

3.1 Edukační role sestry

Profese sestry sebou nese určitý systém rolí, rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání. Rolí rozumíme očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Role sestry jsou určeny objektivními danostmi společnosti a v posledním období tato role prodělala mnoho změn. Sestra svým profesionálním působením dnes zastává více rolí, které jsou ovlivňovány hlavně společenskými změnami, systémem zdravotní péče, novými poznatky a celkovým zdravotním stavem obyvatelstva. Farkašová, 2006, s.182 uvádí nejčastější role, které sestra v současné době plní:

- sestra-poskytovatelka ošetrovatelské péče
- sestra-manažerka
- sestra-edukátorka
- sestra-advokátka
- sestra-nositelka změn
- sestra-výzkumnice
- sestra-mentorka

Edukační role porodní asistentky (dále jen PA) je v současnosti jednou z nejvýznamnějších a nejdůležitější rolí, kterou PA zastává. Tato role je zaměřená na utváření a formování uvědomělého chování a jednání jedince i skupiny v zájmu zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování se provádí formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, změn motivace prožívání, chování a jednání člověka. S jakým efektem budeme naše pacienty edukovat, záleží pouze na našem profesionálním chování při plnění role edukátora (26).

3.2 Edukační proces

Edukační proces je jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt vyučuje, nebo se nějaký subjekt učí. Vždy musí být v edukačním procesu obsaženo učení, pokud není obsaženo, nelze hovořit o edukačním procesu. V ošetrovatelství

představuje určitou formu předávání konkrétních informací, které se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí. Edukační proces vytváří dynamický a vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Oba dva procesy mají mnoho společného (viz. tabulka 1).

Edukační prostředí hraje v edukačním procesu také svou roli. Prostředí, kde se edukace provádí, musí mít správné osvětlení, teplotu, dobré větrání, musí být bez hluku a mělo by zajišťovat případnou intimitu.

Vzhledem k tomu, že je edukace považována za cílevědomý a plánovaný proces, dělíme edukační proces do 5 fází:

- Posuzování – zde se zaměřujeme na dvě skutečnosti, na určení potřeby pacienta získat vědomosti a zjištění důležitých údajů o edukantovi
- Diagnostika – zahrnuje stanovení edukačních diagnóz. Všechny diagnózy ve vztahu k potřebám pacienta něco naučit, patří do kategorie nedostatku vědomostí
- Plánování – tato fáze zahrnuje stanovení priorit v edukaci, stanovení edukačních cílů, výsledných kritérií, volbu metody edukace a výběr obsahu edukace
- Realizace – zahrnuje vykonávání a uplatnění edukačních metod
- Vyhodnocení – v této fázi zjišťujeme, zda jsme dosáhli požadovaných cílů pomocí kladení otázek, pozorováním zručnosti pacienta a podle názorů pacienta na danou věc (24, 25).

Tabulka 1 - Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu

Edukační proces	Ošetrovatelský proces
Sběr údajů, analýza pacientových schopností učit se a nedostatku vědomostí	Sběr údajů, analýza pacientova zdraví a jeho stavu
Stanovení diagnózy vzdělanosti, určení cílů edukace	Stanovení sesterské diagnózy
Příprava edukačního plánu	Plánování zásahů sestry
Realizace edukace	Realizace plánu ošetrovatelské péče
Analýza a zhodnocení pacientových vědomostí, postojů, zručnosti a efektivnosti edukačního plánu	Zhodnocení efektivnosti zásahů sestry u pacienta

Zdroj: Závodná, 2002, s. 71

3.3 Metody edukace

Přednáška je velmi efektivní způsob sdělení nových informací. Je vhodné se soustředit na podstatné informace a je možné využívat příklady a jiné názorné pomůcky. K udržení zájmu posluchačů napomáhá změna tónu hlasu a tempa přednášky. Důležité je zařadit do přednášky pauzy, které poslouží k tomu, aby posluchači měli čas na promyšlení a psaní poznámek. Na konec přednášky je dobré poskytnout prostor pro případné otázky posluchačů.

Vysvětlování se používá v případě, když už má pacient o dané problematice částečné vědomosti. Jde o metodu, která pacientovi doplňuje informace o tom, proč, jak, co má a nemá dělat. Měli bychom používat terminologii, které pacient rozumí. Výhodou vysvětlování je možnost získání okamžité zpětné vazby.

Rozhovor se využívá v úvodní části edukace. Měli bychom dodržovat určité zásady: klást otázky jasně, srozumitelně, systematicky, neměli bychom používat sugestivní otázky.

Demonstrativní metody využívají názorných pomůcek - plakáty, modely, obrázky, videozáznamy. Jsou často spojovány s metodou vysvětlování.

Praktické cvičení slouží především k upevnění vědomostí, rozvinutí schopností a vytváření návyků. Metoda praktického cvičení dovoluje vědomosti přímo vyzkoušet (25).

3.4 Výchové cíle

Cíle jsou předpokládané a očekávané výsledky v chování účastníků, kterých se má dosáhnout vyučováním. Pojem cíl také vyjadřuje specifický a bezprostřední důvod procesu učení. Cíle umožňují výběr obsahu učiva, adekvátních metod, forem a prostředků vyučovacího procesu. Cíle bychom měli stanovit nejenom na konci vyučovacího procesu, ale i v kterémkoli okamžiku jeho průběhu. Výchové cíle je dobré formulovat ve formě očekávaného výkonu účastníků tak, aby bylo možné zpětně zjišťovat, jestli bylo těchto cílů dosaženo. Rozlišujeme cíle v oblasti:

- Kognitivní (poznávací) - zahrnuje osvojování si vědomostí a rozumových schopností

- Psychomotorické - týká se formování psychomotorických (pohybových, pracovních) dovedností
- Afektivní (postojové, hodnotové) - zahrnuje získávání názorů a postojů

Pro dosažení stanovených cílů je třeba vycházet z těchto principů:

- Stanovit si cíle tak, aby vycházely z pacientových potřeb
- Udržovat vztah mezi sestrou a pacientem, protože tento kontakt podporuje edukaci
- Využívat předchozích vědomostí pacienta a pomáhat mu osvojit si nové dovednosti
- Komunikovat s pacientem stručně, jasně a zřetelně
- Nepoužívat informace, které nesouvisí s edukačními cíli (23, 25, 27).

4 Edukace žen s inkontinencí moči

Ve dnech od 15.2.2010-1.3.2010 jsem navštívila urogynekologickou ambulanci na Gynekologicko-porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze. Zde jsem si pro svou práci vybrala tři ženy, které mají problémy s únikem moči. Na základě faktu, že se stresová inkontinence řadí k nejčastějším typům inkontinence, jsem si cíleně vybrala ženy s tímto typem inkontinence, pro které budu sestavovat edukační plán.

Při první návštěvě urogynekologické ambulance musí žena přinést výsledky vyšetření (moči, poševního prostředí, cytologie), poté se zhodnotí typ obtíží a stanoví se plán dalších vyšetření. Při druhé návštěvě se provádí urodynamické vyšetření. Následuje gynekologické vyšetření, ultrazvuk případně cystoskopie. Na základě výsledků všech vyšetření je stanovena diagnóza a navržen způsob řešení obtíží. Po domluvě s porodními asistentkami a se svolením každé pacientky jsem byla přítomna u všech vyšetření, které se dané pacientce prováděly.

4.1 Strukturovaný rozhovor

Pro zjištění potřebných informací jsem použila metodu kvalitativního výzkumu - strukturovaný rozhovor. V rozhovoru bylo použito 20 otevřených otázek. Cílem rozhovoru bylo zjištění informovanosti dotazovaných žen o inkontinenci moči, zda mají přehled o prevenci, příčinách úniku moče, jestli znají cviky na posílení svalů dna pánevního. Celkem jsem se dotazovala 3 žen, které mají problémy se stresovým typem inkontinence. Na základě zjištěných informací získaných strukturovaným rozhovorem budu zpracovávat edukační plán, který bude určen pro tyto ženy.

Otázky strukturovaného rozhovoru:

1. Setkala jste se předtím, než jste začala mít problémy, s únikem moči, s termínem „Inkontinence“? Zнала jste jeho význam?
2. Kdy začaly Vaše problémy s únikem moči?
3. Za jakých situací u Vás dochází k úniku moči?

4. Víte, jakým typem inkontinence trpíte? Znáte ještě jiné druhy inkontinence?
5. Snažila jste si vyhledat nějaké informace o inkontinenci moči sama?
6. Snažila jste se svým problémem zpočátku vypořádat sama? Jakým způsobem?
7. Komu jste se poprvé svěřila se svým problémem?
8. Od koho jste se dozvěděla nejvíce informací o problematice inkontinence?
9. Kdy jste vyhledala odbornou pomoc?
10. Styděla jste se o svém problému hovořit?
11. Víte, jaké jsou příčiny Vašeho úniku moče?
12. Znáte některá preventivní opatření?
13. Mají problémy s únikem moči nějaký vliv na Váš dosavadní život?
14. V jaké oblasti Vás nejvíce únik moči omezuje?
15. Informoval Vás někdo o možnostech léčby inkontinence?
16. Znáte nějaké cviky na posílení svalů pánevního dna?
17. Užíváte nějaké pomůcky zachycující únik moči?
18. Jakým způsobem si zajišťujete tyto pomůcky?
19. Myslíte si, že jsou Vaše informace o problematice inkontinence dostatečné?
20. Máte zájem získat další informace o problematice inkontinence?

Charakteristika vybrané pacientky:

Pacientka Š.A. navštívila dne 15.2.2010 urogynekologickou ambulanci VFN v Praze. Přichází pro únik moči při fyzické námaze a kašli.

Identifikační údaje:

Věk: 34 let

Vzdělání: střední odborné bez maturity

Zaměstnání: servírka

Výška: 174 cm

Váha: 70 kg

BMI: 23,1

Rodinná anamnéza: matka nemocná se štítnou žlázou, otec zemřel na infarkt myokardu

Osobní anamnéza: v roce 2001 prodělala operaci žaludku a apendektomii

Gynekologická anamnéza: menarché od 16 let, menstruační cyklus pravidelný 28/5, v roce 1995 spont. porod - děvče 3100/50, dále v roce 2002 spont. porod - chlapec 3300/51, oba porody bez komplikací

Alergická anamnéza: neudává

Abúzy: alkohol příležitostně, kouří 20 cigaret denně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Neznala, vůbec jsem ho nikdy neslyšela“.
2. „Asi před půl rokem“.
3. „Nejvíc při kašli a taky při zvedání těžkých věcí“.
4. „Myslím, že stresovým, ale jiné druhy neznám“.
5. „Ne“
6. „Ano, musela jsem si kvůli úniku moči koupit menstruační vložky“.
7. „Svému gynekologovi“.
8. „Asi od svého gynekologa“.
9. „Před měsícem“.
10. „Ano“.
11. „Myslím si, že je to tím, jak zvedám těžké věci“.
12. „Ano, jsou to cviky na posílení pánevního dna“.
13. „Ano, hodně“.
14. „Hlavně při práci, musím se neustále hlídat“.

15. „Ano, můj gynekolog a taky doktor tady v urogynekologické ambulanci“.
16. „Mám doma leták s těmito cviky, ale sama žádné neznám“.
17. „Používám normální vložky“.
18. „Kupuji si je sama“
19. „Nevím“
20. „Určitě“

Analýza rozhovoru:

Pacientka Š.A. uvedla, že její potíže s únikem moči začaly před šesti měsíci a odbornou pomoc vyhledala v lednu tohoto roku. Příčinou onemocnění, jak sama pacientka řekla, je především její fyzicky náročná práce servírky (zvedání těžkých sudů, přepravek s pitím atd.). O svém problému se zpočátku styděla hovořit. Z rozhovoru vyplynulo, že sama o problematice inkontinence moc neví, zejména v oblasti pomůcek a jejich možného hrazení. Nedostatečné jsou i informace v oblasti cvičení pánevního dna, kdy dostala od svého gynekologa leták se cviky, ale sama tyto cviky neprovádí. Únik moči pacientku omezuje především v oblasti sociální, cítí se nejistá a v práci se musí neustále hlídat. Na otázku, zda má zájem získat další informace o této problematice, odpověděla, že zájem má a chce se spolupodílet na své léčbě.

Charakteristika vybrané pacientky:

Pacientka N.J. navštívila dne 22.2.2010 urogynekologickou ambulanci VFN v Praze. Přichází pro únik moči při manipulaci s těžkými věcmi, při kašli a smíchu.

Identifikační údaje:

Věk: 59 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: důchodce

Výška: 166 cm

Váha: 96 kg

BMI: 33,7

Rodinná anamnéza: matka zemřela na karcinom slinivky břišní, otec karcinom prostaty

Osobní anamnéza: diabetes mellitus II. stupně – na dietě, hypertenze (užívá Tritace 5mg, 1-0-0), v roce 1956 tonzilektomie, v roce 2002 úraz kolena

Gynekologická anamnéza: menopauza v 53 letech, v roce 1977 spont. abortus, v roce 1979 spont. porod - chlapec 3700/51, dále v roce 1982 spont. porod - chlapec 3900/52, oba porody bez komplikací

Alergická anamnéza: tetracyklin

Abúzy: alkohol příležitostně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ano, znala jsem jeho význam“.
2. „Asi před 4 roky“.
3. „Nejvíce při těžké fyzické námaze a při kašli“.
4. „Teď si nevzpomenu, jiné druhy neznám“.
5. „Ano, na internetu“.
6. „Ano, koupila jsem si vložky pro inkontinentní a kombinovala je s menstruačními vložkami, protože ty speciální jsou drahé“.
7. „Své kamarádce, která měla stejný problém“.
8. „Asi z toho internetu“.
9. „Na začátku ledna“.
10. „Ano, styděla“.
11. „Myslím si, že zato může moje nadváha a může to být i důsledek mých porodů.“
12. „Neznám“.

13. „Ano, není to příjemný pocit“.
14. „Mně hlavně po stránce psychické“.
15. „Ne, neinformoval“.
16. „Ne, neznám“.
17. „Ano, používám jak speciální, tak menstruační vložky“.
18. „Kupuji si je sama“.
19. „Myslím si, že nejsou dostatečné“.
20. „Ano, mám zájem“.

Analýza rozhovoru:

Pacientka N.J. uvedla, že její potíže s únikem moči začaly již před 4 roky. Odbornou pomoc vyhledala teprve v lednu tohoto roku. Důvodem, proč nevyhledala pomoc dříve, byl stud o problematice hovořit a strach z možné chirurgické léčby. Příčinu onemocnění vidí pacientka především v její nadváze a také jako důsledek jejich porodů. I když se sama snaží vyhledat informace o problematice inkontinence prostřednictvím internetu, nejsou však dostatečné. V rozhovoru uvedla, že nebyla informována o všech možnostech léčby. Také chybí informace o cvičení pánevního dna a o používání vhodných pomůcek pro inkontinentní. Únik moči pacientku omezuje hlavně po stránce psychické. Vyplývá to především z nedostatečných vědomostí o problematice. Pacientka projevila během rozhovoru veliký zájem získat další informace a chce svůj problém řešit.

Charakteristika vybrané pacientky:

Pacientka K.S. navštívila dne 1.3.2010 urogynekologickou ambulanci VFN v Praze. Přichází pro únik moči zejména při kašli a při cvičení.

Identifikační údaje:

Věk: 45 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: vedoucí pošty

Výška: 165 cm

Váha: 70 kg

BMI: 25,7

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Osobní anamnéza: prodělala několik očních operací - strabismus, v roce 2006 cholecystektomie

Gynekologická: menarché od 13 let, menstruační cyklus pravidelný 25/6, v roce 1984 spont. porod - chlapec 3040/50, porod bez komplikací

Alergická anamnéza: neudává

Abúzy: alkohol příležitostně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ano, věděla jsem, co inkontinence znamená“.
2. „Před 3 lety“.
3. „Hlavně při kašli, kýčání a taky při sportu“.
4. „Snad jde o stresový typ, znám ještě urgentní“.
5. „Ano, na internetu“.
6. „Zkoušela jsem cviky na posilování pánevního dna“.
7. „Své sestře“.
8. „Z internetu“.
9. „Před dvěma měsíci“.
10. „Ano, styděla“.
11. „Myslím, že je to ochabnutím svalů močového měchýře a svalů pánevního dna“.
12. „Snad jenom ty cviky“
13. „Určitě, jsem méně sebejistá“.

14. „Omezilo mě to hlavně ve sportu. Musela jsem přestat hrát tenis, který mě hodně bavil, a musela jsem si najít jiný druh sportu“.
15. „Ano, lékařka“.
16. „Ano, některé znám“.
17. „Používám slipové vložky“.
18. „Kupuji si je sama“.
19. „Myslím si, že nejsou“.
20. „Ano, mám určitě zájem“.

Analýza rozhovoru:

Pacientka K.S. v rozhovoru uvedla, že její potíže s únikem moči začaly před 3 lety a odbornou pomoc vyhledala na začátku ledna tohoto roku. Důvodem, proč nevyhledala dříve odbornou pomoc, byl stud a strach o problematice inkontinence hovořit. Příčina onemocnění je podle pacientky ochabnutí svalů močového měchýře a svalů pánevního dna. Pacientka si sama vyhledala na internetu cviky na posilování svalů pánevního dna a začala je cvičit, bohužel bez úspěchu. Nedostatek informací má pacientka zejména v oblasti používání vhodných pomůcek. Únik moči pacientku omezuje ve sportovních aktivitách. Pacientka uvedla, že se cítí kvůli svým problémům s únikem moči méně sebejistá, což ovlivňuje nepříznivě její psychiku. Pacientka projevila zájem se dozvědět více informací o problematice inkontinence.

4.2 Edukační plán žen se stresovou inkontinencí

Edukační plán žen se stresovou inkontinencí je považován za první krok k poskytnutí informací ohledně jejich onemocnění. Ženy si musí osvojit principy a způsoby řešení svého problému, který je trápí a snižuje jejich kvalitu života. Měly by se naučit zvládat jednotlivé kroky, které vedou ke zlepšení jejich onemocnění a následně ke zlepšení fyzického a psychického stavu. Ke zlepšení jejich stavu by měl přispět jejich aktivní přístup a také dobrý pocit, že se podílejí na své léčbě a chtějí pomoci svému zdraví prostřednictvím stanovených cílů. Tyto cíle stanovujeme pro lepší osvojení vědomostí a dovedností. Důkladným zpracováním a dodržováním jednotlivých kroků edukačního plánu ženy dosáhnou jak požadovaného cíle, tak své spokojenosti.

4.2.1 Charakteristika vybraných žen pro edukaci inkontinence

K edukaci jsem si vybrala 3 ženy, které navštěvují urogynekologickou ambulanci VFN z důvodu stresové inkontinence moči. Tyto ženy jsou různé věkové kategorie. První pacientka je ve fertilním období, druhá je v období postmenopauzy, a třetí je v období perimenopauzy. Ženy verbalizují své potíže s únikem moči zejména při kašli, kýchání a těžké fyzické námaze. Jedná se o ženy, které rodily. Jednotlivé charakteristiky pacientek potřebné k edukaci jsou popsány v předchozí kapitole.

4.2.2 Cíl edukace

Cíl edukace je osvojení si základních pojmů a zvýšení úrovně vědomostí o problému stresové inkontinence.

Osvojit si onemocnění, jaké jsou příčiny a možná léčba onemocnění, jakým způsobem postupovat pro zlepšení stavu.

Uvědomit si význam cviků na posílení pánevního dna, upevnit správnou techniku cviků na posílení svalů pánevního dna, aby bylo cvičení co nejefektivnější.

Osvojit si správné hygienické návyky, péče o pokožku, uvědomit si, jaké pomůcky používat.

Získané informace a dovednosti denně používat.

Edukační cíle pro účastníky edukačního procesu:

- Kognitivní: Pacientky si zvýší úroveň vědomostí o problematice inkontinence.
- Afektivní: Pacientky si lépe uvědomí potřebu osvojení si teoretických a praktických dovedností.
- Behaviorální: Pacientky ovládají techniku posilování svalů pánevního dna.

4.2.3 Edukační proces

Edukační proces se bude realizovat v průběhu 3. setkání. Každé setkání bude probíhat ve třech částech. Pomocí strukturovaného rozhovoru s každou z pacientek jsem zjistila úroveň jejich vědomostí. Na základě zjištění úrovně bude navazovat první část edukačního procesu, a to stanovení dalšího postupu teoretického obsahu přednášky. V druhé části se zaměřím na osvojení a praktický nácvik jednotlivých cviků na posílení svalů pánevního dna. V poslední části si v rámci diskuse a prezentace zopakujeme všechny získané teoretické vědomosti a praktické dovednosti.

V průběhu diskuse zjistím, zda pacientky všemu rozumí, v případě nejasností znovu vysvětlím, a pokud bude potřeba, naplánujeme další schůzku.

Stanovené diagnózy:

- Inkontinence moči – stresová, z důvodu dlouhodobě vykonávané těžké fyzické námahy, věku, obezity, stavu po porodu, chronického kašle, projevující se odkapáváním moči při zvýšení nitrobřišního tlaku.
- Nedostatek vědomostí v souvislosti s problematikou inkontinence z důvodu nedostatečných zkušeností a informačních zdrojů projevující se verbalizací.
- Nedostatek vědomostí a dovedností v souvislosti s prováděním cviků na posílení svalů pánevního dna z důvodu nedostatku zkušeností projevující se verbalizací.
- Nedostatek vědomostí v souvislosti s používáním správných hygienických pomůcek z důvodu neinformovanosti projevující se používáním nevhodných pomůcek pro udržení moči.
- Strach z důvodu nedostatku znalostí a zručností projevující se verbalizací.
- Porucha sebepojetí z důvodu inkontinence moči projevující se studem o problematice hovořit.

Edukační cíl:

Zlepšit vědomosti a informovanost pacientek o problematice inkontinence.

Osvojit si správný postup při provádění cviků na posílení svalů pánevního dna.

Zlepšit informovanost pacientek o používání vhodných inkontinentních pomůcek.

Snížit nebo zcela odstranit strach vyplývající z nedostatku znalostí a zručností.

Pacientky budou mít zájem o problematice hovořit, aktivně se zapojují do léčebného režimu.

Výsledná kritéria:

Pacientky znají své onemocnění.

Pacientky vědí, jakým typem inkontinence trpí, orientují se v druzích inkontinence.

Pacientky znají příčiny svého onemocnění.

Pacientky znají způsoby prevence inkontinence moči.

Pacientky znají možnosti léčby inkontinence moči.

Pacientky ovládají postupy, které posilují svaly pánevního dna.

Pacientky chápou důležitost ovládat postupy na posílení svalů pánevního dna.

Pacientky dokáží verbalizovat svůj problém a nestydí se o něm hovořit.

Pacientky se aktivně zapojují do léčebného režimu a spolupracují.

Pacientky chápou důležitost používání vhodných hygienických pomůcek.

Příprava edukačního plánu:

Zjistit, co by chtěly pacientky udělat pro zlepšení svého stavu.

Rozhovor s pacientkami o onemocnění, které se jich týká, o problematice inkontinence. Studium propagačního materiálu a dostupné literatury.

Názorné předvedení správných postupů a cviků na posílení svalů pánevního dna.

Prozkoušení získaných vědomostí pacientek, praktické provedení naučených cviků, možné doplnění informací.

Edukační materiál:

Metoda tištěného slova (textový materiál), formou letáků a dalších materiálů o inkontinenci.

Obrázky jednotlivých cviků a poloh pro správný postup cvičení.

Počítačová technika se zpětným projektořem, prezentace (MS PowerPoint)
k zopakování a doplnění vědomostí.

Seznam a ukázky doporučené literatury.

Realizace edukace

0. Edukační setkání:

Všechna setkání se odehrála na Gynekologicko-porodnické klinice VFN v místnosti, která slouží pro psychoprofylaxe těhotných žen. Tato místnost je dostatečně prostorná a umožňuje vykonávání cviků na posílení svalů pánevního dna. Místnost je vybavená počítačovou technikou, zpětným projektořem a umožňuje pohodlné sledování teoretické části přednášky.

Průběh edukace by neměl být ničím rušen, jako je např. hluk z okolí. Zajištění dostatečného osvětlení, dobrého větrání a intimity nám napomáhá k dobrému průběhu edukace a spokojenosti pacientek.

1. Edukační setkání - teoretická část (v trvání 2 hodin)

Plánování:

- Zjistím úroveň vědomostí o anatomii močového systému.
- Pacientky budou seznámeny se základními pojmy týkající se problematiky inkontinence.
- Vysvětlím jednotlivé druhy inkontinence, jejich podstatu a průběh.
- Pacientky budou informovány o příčinách inkontinence.
- Zjistím, zda pacientky znají příčiny svých potíží.
- Pacientky budou informovány o možných rizikových faktorech.
- Zjistím, zda pacientky vědí, které rizikové faktory se jich týkají.
- Zjistím, která vyšetření jim byly prováděny a zda vědí, k čemu slouží.
- Pacientky budou seznámeny o možnostech léčby.
- Vysvětlím principy chirurgické léčby.
- Pacientky budou seznámeny s pomůckami pro inkontinentní.
- Pacientky si osvojí důležitost hygienických návyků.

- Dám prostor k dotazům, které budou mít pacientky k jednotlivým tématům.
- Vzbudím u edukovaných pacientek zájem přiučit se novým informacím.

Realizace:

- Na začátku setkání byla vysvětlena anatomie močového systému s použitím velkého nástěnného anatomického obrazu.
- Seznámila jsem pacientky se základními pojmy, které jim přiblíží problematiku inkontinence a pomůže jim porozumět v další diskusi.
- Poskytla jsem informace o jednotlivých druzích inkontinence, vysvětlila jsem jejich podstatu a příznaky.
- Zjistila jsem, zda pacientky vědí, co zapříčinilo jejich potíže.
- Pacientky hovořily o rizikových faktorech.
- Seznámila jsem pacientky o všech vyšetření, které jim byly nebo budou prováděny a k čemu slouží.
- Seznámila jsem pacientky s možnostmi léčby, a to jak s konzervativní léčbou tak s léčbou chirurgickou.
- Vysvětlila jsem principy chirurgické léčby.
- Ve druhé polovině tohoto setkání jsem s pacientkami hovořila o pomůckách pro inkontinentní, které mohou používat a jak jsou tyto pomůcky hrazeny.
- Zaměřila jsem se na význam hygienické péče v souvislosti s používáním pomůcek pro inkontinentní.
- Na konci setkání byl dán prostor dotazům, které měly pacientky k jednotlivým tématům.
- Pacientky jsem povzbudila a motivovala do dalšího průběhu edukace.

Vyhodnocení:

- Pacientky znají jednoduchou anatomii močového systému.
- Pacientky si osvojily základní pojmy spojené s problematikou inkontinence.
- Pacientky znají druhy inkontinence a jejich příznaky.

- Pacientky vědí, co zapříčinilo jejich potíže.
- Pacientky správně určí typ své inkontinence.
- Pacientky vědí o rizikových faktorech.
- Pacientky mají informace, k čemu slouží jednotlivá vyšetření.
- Pacientky znají možnosti konzervativní a chirurgické léčby.
- Pacientky chápou princip chirurgické léčby.
- Pacientky znají pomůcky pro inkontinentní, mají přehled o sortimentu pomůcek a jejich hrazení.
- Pacientky si teoreticky osvojily hygienické návyky.
- Pacientky chtějí nadále spolupracovat na průběhu edukace.

2. Edukační setkání - praktická část (v trvání 1 a ½ hodiny)

Uskuteční se následující den.

Plánování:

- Pacientky si uvědomí, které svaly jsou zodpovědné za udržení moči.
- Pacientky zjistí, jaké svaly je třeba cvičit.
- Pacientky budou umět jednotlivé cviky popsat, ale hlavně se naučí tyto cviky provádět.
- Pacientky budou seznámeny s principem Keglových cviků a naučí se je provádět.
- Pacientky budou seznámeny se zásadami a postupy, které by měly dodržovat při cvičení.
- Pacientky budou seznámeny s pojmem perineometr a budou znát jeho význam.
- Pacientky budou seznámeny s pomůckami, které mohou posilovat pánevní dno.
- Bude vysvětlen způsob používání těchto pomůcek.
- Bude zdůrazněn význam a důležitost pravidelného opakování cviků a zařazení těchto cviků do každého dne.
- Dám prostor k dotazům, které budou mít pacientky k jednotlivým tématům.

Realizace:

- Seznámila jsem pacientky se svaly pánevního dna pomocí názorného obrázku.
- Poskytla jsem informace o postupu jednotlivých cviků na posílení pánevního dna.
- Předvedla jsem pacientkám jednotlivé cviky na posílení pánevního dna a samy si vyzkoušely tyto cviky.
- Seznámila jsem pacientky s principem Kegelových cviků a pacientky si tyto cviky vyzkoušely.
- Poskytla jsem informace o zásadách a postupech, které by se měly dodržovat při cvičení.
- Ve druhé polovině setkání jsem s pacientkami hovořila o perineometru, vysvětlila jsem jeho význam.
- Dále jsem hovořila o vaginálních kónusech, vysvětlila jsem jejich vliv na svaly pánevního dna a způsob jejich používání.
- Zaměřila jsem se na význam a důležitost pravidelného opakování cviků každý den.
- Na konci setkání byl dán prostor k dotazům pacientek.

Vyhodnocení:

- Pacientky znají svaly pánevního dna.
- Pacientky vědí, které svaly posilovat.
- Pacientky si teoreticky osvojily cviky na posílení svalů pánevního dna.
- Pacientky ovládají cviky na posílení pánevního dna.
- Pacientky rozumí cvikům dle Kegela.
- Pacientky ovládají cviky dle Kegela.
- Pacientky znají zásady a postupy při cvičení.
- Pacientky znají perineometr a jeho význam.
- Pacientky znají vaginální kónusy a jejich vliv na svaly pánevního dna.
- Pacientky znají způsob zavedení vaginálních kónusů.
- Pacientky si uvědomují důležitost opakování cviků každý den.

3. Edukační setkání – zopakování (v trvání 2 hodin)

Uskuteční se následující den.

Plánování:

- Pacientky si zopakují teoretické vědomosti o problematice inkontinence.
- Pacientky si zopakují základní pojmy spojené s problematikou inkontinence.
- Prověřím si teoretické vědomosti pacientek o problematice inkontinence.
- Pacientky si zopakují svaly pánevního dna s využitím obrázků.
- Prověřím si, zda si pacientky osvojily jednotlivé cviky na posílení svalů pánevního dna.
- Na konci setkání dám prostor k diskusi a dotazům pacientek.
- Vyhodnotím teoretické vědomosti a praktické dovednosti pacientek.

Realizace:

- Na začátku setkání byl odprezentován souhrn všech poznatků, které byly pacientkám vysvětleny.
- Pacientky si zopakovaly základní pojmy spojené s problematikou inkontinence.
- Pokládala jsem otázky pacientkám na ověření teoretických vědomostí.
- Byl dán prostor k diskusi a k dotazům pacientek.
- Pacientky si zopakovaly svaly pánevního dna pomocí obrázků.
- Pacientky jednotlivě předvedly cviky, které používají na posilování svalů pánevního dna.
- Vyhodnotila jsem teoretické vědomosti a zvládnutí praktických dovedností každé pacientky a celkově jsem zhodnotila průběh edukačního procesu.

Závěrečné vyhodnocení znalostí a vědomostí pacientek:

- Pacientky si osvojily základní pojmy a fakta o inkontinenci.
- Pacientky znají rizikové faktory, příčiny, vyšetření a léčbu inkontinence.
- Pacientky si osvojily správné postupy při vykonávání cviků na posílení pánevního dna.
- Pacientky umí cviky na posílení svalů pánevního dna.

- Pacientky chápou důležitost každodenního cvičení.
- Pacientky již nemají strach a ze svého onemocnění díky dostatečné informovanosti a jsou odhodlané dále pokračovat v osvojených dovednostech.
- Pacientky mají zájem o problematice hovořit a jejich stud se výrazně snížil.

Všechna edukační setkání měla každé pacientce pomoci přiblížit problematiku inkontinence. Pouze získáním informací mohou jejich obavy a stud částečně vymizet. Bohužel, právě stud zapříčiní to, že příliš dlouho čekají na vyhledání odborné pomoci. Proto nesmíme zapomínat, že edukací - výchovou a vzděláváním - můžeme těmto ženám pomoci a přispět tak k lepšímu zdraví a tím zlepšit kvalitu jejich života.

Vybrané ženy byly s průběhem edukace velmi spokojené. Měly zájem získat o svém problému co nejvíce informací a chtěly se spolupodílet na své léčbě. Myslím si, že jim edukace napomohla k odbourání studu o problematice hovořit. Samozřejmě záleží na každé ženě, jak vynaloží se získanými vědomostmi a dovednostmi.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo upozornit na problém inkontinence moči, který zasahuje do života mnoha žen. Skutečnost, že inkontinence snižuje kvalitu života žen, je závažná. Avšak jen malé procento žen se včas svěří a vyhledá pomoc. Největší překážkou včasného vyhledání odborné pomoci a léčby je bezesporu strach a stud o problematice hovořit. Tento stud můžeme eliminovat pouze tím, že budeme dostatečně informovat tyto ženy a podporovat je v léčbě.

Cíl práce se doufám podařilo splnit. Pro edukaci jsem si vybrala tři ženy, které navštěvují urogynekologickou ambulanci VFN v Praze. Všechny ženy měly zájem získat více informací o jejich problému a chtěly se podílet na své léčbě. Zjistila jsem, že jejich informace nejsou dostačující, aby svůj problém s únikem moči byly schopny odstranit. Proto jsem vypracovala edukační plán, kterým si ženy osvojily způsoby řešení svého problému a získaly tak dostatek informací o problematice inkontinence. Jednotlivými kroky edukace ženy dokázaly zlepšit svůj fyzický i psychický stav a tím zvýšit kvalitu jejich života.

Jedno měly všechny ženy společné, a to stud o svém problému hovořit. Ani jedna z nich nevyhledala odbornou pomoc včas. Proto si kladu otázku: Jak přimět ženy s tímto problémem ke včasnému vyhledání odborné pomoci? Myslím si, že kdyby byly tyto ženy dostatečně informované, byl by jejich strach a stud o mnoho menší. Proto bychom neměli zapomínat na důležitou součást pracovní náplně porodní asistentky a tou je edukace. Edukace je důležitou součástí nejen léčby, ale i prevence. Výchovou a vzděláváním můžeme těmto ženám pomoci poznat své onemocnění a také způsob jak ho úspěšně zvládat a netrpět.

Práce obsahuje edukační plán, který lze aplikovat v ošetrovatelské praxi. Mohou ho využít nejen porodní asistentky, ale i fyzioterapeuti a další ošetrovatelský personál, který pečuje o ženy s inkontinencí moči.

Věřím, že moje práce přispěje ke zlepšení zdraví, lepšímu a krásnějšímu životu všech žen s inkontinencí moči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kol. 2006. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-379-1
2. ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. 2 vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X
3. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K., a kol. 2008. *Gynekologie*. 2. doplň. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7
4. GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-950-0
5. VOKURKA, M., HUGO, J. 1995. *Praktický slovník medicíny*. 4. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-28-4
6. ZIKMUND, J., HANUŠ, T. 1993. *Inkontinence moči u žen*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-142-X
7. LÍBALOVÁ, Z. 1999. Psychosomatické aspekty inkontinence moče. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, roč. 8, č. 1., s. 51-52, ISSN 1211-1058
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
9. Močová inkontinence. [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.mocova-inkontinence.cz/index.html>>
10. MARTAN, A. a kol. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1
11. Typy inkontinence. [online]. [cit. 2010-01-28]. Dostupné na WWW: <<http://www.zenskapanev.cz/typy.html>>
12. ZIKMUND, J. 2001. *Inkontinence moči u žen*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8
13. ČERMÁK, A., PACÍK, D. 2006. *Inkontinence moči*. 1. vyd. Praha : Triton Praha, 2006. ISBN 80-7254-875-1
14. HALAŠKA, M. a kol. 2004. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2

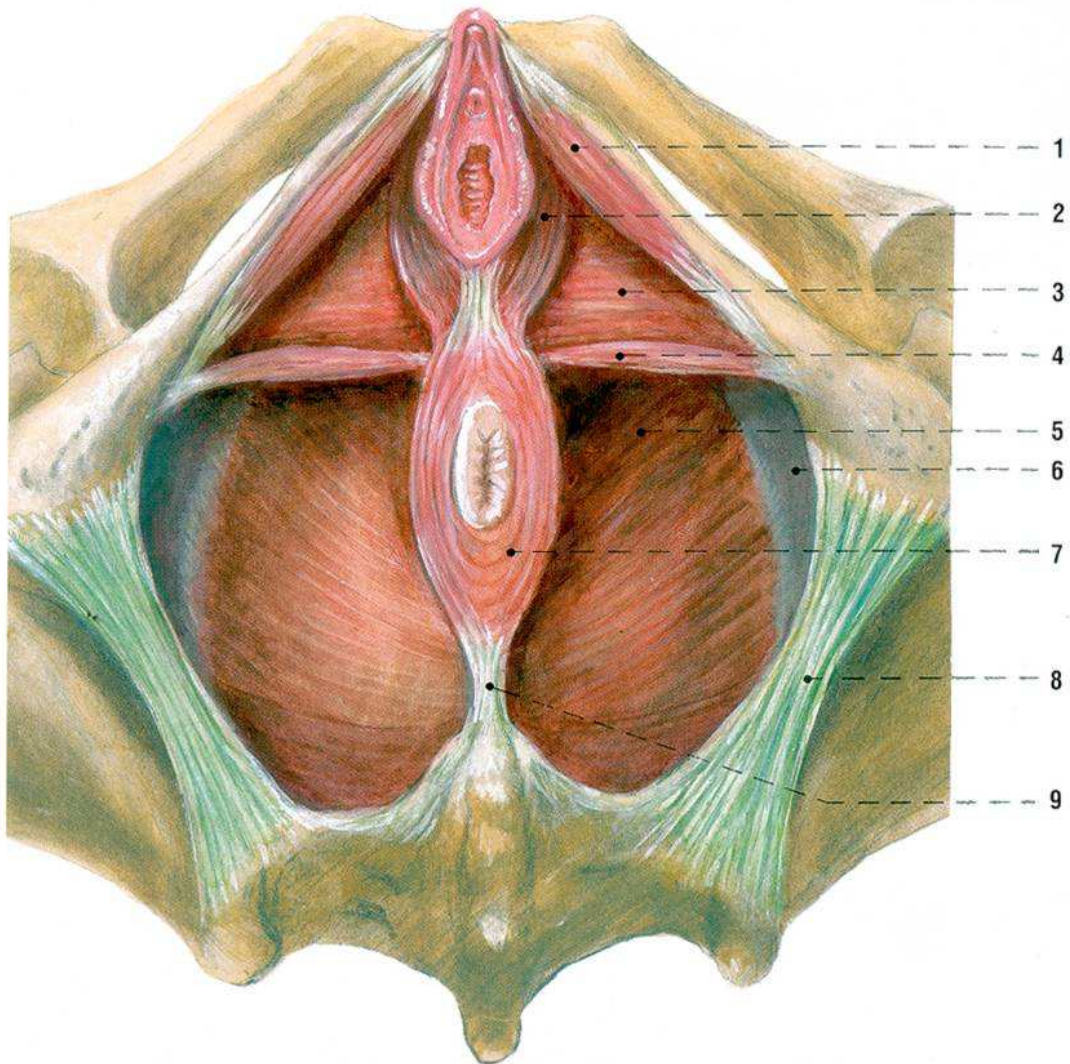
15. ROZTOČIL, A. a kol. 1998. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-255-8
16. ALEXANDER, J. a kol. 2001. *Léčíme se s přírodou*. 1. vyd. Praha : Reader's Digest Výběr, 2001. ISBN 80-86196-36-4
17. HORČIČKA, L. 2008. Cvičení svalů pánevního dna – možnosti konzervativní léčby inkontinence moči. In *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1., s. 40-41, ISSN 1210-0404
18. SOCHOROVÁ, N. 2009. *Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky*. Olomouc : SOLEN, 2009. ISBN 978-80-87327-11-1
19. FAIT, T., DVOŘÁK, V., SKŘIVÁNEK, A. a kol. 2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-191-2
20. MARTAN, A. 2007. Inkontinence moči u žen. In *Medicína po promoci*. 2007, roč. 8, č. 2., s. 67-75, ISSN 1212-9445
21. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1
22. MARTAN, A. a kol. 2001. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha : © PanMed, 2001. ISBN 80-903049-0-7
23. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-108-5
24. PRŮCHA, J. 1997. *Moderní pedagogika*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
26. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
27. BASTL, P., ŠVEC, V. 1997. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-251-5
28. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
29. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0

PŘÍLOHY

Příloha A – Svaly pánevního dna	I
Příloha B – Močový měchýř	II
Příloha C – Mikční deník	III
Příloha D – Gaudenzův dotazník	IV
Příloha E – Index kvality života	VIII
Příloha F – Kolpopexe dle Burce	X
Příloha G – TVT	XI
Příloha H – Léky užívané v léčbě urgentní inkontinence	XII
Příloha CH – Gymnastika svalů pánevního dna	XIII
Příloha I – Vaginální kónusy a elektrostimulace	XVI

Příloha A - Svaly pánevního dna

**Svaly dna pánevního a močopohlavního ženy
žabí perspektiva**



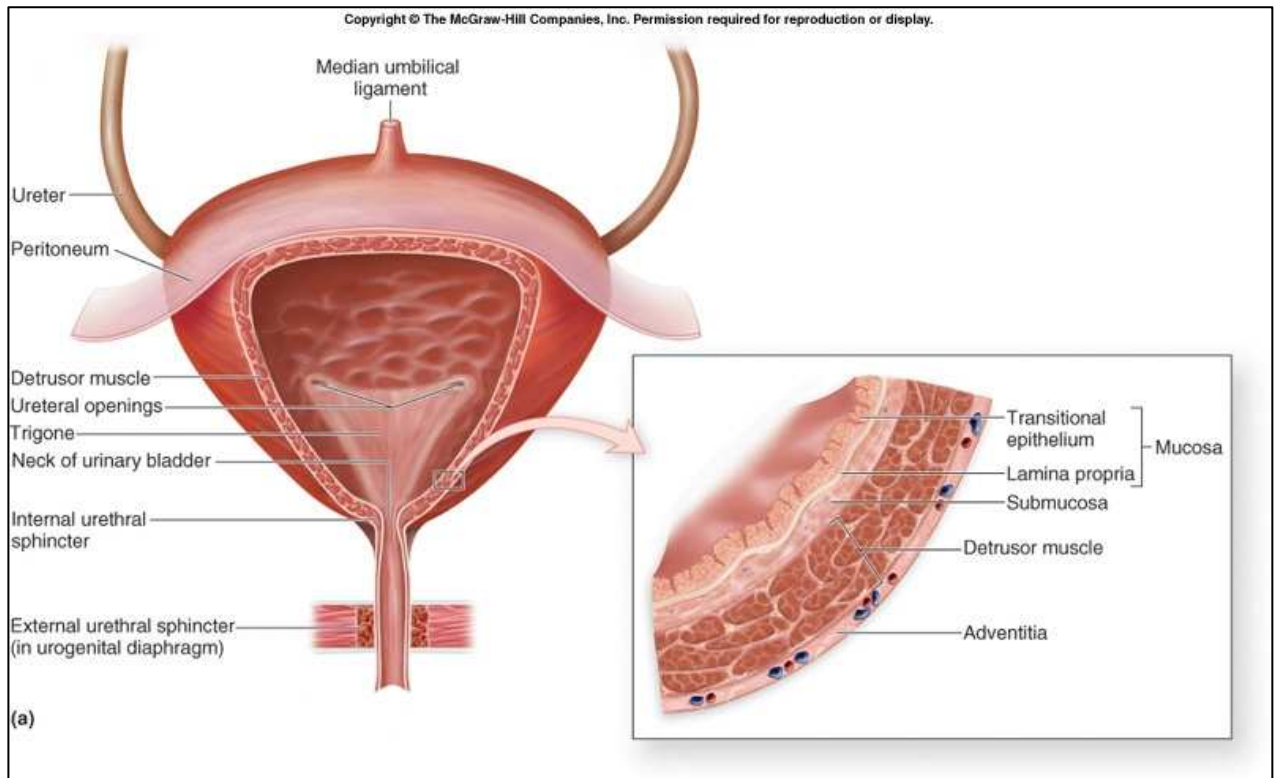
1 m. ischioavernosus
2 m. bulbospongiosus
3 diaphragma urogenitale
4 m. transversus perinei superficialis

5 m. levator ani
6 m. obturatorius internus a jeho fascie
7 m. sphincter ani externus
8 lig. sacrotuberale
9 lig. anococcygeum

Zdroj:

http://eleferno.cz/index2.php?option=com_jce&task=popup&img=images/stories/ilustrace/i_anatomie/svaly.jpg&title=&w=879&h=1095&mode=0&print=0&click=0

Příloha B – Močový měchýř



Zdroj:

http://academic.kellogg.edu/herbrandsonc/bio201_mckinley/f27-9a_urinary_bladder_c.jpg

Příloha C – Mikční deník



Mikční deník vyplňujte po dobu 2 za sebou jdoucích dnů.
Vyplněný mikční deník pak konzultujte se svým ošetřujícím lékařem.

1. den

Datum:	Co jste pil(a)? Jaké množství?	Každé močení, ke kterému došlo, zaznamenejte zaškrtnutím políčka v řádku odpovídajícího časového rozmezí. Celkový počet zapište do spodního řádku.	Každý pocit silného, nepřekonatelného nucení na močení zaznamenejte zaškrtnutím políčka v řádku odpovídajícího časového rozmezí. Celkový počet zapište do spodního řádku.	Pokud u Vás došlo k úniku moči, nestihli jste včas dojít na toaletu, zakroužkujte „N“ v příslušném políčku. Celkový počet zapište do spodního řádku.	Při jaké činnosti k úniku moči došlo?
<i>Příklad</i>	<i>čaj - šálek</i>	X X X X X	X X X	Ⓝ N N N N N N N	<i>nákupy</i>
06-09 h				N N N N N N N	
09-12 h				N N N N N N N	
12-15 h				N N N N N N N	
15-18 h				N N N N N N N	
18-21 h				N N N N N N N	
21-24 h				N N N N N N N	
00-06 h				N N N N N N N	
Celkem					

Zdroj:

<http://www.hyperaktivni-mechyr.cz/text.php?id=6>

Gaudenzův dotazník

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 odtéklé moči?
 - a) několik kapek
 - b) ustříknutí
 - c) větší množství

4. Kolikrát denně musíte měnit spodní prádlo?
 - a) není nutno
 - 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 moče pro mne je
 - a) vlastně žádný problém
 - b) občas mne trápí
 - c) silně mne rozrušuje
 - d) značně mně vadí

8. Při kterých situacích odtéká nechtěně moč?
 - a) při kašli
 - b) při smíchu
 - c) při chůzi nebo chůzi do schodů

- d) při chůzi se schodů
 - e) při skákání, cvičení, poskakování
 - f) ve stoji
 - g) v sedu, vleže
9. Po které příhodě začalo 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 4 000g 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 dne, jak často chodíte močit?
- a) každé 3-6 hod.
 - b) každé 2. hod.
 - c) každou půlhodinu, nebo častěji
 - d) zcela rozdílně, po rozčílení
16. Probudí vás v noci nucení na močení?
- a) ne
 - b) jednou, nepravidelně
 - c) 2-4krát
 - d) Více než 5krát

17. Uniká v noci nepozorovatelně při spánku moč?
- a) ne
 - b) příležitostně, zřídka
 - c) často, pravidelně
18. Když máte nucení na močení, musíte jít hned nebo můžete posečkat?
- a) mohu posečkat
 - b) musím jít během 10-15 min.
 - c) musím jít během 1-5 min
19. Přihodí se, že když se opozdíte vám na cestě na WC unikne moč?
- a) ne
 - b) zřídka, např. při procházení
 - c) příležitostně
 - d) pravidelně, často
20. Přihodí se vám, že když dostanete tlak na močení a krátce nato 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 mne
- a) vlastně žádný problém
 - b) občas mne ruší
 - c) silně mne ruší
 - d) značně mne 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 inj?

a) ano

b) ne

Zdroj:

Zikmund, J., Hanuš, T., 1993, s. 22

Příloha E – Index kvality života

INDEX KVALITY ŽIVOTA (IQOL)

(Donald L.Patrick)

.....
Jméno Příjmení, datum vyšetření

Prosím u 22 bodů dole zakroužkujte v pravém sloupci číslo, které nejvíce vystihuje stupeň Vašich obtíží dle následujícího návodu. Odpověď číslo:

1 - vždy, trvale, pravidelně, silně

2 – často, dosti, značně

3 – občas, někdy, mírně, poněkud

4 – málokdy, výjimečně, jen málo

5 – ne, nikdy

1. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC	1	2	3	4	5
2. Obávám se kašlat nebo kýchat	1	2	3	4	5
3. Mám strach se po delším sezení postavit	1	2	3	4	5
4. V cizím prostředí mne znervózňuje, že nevím, kde je WC (např. ve vlaku)	1	2	3	4	5
5. Kvůli svým únikům moči se cítím depresivně	1	2	3	4	5
6. Mám-li opustit svůj domov na delší dobu, cítím se nejistá(dovolená, služební cesta apod.)	1	2	3	4	5
7. Omezení svých zájmů a aktivit únikem moči špatně snáším	1	2	3	4	5
8. Obávám se, že by lidé v mém okolí mohli moči rozpoznat čichem	1	2	3	4	5
9. Na svůj problém s únikem moči musím myslet	1	2	3	4	5
10. Chodím pro jistotu na WC, i když nemusím	1	2	3	4	5
11. S ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem plánovat (podle dostupnosti WC apod.)	1	2	3	4	5

12. Bojím se, že se můj problém s věkem zhorší	1	2	3	4	5
13. Vadí mi, že kvůli nucení na močení, nebo úniku musím v noci vstávat	1	2	3	4	5
14. Kvůli úniku moče zažívám pocity trapnosti a studu	1	2	3	4	5
15. Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	1	2	3	4	5
16. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže	1	2	3	4	5
17. Mimovolné pomočování mi bere radost ze života	1	2	3	4	5
18. Obávám se, že by lidé v mém okolí mohli pozorovat mokré skvrny na mém oblečení	1	2	3	4	5
19. Trpím úzkostí, že nemohu své močení ovládat	1	2	3	4	5
20. Únik moče mě nutí kontrolovat si, kolik čeho mohu vypít	1	2	3	4	5
21. Únik moči mě omezuje ve volném výběru oděvu	1	2	3	4	5
22. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života	1	2	3	4	5

součet

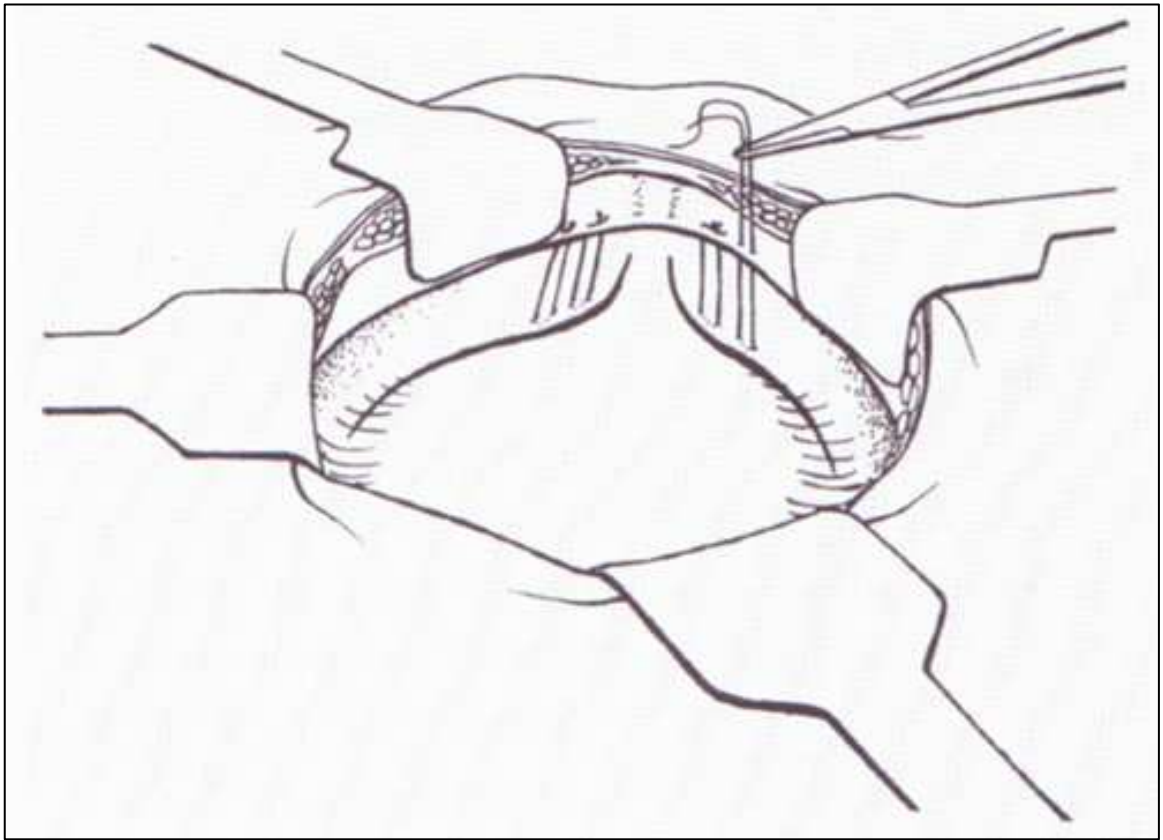
Vyhodnocení (vyplňuje lékař)

IQOL – (Součet – 22)/88x100= %

Zdroj:

Urogynekologická ambulance VFN v Praze

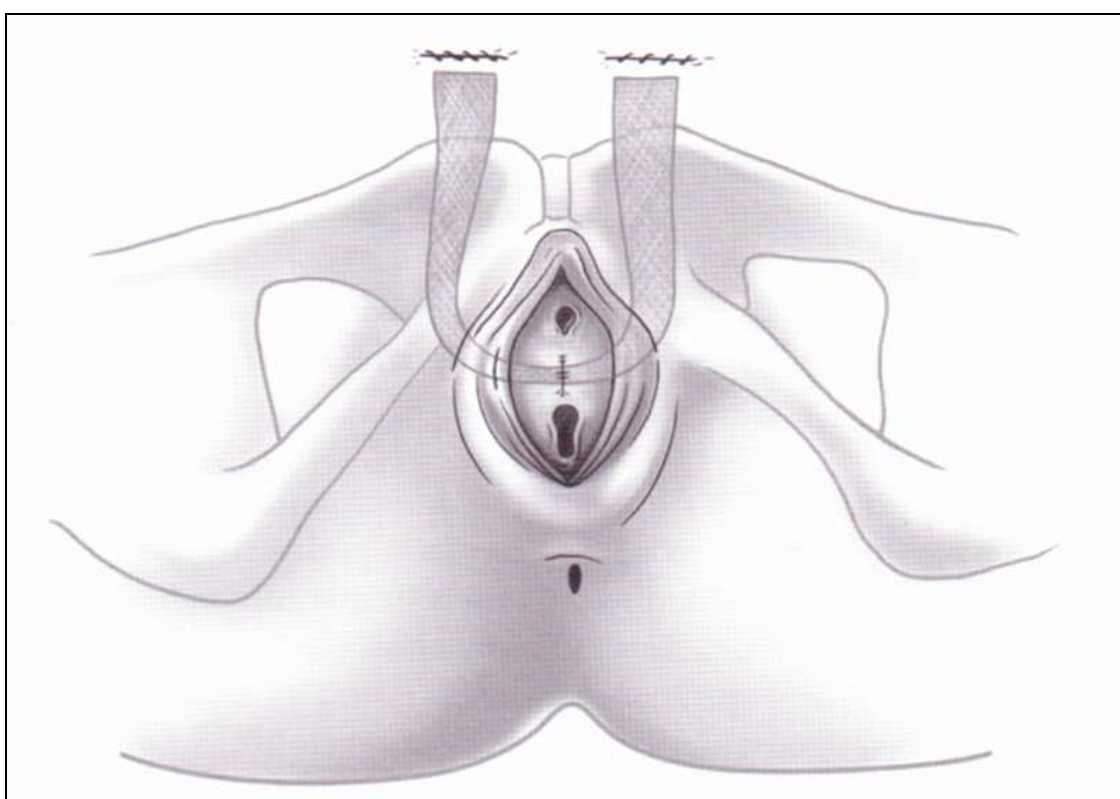
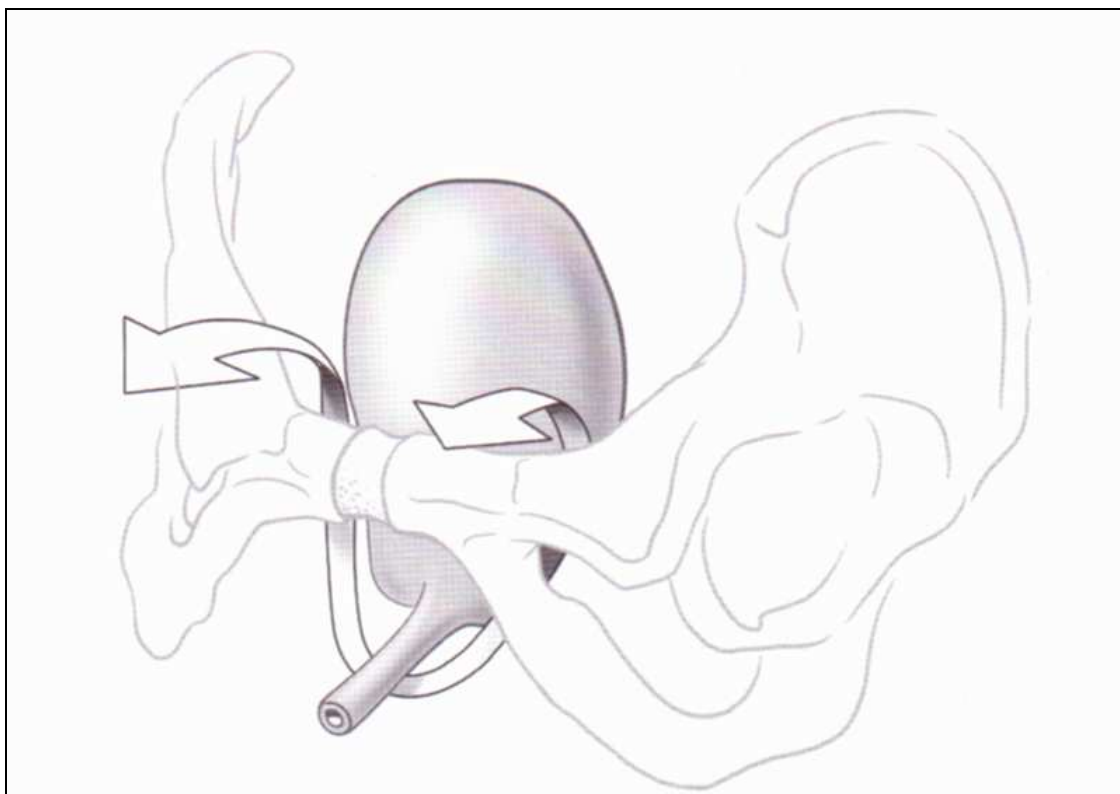
Příloha F – Kolpopexie dle Burche



Zdroj:

Rob, L., Martan, A., Citterbart, K. et al., 2008, s. 239

Příloha G –TVT



Zdroj:

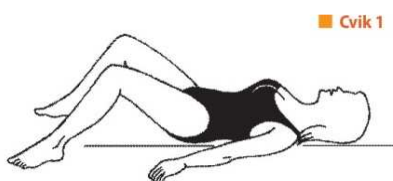
Čermák, A., Pacík, D., 2006, s. 72

Příloha H – Léky užívané v léčbě urgentní inkontinence

Skupina	Účinná látka	Preparát	Účinná dávka	Dávek za den
blokátory M receptorů	trosopium 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

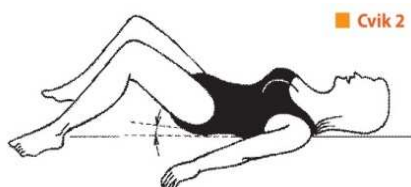
Zdroj:

Čermák, A., Pacík, D., 2006, s. 82



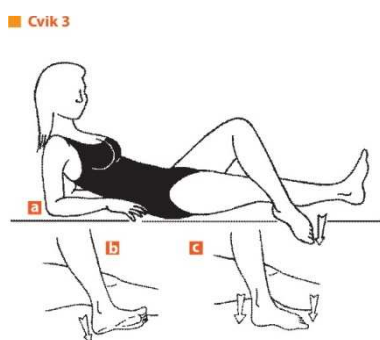
Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny

S nádechem zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, doporučujeme dechovou výdrž postupně 3, 5, až 7 vteřin, s výdechem v opačném pořadí než jsme zapínali postupně uvolňujeme.



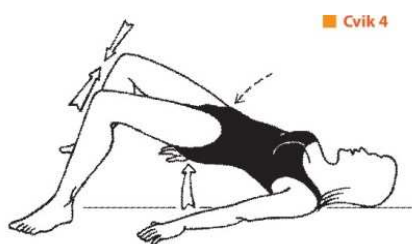
Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny

V nádechu zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, podsadíme pánev – bez spínání hýžd'ových svalů! – doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin, s výdechem uvolníme pánev a postupně svaly pánevního dna (pochvu a svěrač močové trubice).



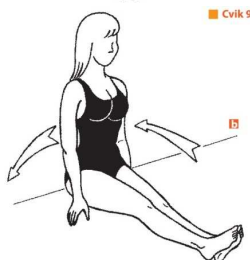
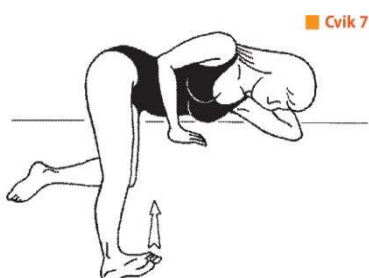
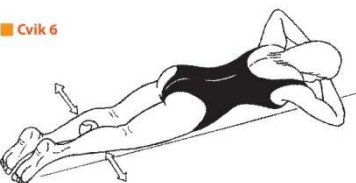
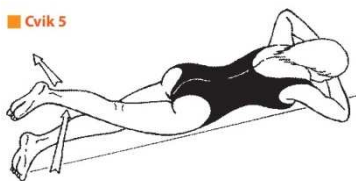
Leh na zádech s oporem o lokty, jedna dolní končetina natažená, druhá pokrčená v koleni v překřížení

Střídatavě protlačujeme s nádechem špičku do podložky – při protlačení zapínáme svěrač močové trubice a vtahujeme pochvu, s výdechem odlehčujeme nohu a uvolníme pochvu a svěrač močové trubice. Potom protlačíme patu do podložky – při protlačení vtahujeme konečník, s výdechem odlehčíme patu a povolíme konečník. Nakonec protlačíme celou plošku – kompletně postupně zapínáme svěrač močové trubice, pochvu i konečník – s výdechem odlehčujeme nohu a vše v opačném pořadí než jak jsme zapínali postupně uvolňujeme.



Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže rozpažené

V nádechu zvedneme pánev, postupně zapínáme svalovinu celého pánevního dna (svěrač močové trubice, pochvu a konečník), stlačíme vnitřní kolena k sobě a protlačíme ramena a paže do podložky. Dle zdatnosti doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7, vteřin, s výdechem povolíme kolena a v opačném pořadí než jak jsme zapínali pánevní dno postupně uvolníme a pánev pokládáme zpět na podložku.



Leh na břicho, ruce složíme pod čelo

Pravidelně zhluboka dýcháme, s nádechem zanožíme pravou dolní končetinu propnutou v koleni a křížíme přes druhou, s výdechem vracíme zpět a uvolníme. Opakujeme druhou nohou.

Leh na břicho, ruce složíme pod čelo

Vložíme míček mezi stehna, s nádechem stlačujeme stehna k sobě, s výdechem uvolníme. Pro větší účinek dále vložíme míček mezi lýtka a opět s nádechem stlačujeme a s výdechem uvolňujeme.

Leh na boku, spodní dolní končetina pokrčená, svrchní dolní končetina přednožená v úhlu 90 stupňů

S nádechem přitáhneme špičku svrchní nohy ve směru k břichu, propneme koleno, vydržíme 3, 5, až 7 vteřin. S výdechem dolní končetinu postupně uvolníme – zvláště v koleni.

Leh na boku, dolní končetiny pokrčené, trup a lýtka se stehny svírají pravý úhel

S nádechem přitáhneme špičky nohou ve směru k břichu, protlačíme paty, potom mírně zvedneme paty ve spoji nad podložku, doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, až 7, vteřin. S výdechem vracíme dolní končetiny na podložku a špičky uvolníme.

Leh na boku, dolní končetiny svírají s trupem úhel 90 stupňů

S nádechem přitáhneme špičky nohou ve směru k břichu, propneme kolena, zapřeme se pevně o dlaň před prsy a jdeme do sedu – s výdechem uvolňujeme plosky, kolena a zbývající svaly, 2–3 krát volně prodechneme. Opět přitáhneme špičky nohou ve směru k břichu, propneme kolena a položíme se na druhý bok. S výdechem uvolňujeme plosky, kolena a zbývající svaly, 2–3 krát volně prodechneme. Opakujeme.

■ Cvik 10



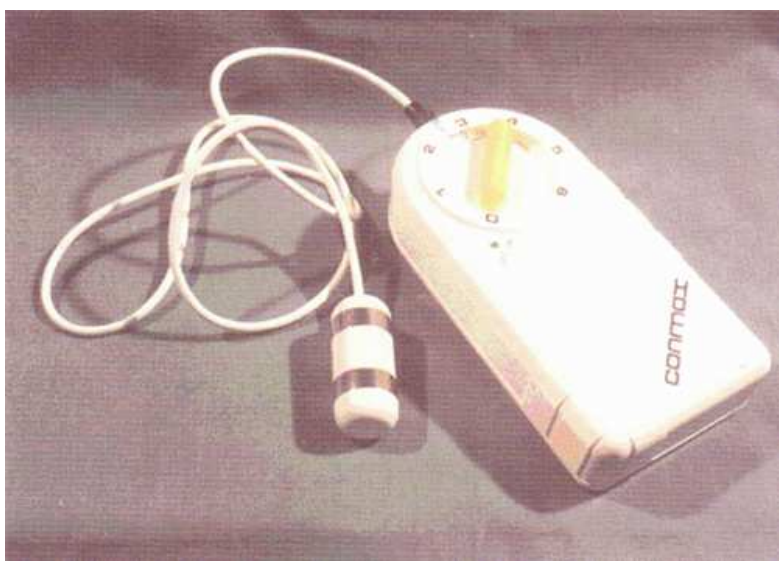
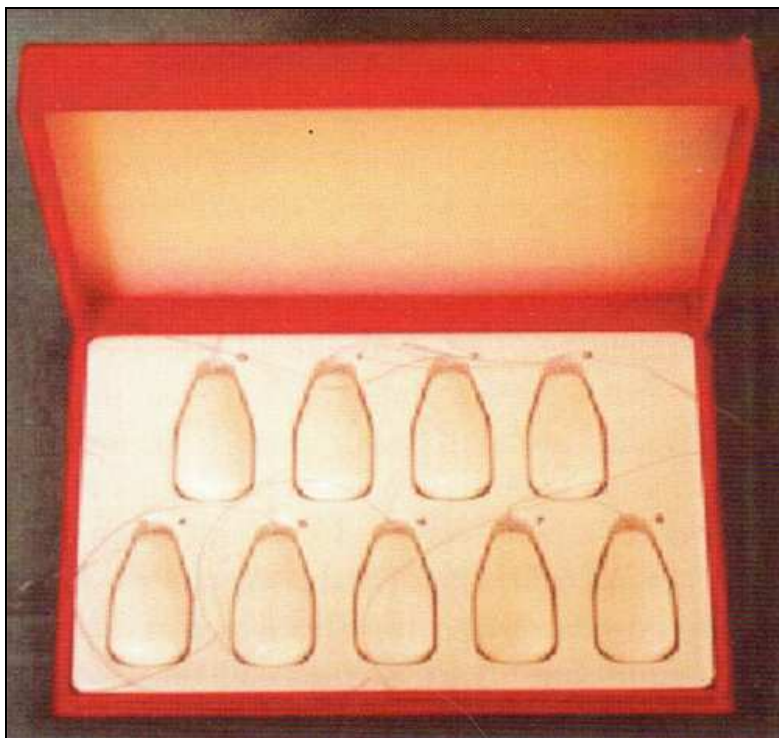
Vzpor klečmo

S výdechem suneme pravé koleno k levému loktu, doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, až 7 vteřin. S nádechem jdeme zpět kolenem do oporu. Cvik opakujeme i opačným kolenem.

Zdroj:

http://www.pelvis-klub.cz/download/letak_gymnastika.pdf

Příloha I - Vaginální kónusy a elektrostimulace



Zdroj:

Rob, L., Martan, A., Citterbart, K. et al., 2008, s. 238