

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTKY SE STRESOVOU
INKONTINENCÍ**

Bakalářská práce

NIKOLA GŮROVÁ

Praha 2010

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTKY SE STRESOVOU INKONTINENCÍ

Bakalářská práce

NIKOLA GŮROVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, R.N.
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

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

GŮROVÁ, Nikola. *Edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, R.N. Praha. 2010. s. 52.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukace pacientky se stresovou inkontinencí. Teoretická část práce charakterizuje jak stresovou inkontinenci, rizikové faktory vzniku, vyšetřovací metody, léčbu, tak i kvalitu života pacientky se stresovou inkontinencí a roli všeobecné sestry v péči o pacientku se stresovou inkontinencí. Praktická část práce se zaměřuje na edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí. Byla vybrána tři edukační témata stresová inkontinence, chirurgická léčba stresové inkontinence a prevence vzniku komplikací stresové inkontinence. V praxi všeobecná sestra zajišťuje ošetrovatelský proces, ale nezbytnou součástí komplexní péče o pacienta je i edukační proces. U pacientky se stresovou inkontinencí je cílem edukačního procesu upevnování vědomostí o stresové inkontinenci, její léčbě a přehledu pomůcek pro inkontinentní.

Klíčová slova: Edukační proces. Inkontinence. Léčba. Pacientka. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

GŮROVÁ. Nikola. *Educational process in patients with stress incontinence*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., qualification level: bachelor. Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, R.N. Praha. 2010. p. 52.

The main theme of Bachelor thesis is to education patients with stress incontinence. The theoretical part of this work are characterized as stress incontinence, risk factors for the development, methods of investigation, treatment and quality of life of patients with stress incontinence and the role of general nurses in the care of a patient with stress incontinence. The practical part of this work focuses on the educational process in patients with stress incontinence. It was selected three educational themes of stress incontinence, surgical treatment of stress incontinence and prevention of complications of stress incontinence. In general practice nurse provides nursing process, but a necessary part of comprehensive patient care is an educational process. For patients with stress incontinence is the aim of the educational process of consolidation of knowledge about stress incontinence, its treatment and the survey tools for incontinent.

Key words: Educational process. Incontinence. Treatment. Patient. General Nurse.

PŘEDMLUVA

Výskyt stresové inkontinence u žen je v naší společnosti vysoký. Ačkoli se touto problematikou zabývá mnoho odborníků, stále se setkáváme se spoustou žen, které se za tento problém stydí a neví jak ho řešit.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na pacientky se stresovou inkontinencí, které nemají dostatečné informace o daném problému. Rozšíření vědomostí formou edukačního procesu u pacientek, je hlavním cílem bakalářské práce. Považujeme za důležité poukázat na význam edukačního procesu v práci všeobecných sester.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a častým výskytem daného problému na klinických pracovištích při absolvování odborné praxe.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Rovněž zde mohou najít zajímavé informace zdravotničtí pracovníci, kteří se zabývají problematikou stresové inkontinence.

Tímto vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, R.N. za podnětné rady a cenné připomínky, které mi poskytla při tvorbě bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Stresová inkontinence	13
1.1 Klasifikace tíže stresové inkontinence podle Ingelmana a Sundberga	13
1.2 Příčiny inkontinence	14
2 Rizikové faktory	15
2.1 Predisponující rizikové faktory	15
2.2 Vyvolávající rizikové faktory	15
2.3 Podporující rizikové faktory	16
2.4 Dekompenzující rizikové faktory	17
3 Vyšetřovací metody	18
3.1 Anamnéza	18
3.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy	19
3.3 Zobrazovací metody	20
3.4 Urodynamické vyšetření	20
4 Léčba stresové inkontinence	22
4.1 Konzervativní léčba	22
4.2 Chirurgická léčba	24
5 Kvalita života žen s močovou inkontinencí	26
5.1 Faktory, zhoršující kvalitu života	26
5.2 Měření kvality života	27
6 Role všeobecné sestry v péči o inkontinentní pacientku	28
7 Edukační proces	30
EMPIRICKÁ ČÁST	32
8 Edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí.....	32
8.1 Dorothea E. Oremová	32
8.2 Zhodnocení pacientky	33
8.3 Stanovení edukačních diagnóz.....	41
8.4 Plánování	42
8.5 Realizace	44
8.6 Hodnocení	47

8.7 Doporučení pro praxi	48
ZÁVĚR	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje.....	33
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí.....	34
Tabulka 3 Léková anamnéza.....	35
Tabulka 4 Mikční deník pacientky.....	36
Tabulka 5 Utrídění informací podle modelu Oremové.....	38
Tabulka 6 Plán edukace.....	42

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominální hysterektomie - odstranění dělohy přes dutinu břišní

Abdominální operace – břišní operace

Anamnéza - předchorobí

Antiinkontinentní efekt – efekt proti pomočování

Cystometrie - měření intravezikálního tlaku v závislosti na jeho náplni, urodynamická metoda

Dekompenzace - stav, kdy dochází k selhání kompenzačních mechanismů udržujících určitou chorobu či chorobnou odchylku v přijatelných mezích

Divertikly - výchlípky

Elektromyografie - záznam elektrické aktivity svalů pomocí elektrod

Elektrostimulaci - stimulace pomocí elektrických výbojů

Endometrium - děložní sliznice

Endopelvická facie - povázka uvnitř pánve

Etiologie - původ

Farmakoterapie - léčba pomocí léků

Hypermobilita - nadměrná pohyblivost

Hyperreflexie detruzoru - nadměrná reflexe svěrače

Hypoestrogenní stav - stav, kdy je v organismu nedostatek estrogenů

Hysterektomie - chirurgické odstranění dělohy

Inervace sfinkterového mechanismu - zásobování svěračového mechanismu nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu

Inkontinence - neschopnost udržet moč nebo stolici

Instabilita detruzoru - nestabilita svěrače

Intraabdominální – nitrobřišní

Intravezikální - uvnitř močového měchýře

Invalidní stav - stav, kdy občan pro nepříznivý zdravotní stav je nechopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání

Invazivní - pronikající, vnikající

Iritace - podráždění

Kolposuspenze - disperze tuhé látky, jejíž částice jsou větší než koloidní v kapalině, v pochvě

Konsenzuálně akceptovaná - souhlasně přijatá

Kontraindikace - jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje provedení určitého léčebného nebo diagnostického výkonu včetně podání určitých léků

Kontrakci detruzoru - stažení svěrače

Ligamentum Cooperi - vaz

Manifestace - projevení dosud skrytého onemocnění

Menarché - první menstruační krvácení v životě ženy

Metrorrhagia - krvácení z ženských pohlavních orgánů mimo menstruační cyklus

Myomy - nezhoubný nádor vzniklý z buněk svalů

Neurologie - lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou a neoperační léčbou chorob nervového systému

Neuromuskulární - týkající se nervů a svalů

Parasympatikus - součást autonomního nervového systému sloužícího k řízení útroh, cév a některých dalších orgánů, má obvykle opačný účinek, než sympatikus.

Parauterální - vedle dělohy

Paravaginální defekt

Patofyziologie - lékařský obor zabývající se studiem funkcí organismu a jednotlivých orgánů v nemoci

Pesar - antikoncepční prostředek a rovněž se užívá k udržení dělohy v patřičné pozici při jejím poklesu

Poradiační cystitida - zánět močového měchýře po ozařování

Postmikční reziduum - moč, která zůstává v močovém měchýři po dokončení močení

Predisponovat - usnadňující vznik určité poruchy (nemoci, úrazu)

Prekancerózy – před rakovinný stav

Prevalenci - počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

Prolaps - výhřez, vyhřeznutí

Promiskuita - pohlavní promiskuita časté střídání sexuálních partnerů

Rektum - konečník

Retropubického prostoru - prostor za sponou stydkou

Sakrální - křížový

Spinální anestezie – druh znecitlivění, kdy je látka podaná do páteřního kanálu

Striktura - zúžení trubicového orgánu

Sympatikus - sympatický nervový systém

Transabdominální přístup - přístup přes dutinu břišní

Tumor - nádor, popřípadě jakékoliv zduření určité části těla, které může být například zánětlivého původu

Uretra - močová trubice

Uretrocystografie - kombinované kontrastní rentgenové vyšetření močové trubice a močového měchýře

Urgentní inkontinence – druh pomočování, kdy příčinou jsou často infekce močových cest

Urodynamika - nauka zabývající se transportem moči zejména z hlediska fyzikálního

Uroflowmetrie - metoda sloužící k vyšetření v průběhu močení a jeho kvantitativnímu hodnocení

Urologie- lékařský chirurgický obor zabývající se nemocemi močového systému a mužských pohlavních orgánů a jejich léčbou, včetně léčby operační

Uretropoetický - týkající se tvorby moči

Uteritis - zánět močové trubice

Uterovezikálního - týkající se močové trubice a močového měchýře

Vezikula - puchýřek

Vezikouretrální - vztahující se současně k močovému měchýři a močovodu

ÚVOD

Stresová inkontinence je stav mimovolního úniku moči při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru, přičemž je možno tento stav objektivně prokázat. Jedná se o samovolný a nechtěný únik moči, ke kterému dojde při zvýšení nitrobřišního tlaku například při kašli, kýchání, smíchu, zdvihání břemen, prudším pohybu, běhu, chůzi do schodů.

Téma stresová inkontinence je stále více aktuální. Podle mnoha studií stresová inkontinence postihuje více ženy a uvádí se, že až polovina všech žen trpí občasnou inkontinencí. Bohužel jen malé množství z nich, navštíví s tímto problémem lékaře. Člověk trpící stresovou inkontinencí je omezen ve svém pracovním, společenském a rodinném životě. Dnes se stresová inkontinence dá úspěšně léčit různými způsoby.

Během absolvování odborné praxe na klinických pracovištích jsem se setkala s mnoha případy žen trpících inkontinencí, které se styděly s tímto problémem svěřit lékaři. Výběr tématu bakalářské práce byl tímto velmi ovlivněn.

Cílem bakalářské práce je v teoretické části seznámit se stresovou inkontinencí, rizikovými faktory, vyšetřovacími metodami, léčbou, kvalitou života pacientky se stresovou inkontinencí, edukačním procesem a také s rolí všeobecné sestry v péči o inkontinentní pacientku.

V praktické části práce je cílem zpracovat ucelený edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí, kdy jsou vybrána tři edukační témata. Stresová inkontinence, chirurgická léčba stresové inkontinence a prevence vzniku komplikací stresové inkontinence. Cílem práce je, aby edukační proces byl pro pacientku efektivní.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence moči je dnes dobře definovaný typ močové inkontinence. Jedná se o samovolný únik moči, který je způsoben náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku, jež je spojen s fyzickými aktivitami, jako je kašláni, kýčání, zvednutí břemene, běhání, ale i chůze apod. Tento tlak se přenáší na močový měchýř a zvýšený intravezikální tlak překoná odpor uretry. Nárůst intravezikálního tlaku není spojen, na rozdíl od urgentní inkontinence, s kontrakcí detruzoru (genuinní stresová inkontinence). Žena je obvykle schopna proud moči zastavit stahem svalů pánevního dna (Galajdová, 2000).

Inkontinence moči u žen není považována za chorobu ve vlastní slova smyslu, nýbrž za symptom, který má různé příčiny. Dle definice ICS (International Continence Society) je inkontinence stavem nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém (Martan, 2005).

Inkontinence se v populaci vyskytuje velmi často. Bohužel mnohem častěji, než si populace a někdy i zdravotníci myslí. Některá studie tvrdí, že až polovina žen trpí občasnou inkontinencí, ale jen velmi malé procento z nich jde s tímto problémem k lékaři (Zikmund, 2001).

1.1 Klasifikace tíže stresové inkontinence podle Ingelmana a Sundberga

Klasifikace do tří stupňů dle závažnosti:

- Unikání moče po kapkách při kýchnutí, kašli, smíchu a zvedání těžkých předmětů, tedy jen při poměrně náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku. Moč odtéká přerušovaně.
- Moč uniká v situacích, kdy je podstatně nižší vzestup intraabdominálního tlaku.

- Např. při běhu, chůzi, chůzi do schodů a při lehčím fyzickém zatížení.
- K úniku moče dochází již při minimálním vzestupu intraabdominálního tlaku. A to dokonce i při hlubším dýchání. Moč odtéká téměř pořád při pomalé chůzi nebo i v klidu ve vzpřímené poloze (Galajdová, 2000).

1.2 Příčiny inkontinence

Doposud jsou známy dvě hlavní patofyziologické abnormality podmiňující přítomnost stresové inkontinence:

Abnormality močového měchýře

- zvýšená aktivita, která způsobí mimovolní kontrakci detruzoru
- hyperreflexie detruzoru, která je většinou vyvolaná neurologickou příčinou jako je Parkinsonova choroba, centrální mozková porucha, mozkový nádor atd.
- instabilita detruzoru, která vzniká bez neurologické příčiny, ale například po velkých operacích pánve, poradiační cystitidě, dlouhodobě zavedeném močovém katetru atd.

Abnormality svěrače

- hypermobilita močové trubice, kdy dochází k abnormálním přenosům tlaků a ke změnám anatomických poměrů
- nedostatečnost svěrače, kdy dochází k nedostatečné funkci uzávěrového mechanismu bez ohledu na polohu.

Možné příčiny vzniku stresové inkontinence mohou být porody, ochablost svaloviny pánevního dna, stárnutí, trauma, operace a jizvení močové trubice, prostata, stavy po ozáření, hypoestrogenní stavy, operace v oblasti pánve (Čermák, Pacík, 2006).

2 Rizikové faktory

Je spousta rizikových faktorů, které zvyšují riziko vzniku stresové inkontinence. Jsou rozděleny do čtyř podskupin na predisponující, vyvolávající, podporující a dekompenzující.

2.1 Predisponující rizikové faktory

Rodinná predispozice – dědičnost a genetické faktory se mohou podílet na vzniku stresové inkontinence. Ženy, u nichž se v rodině inkontinence vyskytuje, mají vyšší riziko pro vznik inkontinence. Je-li inkontinentní matka i babička je u nich riziko ještě vyšší.

Pohlaví – vznik stresové inkontinence je u žen mnohem vyšší. Zvláště v mladší věkové skupině je výskyt u žen vyšší 3-7krát častější, než u mužů.

Rasa – studie byly většinou provedeny u bělošských žen. Nedávné dvě americké studie prokazují vyšší náchylnost bělošských žen k projevům stresové inkontinence.

Anatomické, neurologické abnormality – existuje určitá variabilita anatomie pánevního dna. Vrozené defekty močového či pohlavního ústrojí mohou způsobovat různý stupeň inkontinence. Vrozené neurologické poruchy nebo traumata mozku a míchy mohou být další příčinou vzniku inkontinence (Čermák, Pacík, 2006).

2.2 Vyvolávající rizikové faktory

Těhotenství a porod – mohou způsobit poškození struktur pánevního dna a inervace sfinkterového mechanismu. Porod pomocí nástrojů zvyšuje riziko inkontinence. Nejvýznamnější vliv na vznik inkontinence má průběh prvního těhotenství a porodu.

Nežádoucí účinky pánevní chirurgie a radioterapie – velké operace pánve a výkony jako hysterektomie, chirurgie rekta, stejně jako ozařování malé pánve, způsobují nervová a svalová poškození, která mají souvislost se vznikem inkontinence (Čermák, Pacík, 2006).

2.3 Podporující rizikové faktory

Obezita – je významný podporující faktor stresové inkontinence. Narůstající obezita zvyšuje intraabdominální tlak, způsobuje napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna. U obézních žen je výskyt inkontinence mnohem častější, než u žen s normálním BMI (body mass index).

Zácpa – častá až chronická zácpa s opakovaným namáháním struktur pánevního dna a prolongované úsilí o vyprázdnění může způsobit neuromuskulární postižení se vznikem inkontinence.

Poruchy pánevního dna – prolaps pánevních orgánů velmi úzce souvisí s inkontinencí. Ženy s defektem podpory přední stěny poševní mají často hypermobilitu hrdla močového měchýře se stresovou inkontinencí.

Plicní onemocnění a kouření – je dokázána spojitost výskytu mezi kouřením a inkontinencí. Studie prokazují, že ženy kuřačky trpí 2-3krát častěji inkontinencí než nekuřačky. Přesný důvod není znám, ale je zřejmé, že kuřáci mají vyšší nitrobřišní tlak přenášený na močový měchýř z důvodu chronického kašle.

„Infekce močových cest – studie dokazují, že akutní močová infekce je spojená s projevy stresové inkontinence ve 25 % případů infekcí“ (Čermák, Pacík, 2006, s. 31).

Neurologická onemocnění – inkontinence moči je často spjatá s neurologickými poruchami, jako je Parkinsonova choroba a tak dále.

Menopauza – při přechodu z premenopauzy do stavu menopauzy dochází k atrofickým změnám, což zvyšuje náchylnost k močové inkontinenci.

Medikace – mnoho medikamentů má vedlejší účinky, které mají přímý nebo nepřímý vliv na projevy inkontinence. Jsou to např. alfa-adrenergní agomisté, ACE inhibitory, železo, anacida, kalcium a tak dále (Čermák, Pacík, 2006).

2.4 Dekompenzující rizikové faktory

Dekompenzující faktory samy o sobě nezpůsobují inkontinenci, ale u pacientů s vyvolávajícími, podporujícími a predisponujícími faktory může dekompenzující faktor způsobit vznik inkontinence.

Věk – studie prokazují, že s vyšším věkem stoupá výskyt inkontinence, ale samotný věk není příčinou inkontinence.

Demence, debilita – jsou obecně spojeny s vyšším výskytem inkontinence. Demence způsobuje poruchu schopnosti vědomě kontrolovat kontingenci, debilita zasahuje schopnost vykonávat potřebu ve správný čas (Čermák, Pacík, 2006).

3 Vyšetřovací metody

K určení správné léčby je nejdůležitější zjištění příčiny samovolného úniku moči. K tomu slouží důkladná anamnéza, fyzikální vyšetření, klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody.

3.1 Anamnéza

Pro diagnostiku a léčbu je velmi přínosné získání správných anamnestických údajů. Důležité je nechat pacientku vést tzv. mikční deník, do kterého se zapisuje veškerý příjem tekutin a výdej moče za 24 hodin. Zároveň se zaznamenává četnost mikcí, případně epizody úniku moči. Lékař tak získá objektivní informace o častosti a rozložení mikcí. Inkontinence moči je onemocněním, které většinou nemá jednotnou příčinu, proto správně provedená anamnéza může mnohdy příčinu zjistit, nebo vést další vyšetřování správným směrem (Zikmund, 2001).

Rodinná anamnéza - rodinná zátěž se může projevit v mnoha směrech. V příbuzenstvu bývají časté se vyskytující anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti sakrální míchy. Také diabetes se může zprvu manifestovat jako diabetická neuropatie postihující funkci detruzoru. Častý je rodinný výskyt inkontinence zejména u matky, babičky popřípadě sester.

Osobní anamnéza – v osobní anamnéze získáváme informace o všech onemocněních, které pacientka prodělala. Především o onemocněních, které mohou ovlivnit, nebo způsobit vznik inkontinence. Je třeba vědět o lécích, které pacientka užívá. Mnohé mohou inkontinenci ovlivnit nebo způsobit.

Gynekologická a porodní anamnéza - zde se zajímáme o menarché, menstruační cyklus, menopauzu. Důležité jsou údaje o počtech těhotenství, porodů, potratů a o jejich průběhu. Dále je třeba zjistit abdominální operace zvláště v malé pánvi. Přesný údaj o již prodělaných operacích pro inkontinenci. Důležité je zjistit jestli pacientka netrpí častými akutními záněty močového měchýře, dělohy a zvláště děložního hrdla.

Sociální a pracovní anamnéza - hraje důležitou roli při stanovení diagnózy a zvláště v pooperačním období, při začleňování pacientky do práce. Únik moče způsobený chronickým zánětem děložního hrdla, chronickou uteritis vidáme často u žen s nižších sociálně ekonomických skupin, nebo u žen s výraznou sexuální promiskuitou.

Důležité jsou i další údaje, které se snažíme zjistit při rozhovoru s pacientkou dobře kladenými otázkami (Zikmund, 2001).

3.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Fyzikální vyšetření pozoruje medicínské znaky, které mohou mít souvislost s inkontinencí. Provádí se celkové zevrubné vyšetření. Mezi základní vyšetření patří vyšetření břišní stěny, rektální vyšetření, vyšetření zevního genitálu, vaginální vyšetření a orientační neurologické vyšetření.

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

Q-tip test – umožňuje orientaci o mobilitě uterovezikálního spojení. Do močové trubice se zavede vatová štětka (navlhčená nebo smočená v Mesocain gelu) či pevná močová cévka ucpaná štětkou. Pacientka zatlačí a při volném uretrovezikálním spojení štětka nebo cévka opisují polokruh směrem vzhůru. Exkurze štětky či cévky o více než 30 stupňů se považuje za patologickou.

Pad-weight test – test vážení vložky. Mezinárodní společnost pro kontingenci ve snaze co nejvíce objektivizovat míru inkontinence uvedla k doporučení jednoduchý standardní test trvající jednu či dvě hodiny. Po tuto dobu pacientka provádí předepsané činnosti a unikající moč se zachycuje do vložky.

Laboratorní vyšetření zahrnuje hodnocení mikrobiálního obrazu poševního, dále močového sedimentu a kultivace moči.

Endoskopické vyšetření považujeme za velmi důležité v diagnostice výskytu bezpříznakových tumorů měchýře, změn na hrdle měchýře či nálezu divertiklů (Martan, 2005).

3.3 Zobrazovací metody

Uretrocystografie je RTG zobrazovací metoda, která slouží k zobrazení močového měchýře a močové trubice. Vyšetření se provádí po katetrizaci močového měchýře. Po vyprázdnění močového měchýře je za RTG kontroly aplikována kontrastní látka až do maximálního naplnění měchýře. Po té se pacient osnímkuje v různých projekcích. Na vyšetření navazuje vytažení katétru a osnímkování močové trubice při spontánním močení. Vyšetření slouží k diagnostice patologie močového měchýře (nádory, divertikly, kameny), nebo močové trubice (striktury, poranění), které mohou být příčinou vzniku stresové inkontinence (Urocystografie, 2009).

Ultrazvukové vyšetření je jednodušší a je možné ho častěji opakovat, proto se používá častěji. V současnosti při ultrazvukovém vyšetření sledujeme paravaginální defekt, pozici a mobilitu uretry, hrdla a baze močového měchýře, postmikční reziduum, vezikalizaci proximální uretry, tloušťku detruzoru, pomocí barevného dopplerovského vyšetření. Ultrazvukové vyšetření pomáhá také v určení příčin možného operačního neúspěchu eventuelně komplikací.

Nukleární magnetická resonance je prováděna zejména u pacientek, které již prodělaly několik urogynologických operací. Vyšetření může pomoci k určení pozice a mobility uretry a celého močového měchýře. Nevýhodou tohoto vyšetření je vysoká ekonomická náročnost (Martan, 2005).

3.4 Urodynamické vyšetření

„Urodynamika je definována jako nauka o transportu moči a jeho poruchách“ (Čermák, Pacík, 2006, s. 47). Je založena na uplatnění fyzikálních zákonů hydrodynamiky v hodnocení funkce močových cest. Její velkou výhodou je relativně malá invazivita

a významný přínos v diagnostice poruch funkce močových cest. Mezi základní urodynamické metody řadíme uroflowmetrii, cystometrii, měření uterálního tlakového profilu, popřípadě komplexní urodynamickou studii, která je simultánním měřením intravezikálního a intraabdominálního tlaku, spolu s EMG (elektromyografie) a rychlostí průtoku moči. Každá z výše uvedených metod nám dává jasnější představu o funkčním stavu vezikouretrálního aparátu. Je důležité upřesnit, že veškerá měření struktur a funkcí dolních cest močových jsou prováděna přístroji standardizovanými dle International Continence Society, což jednoznačně usnadňuje objektivizaci daných parametrů (Čermák, Pacík, 2006).

4 Léčba stresové inkontinence

Léčba stresové inkontinence je problematikou velmi složitou, stejně jako její příčiny. Velkou důležitostí pro léčbu hraje správná diagnostika. V současnosti máme k dispozici velké spektrum možností léčebných režimů od redukce tělesné hmotnosti, kontroly příjmu tělesných tekutin, zanechání kouření přes rehabilitační metody, elektrostimulaci, používání různých mechanických prostředků, farmakoterapii až po chirurgické řešení.

4.1 Konzervativní léčba

Změna životosprávy - je velmi důležitá pro správnou léčbu a je to první krok, kterým pacientka může zahájit úspěšnou léčbu. Obezita se všeobecně považuje za rizikový faktor, proto je redukce hmotnosti obézních pacientek požadavkem na počátku léčby. Dalším požadavkem je omezení kouření či jeho úplná abstinence (Zikmund, 2001).

Psychoterapie - psychika ovlivňuje funkci našeho těla více, než si myslíme. Močová inkontinence představuje pro pacientku silnou psychickou zátěž, velmi ji omezuje v mnoha činnostech, společenských i rodinných záležitostech, a většinou nemá ani s kým se o své trápení podělit. Velkou úlevou pro pacientku může být již samotná návštěva lékaře, kde se svěřit se svými potížemi, a kde je obeznámena se svým problémem, který je léčitelný (Galajdová, 2000).

Gymnastika svalů pánevního dna - pravidelné cvičení soustavy cviků posilujících svaly pánevního dna slouží k rehabilitaci svalstva. Důsledkem cvičení se zvyšuje klidový uzavírací tlak v močové trubici a zlepšuje se také koordinace při kontrakcích svalů pánevního dna v průběhu stresových manévrů, jako jsou kašel, smích, kýchání a tak dále. Kegelovy cviky patří mezi úspěšné fyzioterapeutické metody. Efekt léčby je závislý na přesné instruktáži pacientky a zpětné vazbě, která umožňuje sledovat pokroky a potíže v terapii. Cviky se doporučují opakovat 3x denně po dobu 20 minut. (Čermák, Pacík, 2006).

Elektrostimulace - se užívá pro všechny typy inkontinence. Pomocí elektrických impulzů, které jsou aplikovány vaginálními sondami, očekáváme zlepšení svalového tonu. Pro indikaci stresové inkontinence moče se používá frekvence 50 Hz, která stimuluje svalstvo pánevního dna. Nevýhodou bývá iritace poševní sliznice a dočasný efekt stimulace, který odezní s ukončením léčby. Výhodou této metody je neinvazivnost, možnost ambulantního provedení, minimální kontraindikace, opakování terapie a možnost kombinace s ostatními léčebnými metodami (Čermák, Pacík 2006).

Mechanické prostředky - poševní pesary mají za úkol redukovat nebo úplně odstranit příznaky stresové inkontinence. Mají za úkol změnit anatomické poměry nebo zvýšit výtokový odpor močové trubice. Pesary se vyrábějí v odlišných velikostech, tvarech a z různých materiálů. Pesary mohou také posloužit jako dočasná léčba před chirurgickým řešením. Okulzní pomůcky jsou předměty zavedené do močové trubice nebo do pochvy k zabránění nechtěného úniku moči mechanickým uzávěrem močové trubice. Výběr pomůcek je velmi omezený a v naší zemi nejsou registrovány. Z důvodu častého zavádění a možnosti vniknutí opakovaných infekcí a velkého nárůstu jednoduchých operačních páskových metod je jejich užití na ústupu (Čermák, Pacík, 2006).

Farmakoterapie - medikamentózní léčba ovlivňováním činnosti dolních cest močových vychází z důkladné znalosti nervového zásobení močového traktu. Autonomní nervový systém lze rozdělit na sympatikus a parasympatikus. Sympatikus přes tzv. alfa receptory posiluje uzávěr močové trubice a hrdla močového měchýře. V činnosti ho lze podpořit tzv. alfa sympatomimetiky, které napodobují jeho účinek a je vhodným k léčbě stresové inkontinence. Účinky léků působí vždy komplexně a pacientky reagují na léčbu různě. Medikamentózní léčbu je nutno nastavit každé pacientce individuálně, trpělivě vyzkoušet, který lék je v daném případě ten pravý a v jakém nejlepším dávkování. Lékař musí pacientku upozornit na možné nežádoucí účinky jako bolesti hlavy, sucho v ústech, nespavost) a podle míry jejich vyjádření přizpůsobit léčbu (Galajdová, 2000).

4.2 Chirurgická léčba

Stresová inkontinence je podmíněna odchylnými anatomickými poměry v malé pánvi, proto je chirurgické řešení po ověření diagnózy kvalitním vyšetřením a po selhání použití jiných postupů plně na místě. Operace pro stresovou inkontinenci představují speciální oblast plastické chirurgie. Největší nadějí na úspěch má vždy první provedená operace, s dalšími operacemi se úspěšnost snižuje. Proto je nutné, aby tyto výkony byly prováděny jen zkušenými operátory. Doposud bylo navrženo mnoho typů operací, které se zpravidla dělí do třech základních skupin, přední poševní plastika, jehlová suspenze a retropubická závěsná operace (Galajdová, 2000).

Přední poševní plastika - je v různých modifikacích dosud velmi frekventovanou operací, která léčí anatomický pokles gynekologických orgánů. Nezbytným předpokladem úspěchu této velmi časté gynekologické operace ovšem není pouze restituce anatomických poměrů orgánů malé pánve, ale i zajištění plné močové kontinence po provedené rekonstrukční operaci.

V odborné literatuře nacházíme mnoho modifikací přední poševní plastiky, ale přesto nenalzáme takovou, která by byla na základě výsledků konsenzuálně akceptovaná jako nejvhodnější a všeobecně doporučovaná.

Pouze správné předoperační vyšetření a kvalitní technické provedení chirurgického výkonu s nekomplikovaným pooperačním průběhem je zárukou zajištění vysoké kvality života po operaci.

Nejdůležitějším výsledkem operace je vymizení potíží, spokojenost pacientky a zlepšení kvality života. Posouzení kvality života spočívá v hodnocení pocitu psychického, fyzického a sociálního zdraví a mělo by být součástí hodnocení úspěchu každého chirurgického výkonu.

Kolposuspenze podle Burche - úspěšnost operace je velmi vysoká. Výhodou, této operace je možnost současného provedení abdominální hysterektomie v situacích, kdy je přítomná stresová inkontinence a různé děložní patologie (např. děložní myomy,

metrorrhagie, těžké prekancerózy na děložním hrdle a endometriu) indikující odnětí dělohy, přičemž hysterektomie nesnižuje antiinkontinentní efekt závěsné operace.

Operační výkon se provádí v celkové anestezii z transabdominálního přístupu. V retropubickém prostoru se uvolní endopelvicí fascie oboustranně od hrdla močového měchýře, do ní se aplikují nevstřebatelné stehy (obvykle po dvou vlevo i vpravo), které se fixují k ligamentum Cooperi. Jejich pružným utažením se omezí hypermobilita hrdla močového měchýře, které se elevuje do místa působení intraabdominálního tlaku (Čermák, Pacík, 2006).

Operační metoda TVT - tato od předchozích přístupů úplně odlišná léčebná metoda, nazvaná TVT (tension-free vaginal tape), je založena na experimentálním výzkumu uzavíracího mechanismu ženské močové trubice. Tato operace nekoriguje patologickou hypermobilitu uretry a neelevuje hrdlo močového měchýře, ale pooperační kontinenci zajišťuje mimo jiné i pomocí kolénkového zalomení na uretře v místě implantované pásky, které nastává při stresovém manévru. Operace se řadí mezi minimálně invazivní chirurgické výkony a je prováděna ambulantně nebo v rámci krátkodobé hospitalizace. Úspěšnost operace pomocí volně uložené pásky pod uretrou je v krátkodobém sledování srovnatelná s efektivitou Burchovy kolposuspenze.

Výhodou TVT operace je možnost současného provedení potřebných gynekologických vaginálních operací a možnost provedení výkonu v lokální či spinální anestezii. Ve velké části světa je TVT operace již dnes nejpoužívanější metodou léčby ženské stresové močové inkontinence (Čermák, Pacík, 2006).

Operační metoda TOT – v roce 2003 byla prezentována nová pásková operace – TOT (transobturator tape), která znamenala významný evoluční krok ve zdokonalení páskových operací. V zájmu zvýšení bezpečnosti operace byla navržena transobturatorní aplikace pásky, která nahrazuje „rizikový“ přístup cestou retropubického prostoru u TVT. TOT operace se jeví stejně úspěšná a procento pooperačních komplikací je nižší. Dochází k úspěšnému rozšíření této operace (Chmel, 2009).

5 Kvalita života žen s močovou inkontinencí

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav. Nezávisle na věku je močovou inkontinencí ovlivněno mnoho žen ve všech oblastech svého života. V oblasti fyzické, sociální, sexuální, psychické a to doma i v zaměstnání. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu a dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Také starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou částečně narušeny. Nemocné ženy organizují svůj život podle rozmístění toalet a předcházení nepříjemným situacím.

Přestože je inkontinence moči značně velikým zdrojem nemocnosti, více jak polovina inkontinentních žen nikdy nevyhledá pomoc nebo tak učiní až po mnoha letech strádání. Z části k tomu přispívá i to, že mnoho žen, které se odhodlají vyhledat odbornou pomoc je odbýváno. Mnohdy dochází pouze k letnému poučení o posilování svalů dna pánevního, bez bližšího vyšetření pacientky a bez následných kontrol. Výzkum se donedávna soustředil na prevalenci, etiologii, diagnostiku a léčbu inkontinence moči a málo se hovořilo o vlivu inkontinence na kvalitu života a psychosociální funkce postižených žen. V posledních letech se zvýšil zájem o začlenění měření kvality života do hodnocení medicínské péče. Proto vzrostl zájem zdravotníků na zjišťování pacientova pohledu na vážnost nemoci a jeho hodnocení zdravotní péče (Horčíčka, 2009).

5.1 Faktory, zhoršující kvalitu života

Močová inkontinence v mnoha aspektech zhoršuje kvalitu života postižených, a je prakticky nemožné na podkladě symptomů a urodynamické diagnózy stanovit míru tohoto ovlivnění. Každá žena vnímá situaci pomočování odlišně, dokonce i jako bezproblémovou.

Je proto možné, že močová inkontinence ovlivňuje mladé ženy odlišně než staré. Inkontinenci jako častou příčinu sexuální dysfunkce a omezení fyzické aktivity také hůře vnímají ženy mladší. Bohužel, řada předpokladů o vlivu inkontinence na staré lidi je odvozena od nedostatečného výzkumu (Horčíčka, 2009).

Stupeň ekonomického rozvoje země, dostupnost zdravotnických služeb a jejich úhrada jsou dalšími faktory. Rozvojové země se problematikou inkontinence téměř vůbec nezabývají, protože finanční zdroje jsou zde vynakládány na akutní a život ohrožující onemocnění. Zcela jiný pohled na inkontinenci nacházíme ve vyspělých zemích. Zájem o inkontinenci je zde způsoben narůstáním počtu postižených, relativním dostatkem prostředků vynakládaných na zdravotní péči a důrazem na kvalitu života. Medicína se orientuje stále více na chronická onemocnění, která sice nezkracují život, ale zhoršují jeho kvalitu.

5.2 Měření kvality života

Kvalita života je obvykle měřena pomocí dotazníků, které pacient vyplňuje buď sám, nebo jako součást strukturované konzultace. Přestože se nyní můžeme setkat se spoustou různých dotazníků, všechny jsou sestaveny podle stejného základního schématu. Dotazníky obsahují různý počet oblastí zájmu, obvykle 1-7, které třídí informace o částečných aspektech zdraví a kvality života.

Obvykle jsou ve středu zájmu následující oblasti:

- fyzické funkce: pohyblivost, péče o sebe, cvičení
- emoční funkce: deprese, strach, obavy
- sociální oblast: kontakty, zájmová činnost, intimní oblast
- práce: zařazení v pracovním procesu, starost o domácnost, nákupy
- bolest, spánek
- specifické otázky vztažené ke zkoumanému symptomu

Ze všech závěrů pochopitelně vyplývá, že největší zlepšení v léčbě může přinést zaměření se na inkontinentní ženy se špatnou kvalitou života a izolování problematických míst v organizaci péče o kontinenci (Horčíčka, 2009).

6 Role všeobecné sestry v péči o inkontinentní pacientku

„Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odstavce 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“ (Česko, 2004, s. 8098).

V oblasti léčby stresové inkontinence se můžeme setkat s řadou různých situací. První může nastat, je-li lékařem zvolena metoda léčby konzervativní pomocí posilování svalů dna pánevního. Nestačí pacientku pouze odkázat na informativní brožuru. Chceme-li důkladně poučit pacientku o správném a efektivním cvičení, je důležité, abychom s ní všechny cviky postupně prošli a prakticky je s pacientkou vyzkoušeli. Pro správnou efektivitu je nezbytné, aby pacientka ovládala správnou techniku jednotlivých cviků, které je nutno cvičit alespoň 3 měsíce. Bude jistě výhodou, má-li ambulantní sestra povědomost o nejbližším fyzioterapeutickém pracovišti, které se zabývá cvičením svalů pánevního dna.

Druhá situace může nastat, je-li pacientka indikována k operačnímu řešení stresové inkontinence. Všeobecná sestra by měla mít informace o jednotlivých typech operací, aby pacientce mohli být adekvátně zodpovězeny některé laické dotazy. Obvykle se týkají možné zátěže, sexuálního života, pracovního zařazení atd. Je rozumné s pacientkou promluvit o tom co jí zajímá.

Léčba stresové inkontinence pomocí vaginálního kroužku (pesaru) je třetí situací, která při léčbě pacientky může nastat. Pesary jsou zaváděny odborníkem gynekologem či urogynekologem, nejčastěji ve chvíli, kdy nelze pacientku operovat. Pro ošetřování pacientek s pesarem platí několik zásadních pokynů. Nejdůležitější je pravidelnost kontrol ošetřujícím specialistou, asi v tříměsíčních intervalech. Pokud si pacientka s pesarem manipuluje sama, není důležitá speciální dezinfekce, pouze důkladné omývání rukou mýdlovou vodou. V případech jakéhokoli krvácení je nutná kontrola specialistou.

Nejproblematičtější situace nastává ve chvíli, kdy pacientka nemůže být operována, všechny metody konzervativní léčby selhali anebo selhala sama operace. Zlepšit kvalitu

života a těžkou psychosociální situaci může v takové situaci zlepšit pouze velmi citlivý přístup ošetřujícího personálu a používání absorpčních pomůcek. Na našem trhu je velké množství těchto pomůcek, vyráběných různými firmami. Je nutné vědět, že ne každé kalhotky a vložky mohou vyhovovat. Každá vložka má technické vlastnosti, které jsou definovány zejména množstvím pojaté tekutiny. Je na pacientce, aby pomůcky vyzkoušela a používala ty, které jsou pro ni nejvhodnější.

Inkontinence moči zásadně ovlivňuje život pacientky, je zejména na zdravotnickém personálu, zda bude její problém zavčas odhalen a léčen. Všeobecná sestra v první linii je mnohdy jediným člověkem, kterému se postižená svěří. Měla by tedy potenciál svých znalostí využít a zmírnit utrpení pacientky (Horčíčka, 2009).

7 Edukační proces

Edukační proces probíhá v pěti po sobě jdoucích fázích. První fáze edukačního procesu je posouzení, pak následuje stanovení edukační diagnózy, příprava edukačního plánu, realizace edukačního plánu, vyhodnocení edukace a efektivnost.

Cílem edukace je rozvinout poznatky, schopnosti, hodnotové, postojové, citové a behaviorální kvality člověka potřebné pro způsobilost v procesu jeho seberealizace. Důležité je vědět, že pacient má vždy právo na edukaci a to nejen sebe, ale i jeho blízkých. Předpokladem úspěšné edukace je to, že sestra musí být schopná posoudit u edukanta deficity jeho vědomostí, zručností a postojů a vypracovat edukační plán (Staňková, 2009).

Zhodnocení pacienta - v této fázi je nutné správně sbírat, třídit a analyzovat údaje o pacientovi. K správnému vytvoření edukačního plánu musíme určit oblasti edukačních témat a zjistit, kde je u pacienta nutno získat, doplnit, aktualizovat nebo redukovat jeho vědomosti. Je nutné pacienta k učení motivovat a zjistit jaký mu nejvíce vyhovuje styl učení. Zároveň zjišťujeme pacientovi názory na zdraví, jeho dosavadní chování, ochotu učit se a společensko-ekonomické faktory, které mohou mít vliv na edukaci (Staňková, 2009).

Stanovení edukačních diagnóz – s deficitem vědomostí se vyskytuje mnoho edukačních diagnóz. Diagnostika se vztahuje na potřebu se něco naučit, nabýt nové vědomosti, schopnosti a postoje v dané problematice. Nejčastěji jde o nedostatek vědomostí a sestra by měla určit, které vědomosti pacientovi chybí. Cílem diagnostiky edukace pacienta je určení jeho potřeb (Závodná, 2002).

Příprava edukačního plánu - do této části edukačního procesu patří stanovení priorit edukace, edukačních cílů a výsledných kritérií.

Edukační cíle dělíme na:

Kognitivní: Zahrnují intelektové schopnosti jako je myšlení, porozumění, poznání.

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

Psychomotorické: Zahrnují motorickou zručnost, co a jak má jedinec správně vykonat pro zmírnění či odstranění problému.

Výsledná kritéria vymezují očekávané výsledky ve vědomostech, postojích či chování pacienta (Staňková, 2009).

Realizace edukačního plánu - v této fázi jde o naplnění edukačního plánu. Sestra musí počítat i s jeho předběžným hodnocením popřípadě s jeho přehodnocením. V rámci realizace sestra využívá různé metody, prostředky a formy edukace. Při tom musí brát ohled na následující faktory, které mohou mít vliv na edukaci pacienta.

Faktory ovlivňující edukaci: denní doba, tempo a zájem pacienta, prostředí, učební pomůcky, opakování edukace, odborné výrazy, způsob komunikace, a tak dále (Závodná, 2002).

Vyhodnocení edukačního plánu - hodnocení je závěrečný proces, ve kterém sestra a pacient popřípadě jeho blízcí zhodnotí, co se pacient naučil a celkovou efektivnost edukace. Vyhodnocují se krátkodobé a dlouhodobé cíle. Splnění je kritériem hodnocení. Pokud se nepodaří dosáhnout cíle, zjišťují se důvody. Kontrola naučeného je velmi těžká a náročná úloha, ale k udržení zpětné vazby nevyhnutelná. Výběr metody hodnocení závisí na typu učení (Závodná, 2002).

EMPIRICKÁ ČÁST

8 Edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí

Pro utřídění informací o pacientce byla zvolena ošetrovatelská dokumentace, která slouží jako školní didaktická pomůcka. Informace byly utříděny dle D. Oremové z důvodu častého užívání ošetrovatelského procesu dle D. Oremové při absolvování odborné praxe. D. Oremová se zabývá vztahem mezi sebe péčí a deficitem sebe péče, proto je tento model považován za vhodnou volbu. U pacientky byl vykonán edukační proces, ošetrovatelský proces realizovali pověřeni zdravotničtí pracovníci.

8.1 Dorothea E. Oremová

Dorothea E. Oremová získala ošetrovatelské vzdělání ve Washingtonu, DC, na Province Hospital School of Nursing. V roce 1939 dosáhla hodnosti bakaláře na Catholic University v USA a v roce 1945 magisterské vzdělání na téže universitě. V roce 1976 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu. Během své profesionální kariéry pracovala jako všeobecná sestra na oddělení v nemocnici, jako privátní všeobecná sestra, lektorka a ředitelka ošetrovatelské školy. Své bohaté zkušenosti využila jako konzultantka ošetrovatelství. Vydala několik knižních publikací (Archaloustová, 2005).

Oremová vychází ze základního předpokladu, že každý člověk během života se učí pečovat sám o sebe a uplatňovat tyto dovednosti a způsoby jednání v běžném životě. V případě potřeby (úraz, chronické onemocnění), se jedinec musí naučit novým způsobům sebe péče (Archaloustová, 2005).

Klasifikace jednotlivých modelů není v odborné literatuře jednotná. Model Oremové se obvykle zařazuje mezi vývojové modely a humanistické modely. Model je tvořen třemi teoriemi, které se navzájem ovlivňují – teorie sebe péče, teorie deficitu sebe péče a teorie ošetrovatelských systémů. V teorii sebe péče identifikuje požadavky univerzální, vývojové a požadavky související s odchylkou od zdraví.

Teorie deficitu sebe péče je jádrem její práce, specifikuje, kdy je potřebná ošetrovatelská péče. V případě, kdy jsou terapeutické požadavky sebe péče vyšší, než je pacient schopen vykonávat, existuje deficit sebe péče. Poskytování ošetrovatelské péče je v takovém případě nutné (Žiaková, 2007).

Oremová rozeznává tři ošetrovatelské systémy – celkově kompenzující, částečně kompenzující a podpůrně - výchovný. V celkově kompenzujícím systému vykonává všeobecná sestra ošetrovatelskou péči za pacienta, protože není schopen zvládnout deficit sebe péče samostatně. V částečně kompenzujícím systému pacient vykonává činnosti sebe péče spolu s všeobecnou sestrou, protože je schopen zvládnout deficit sebe péče s pomocí. V podpůrně – výchovném systému pacient vykonává sebe péči samostatně, ale potřebuje s pomocí všeobecné sestry získat některé vědomosti, rozvinout schopnosti a nabýt zručnosti (Žiaková, 2007).

8.2 Zhodnocení pacientky

Tabulka 1 – Identifikační údaje

Jméno a příjmení: B. K.	Pohlaví: žena
Datum narození: 20. 3. 1946	Věk: 63 let
Adresa bydliště a telefon: -----	
Adresa příbuzných: -----	
RČ: -----	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: starobní důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 20. 11. 2009	Typ přijetí: akutní
Oddělení: interna 3	Ošetřující lékař: MUDr. P. V.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Byla jsem přijata do nemocnice z důvodu častého a bolestivého močení.“

Medicínská diagnóza hlavní: akutní cystitis

Medicínské diagnózy vedlejší: diabetes mellitus II., stresová inkontinence

Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí

TK: 130/75 mm/Hg	Výška: 168cm
P: 69/min.	Hmotnost: 85kg
D: 17/min.	BMI: 30, 1
TT: 36,9°C	Pohyblivost: pohyblivá, chodící bez pomoci
Stav vědomí: pacientka orientovaná	Krevní skupina: A

Nynější onemocnění: akutní cystitis, diabetes mellitus, stresová inkontinence

Informační zdroje: dokumentace, pacientka, rodina (dcera)

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela při autonehodě

Otec: zemřel při autonehodě

Sourozenci: nemá

Děti: dcera

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: pacientka si nevzpomíná na žádné onemocnění.

Pouze na běžné choroby jako jsou chřipka, angína...

Hospitalizace a operace: dříve byla hospitalizována z důvodu porodu a diabetu mellitu

Úrazy: žádné vážnější úrazy neprodělala

Transfúze: ne

Očkování: dle očkovacího kalendáře

Léková anamnéza:

Tabulka 3 - Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ofloxin 200	potahované tablety	200mg	1-0-1	Chemoterap eutikum

Alergologická anamnéza:

Léky: pacientka neudává žádné alergie

Potraviny: pacientka neudává žádné alergie

Chemické látky: pacientka neudává žádné alergie

Jiné: pacientka neudává žádné alergie

Abúzy :

Alkohol: pije pouze příležitostně

Kouření: nekouří

Káva: denně vypije jednu kávu

Léky: pacientka neudává

Jiné drogy: pacientka neudává

Gynekologická anamnéza:

Menarché: kolem 14 roku

Cyklus: dříve pravidelný

Trvání: 22/6 dní

Intenzita , bolesti: pacientka neměla bolesti, intenzita krvácení střední

Porod: 1 (těžký porod)

Antikoncepce: neužívala

Menopauza: kolem 50 roku

Potíže klimakteria: časté návaly horka

Samovyšetřování prsou: neprováděla

Poslední gynekologická prohlídka: březen, 2009

Tabulka 4 – Mikční deník pacientky

Datum: Časové rozmezí	Množství a druh tekutiny	Každé močení, ke kterému došlo	Pocit silného, nepřekonatelného nucení na močení	Únik moči	Činnost při které došlo k úniku moči
06-09 h	Čaj 250 ml	X X	X	X	Vstávání
09-12 h	Voda 200 ml	X	X	X	Kašel
12-15 h	Voda 500 ml	X X	X	X	Kašel
15-18 h	Káva 200 ml		X	X	Chůze do schodů
18-21 h	Čaj 250 ml	X			
21-24 h	Voda 50 ml	X	X		
00-06 h					
Celkem	1450 ml	7 x močení	5x nepřekonatelné nucení	4x únik moči	
2. den					
06-09 h	Čaj 250 ml	X	X	X	Vstávání
09-12 h	Voda 300 ml	X	X	X	Vstávání
12-15 h	Káva 200 ml	XX			
15-18 h	Voda 300ml	X	X	X	Chůze
18-21 h	Čaj 250 ml				
21-24 h		X	X	X	Kašel
00-06h					
Celkem	1300 ml	6x močení	4x nepřekonatelné nucení	4x únik moči	

Sociální anamnéza :

Stav: vdova

Bytové podmínky: bytové podmínky vyhovující, žije sama v bytě, schopna sebeobsluhy, pacientka je se svým bydlením spokojena, není nutný kontakt se sociální sestrou

Vztahy, role, a interakce v rodině: matka, babička, tchýně

mimo rodiny: přítelkyně

Záliby: čtení, luštění křížovek, háčkování

Volnočasové aktivity: procházky, houbaření, háčkování...

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučena

Pracovní zařazení: prodavačka

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: starobní důchodkyně

Vztahy na pracovišti: dříve byly dobré, nyní pacientka ve starobním důchodu

Ekonomické podmínky: pacientce vyhovující

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: pacientka neudává žádnou víru

Tabulka 5 – Utřídění informací podle modelu Oremové

Terapeutické požadavky: A. Univerzální požadavky	Aktuální a potenciální deficit sebe péče a jeho příčina	Ošetrovatelský systém
1. Udržování dostatečného příjmu potravy	Aktuální deficit: obezita BMI – 30,1 Dietní omezení se snaží dodržovat Dieta: č. 9, diabetická	Podpůrně - výchovní systém
Udržování dostatečného příjmu tekutin	Denní příjem tekutin: cca 1500ml DM II. typu na dietě, glykémie 5,8 mmol - 1	
Udržování dostatečného přísunu vzduchu	Dechy – 17', pravidelné Saturace v normě	
2. Zabezpečení péče a uspokojující funkce související s eliminačními procesy a exkrety (moči a stolice, potu)	Aktuální deficit: Stresová inkontinence v anamnéze Močení přibližně 7x denně, 0-1x v noci K úniku dochází přibližně 4x denně Prevence vzniku komplikací (dehydratace, opruzeniny, infekce)	Podpůrně - výchovní systém
3. Udržování rovnováhy mezi činností a odpočinkem	Aktuální deficit: Omezení pohybu z důvodu hospitalizace Změna prostředí	
4. Udržování rovnováhy mezi samotou a společenskou interakcí	Časté kontakty s dětmi a vnoučaty. Udržuje kontakt se svou přítelkyní	
5. Udržování rovnováhy mezi bezpečím, jistotou a nebezpečím. Prevence faktorů ohrožujících lidský život, jeho funkci a pohodu	Aktuální deficit: přidružená onemocnění Akutní cystitis DM II. Stresová inkontinence	Podpůrně - výchovní systém
6. Podpora fyziologicky	Aktuální deficit: dyskomfort	

optimálního stavu bytí, existence. Tendence přizpůsobení se normě		
B. Vývojové požadavky		
Požadavky spojené s růstem a vývojem organismu	Žena, 63 let, vdova hmotnost 85kg, soběstačná, na čtení používá brýle, hospitalizovaná pro akutní cystitis	
Požadavky týkající se přechodu z jedné životní fáze do druhé	Pacientka je vyrovnaná Je celkem spokojena se svým životem Sama projevuje zájem o informace týkající se stresové inkontinence, která ji způsobuje dyskomfort.	Podpůrně - výchovní systém
Krizové životní situace	Smrt manžela	
Požadavky související se zdravotním postižením	Aktuální deficit: DM II. typu na dietě, navštěvuje pravidelně diabetologickou poradnu	
Vyhledávání a zabezpečení vhodné zdravotnické pomoci	Aktuální deficit: nyní hospitalizována na interním oddělení pro akutní cystitis Kompenzace DM – diabetologická poradna Gynekologické preventivní prohlídky Zubní preventivní prohlídky	
Uvědomění si nemoci a jejich následků	Aktuální deficit: Nedostatek informací o stresové inkontinenci, způsobech léčby	Podpůrně - výchovní systém
Efektivní vykonávání lékařských doporučení	Aktuální deficit: Ve vztahu k inkontinenci. Únik moči přibližně 4x denně při zvýšení nitrobřišního tlaku	Podpůrně - výchovní systém
Uvědomění si dyskomfortu a následků terapie	Aktuální deficit: Uvědomuje si dyskomfort z důvodu inkontinence.	Podpůrně - výchovní systém
Akceptace onemocnění a zdravotnické péče		

Přijetí důsledků patologických stavů a jejich edukace, schopnost s nimi žít	Aktuální deficit: nechce se s inkontinencí smířit, proto hledá nové informace o způsobech léčby	Podpůrně – výchovní Systém
---	--	----------------------------------

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: laboratorní vyšetření krve a moči

Výsledky: -----

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 9, diabetická **Pohybový režim:** volný

RHB: není ordinována, sama pacientka cvičí Kegelovy cviky

Výživa: nadměrná – obezita,

BMI 30,1

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** Ofloxin tbl., 200mg 1-0-1 v 06:00 a v 18:00
- **Intra venózní:** -----
- **Per rectum:** -----
- **Jiná:** -----

Chirurgická léčba: není indikována, ale pacientka uvažuje o chirurgické léčbě stresové inkontinence. V rámci edukačního procesu budou pacientce poskytnuty informace o způsobech chirurgické léčby stresové inkontinence. Po zvážení informací se pacientka rozhodne, zda podstoupí či nepodstoupí lékařem navrhnutý chirurgický zákrok.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka byla přijata na interní oddělení pro akutní cystitis. Žije sama v bytě v Praze. Má dceru a dvě vnoučata, se kterými se pravidelně stýká. Pravidelné kontakty udržuje i se svou přítelkyní. Je soběstačná a aktivní. Prožila těžký porod, ale žádné problémy s inkontinencí po porodu neměla. Pacientka udává, že komplikace s inkontinencí nastaly asi před dvěma lety. Navštívila gynekologa a byla jí nabídnuta operace, kterou pacientka ze strachu odmítla. Po té dostala informační brožuru a byla poučena o cvicích na posílení pánevního dna. Cviky se snaží cvičit. Užívá pomůcky pro inkontinenci, které jsou finančně náročné. Uvědomuje si, jak jí inkontinence zasahuje do života. Snaží se získat nové informace. Je ochotna spolupracovat. Na nabídku realizace edukačního procesu reagovala velmi radostně. V nemocnici je spokojena. Váží si odborné péče a má radost, že o ni se zájmem postaráno, důvěřuje zdravotnickému personálu.

8.3 Stanovení edukačních diagnóz

Neznalost v oblasti stresové inkontinence z důvodu nedostatku informací o daném problému, projevující se žádostí o další informace.

Strach z chirurgického řešení stresové inkontinence z důvodu zkreslených a nedostatečných informací, projevující se odmítáním operace.

Výživa porušená, nadměrná z důvodu vysokého příjmu živin a nedostatečného pohybu, projevující se vyšším indexem tělesné hmotnosti než 30.

(Pacientka odmítla edukaci na téma redukce tělesné hmotnosti)

Neznalost v oblasti prevence vzniku komplikací stresové inkontinence z důvodu nedostatku informací o daném problému, projevující se žádostí o rady.

8.4 Plánování

Při tvorbě edukačního plánu se pacientka aktivně zapojovala. S výběrem témat edukace pacientka souhlasí, pouze edukaci na téma redukce tělesné hmotnosti odmítá. Témata edukace byly vybrány dle pacientčinych potřeb. S pacientkou jsou domluvena tři sezení a na každém sezení bude probráno jiné téma. Pacientka udává, že je schopna soustředit se 45 minut a nejlépe dopoledne. Z tohoto důvodu nebudou jednotlivá sezení 45 minut překračovat, aby dokázala efektivně podané informace vstřebat. Pacientka se na edukaci těší, ale přeje si pouze individuální formu edukace z důvodu studu. Edukace proběhne dle stanoveného plánu. S plánem edukace jsou seznámeni ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří se podílí na péči o pacientku.

Tabulka – 6 Plán edukace

Téma edukace	Rozsah přednášky	Prostředí	Forma edukace	Použité metody
Redukce tělesné hmotnosti.	Toto téma edukace pacientka odmítla.			Pacientce byl poskytnut telefonický kontakt do obezitologické poradny.
Stresová inkontinence	20 minut	Pokoj pacientky.	Individuální	Výklad, rozhovor.
Chirurgická léčba stresové inkontinence	30 minut	Denní místnost pro pacienty	Individuální	Prezentace v PowerPointu, rozhovor.
Prevence vzniku komplikací stresové inkontinence	45 minut	Pokoj pacientky.	Individuální	Výklad, rozhovor.

CÍLE:

Kognitivní: Pacientka si zvýší úroveň vědomostí o stresové inkontinenci, chirurgické léčbě a prevenci vzniku komplikací stresové inkontinence. Do 10 dnů.

Afektivní: Pacientka aktivně přijímá nové informace a uvědomuje si význam chirurgické léčby a prevence vzniku komplikací. Do 10 dnů.

Behaviorální: Pacientka ví co je to stresová inkontinence, umí vyprávět o možnostech chirurgické léčby stresové inkontinence a o prevenci komplikací stresové inkontinence. Do 10 dnů.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA

Pacientka má kontakt do obezitologické poradny. Do 10 dnů.

Pacientka zná informace o stresové inkontinenci. Do 10 dnů.

Pacientka umí vyprávět o možnostech chirurgické léčby. Do 10 dnů.

Pacientka ví, jak správně dodržovat hygienu jako prevenci vzniku opruzenin a infekcí. Do 10 dnů.

Pacientka používá pomůcky pro inkontinentní pacienty. Do 10 dnů.

Pacientka si uvědomuje důležitost dodržování pitného režimu. Do 10 dnů.

8.5 Realizace

Edukační téma: Stresová inkontinence

Prvním tématem edukace byla stresová inkontinence. Edukace probíhala na nadstandardním pokoji pacientky, trvala okolo dvaceti minut dle plánu. Forma edukace byla individuální. Pacientka byla připravená a na edukaci se těšila. Pouze měla strach, aby výkladu dokázala porozumět. Před zahájením edukace se pacientka pohodlně usadila do křesla.

Fáze edukační jednotky:

Motivační: Pacientka byla motivována, že čím více informací o stresové inkontinenci bude vědět, tím lépe bude předcházet nepříjemným situacím. Je dobré mít co největší přehled o onemocnění, které nás postihlo. Získané informace bude moci poskytnout ostatním ženám v okolí, které trpí inkontinencí, případně své dceři.

Diagnostická: Pacientka zná pouze základní informace, které ji byli poskytnuty v gynekologické ambulanci a v lékárně při pořizování pomůcek pro inkontinentní. Dříve informace nevyhledávala z důvodu studu. Mluvit o svém problému s ostatními bylo pro pacientku velmi těžké.

Expoziční: Edukace probíhala formou individuální. Byl zvolen výklad a rozhovor. Cílem výkladu bylo, aby pacientka byla seznámena se stresovou inkontinencí, příčinami a rizikovými faktory stresové inkontinence. Nebyly používány odborné výrazy, aby pacientka porozuměla všem poskytnutým informacím. Během výkladu probíhal i rozhovor, kdy se pacientka dotazovala na informace, které ji zajímali. Pacientka se aktivně zapojovala do rozhovoru.

Fixační: Před koncem sezení byly pacientce položeny otázky, na které měla správně odpovědět. Bylo položeno šest otázek a z toho čtyři byly zodpovězeny správně.

Evalvační: Pacientka byla ráda za poskytnuté informace. Moc se jí sezení líbilo a byla ráda, že se jí někdo věnoval. Výkladu porozuměla. Je velmi spokojena s péčí zdravotnického personálu.

Edukační téma: Chirurgická léčba stresové inkontinence

Druhým tématem edukace byla chirurgická léčba stresové inkontinence. Druhé sezení s pacientkou proběhlo následující den. Opět v dopolední hodinu, což po předchozí zkušenosti pacientce opravdu vyhovovalo. Pacientka byla odpočatá a cítila se plná energie. Sezení trvalo trochu déle, než bylo naplánováno z důvodu častých dotazů pacientky k tématu. Forma edukace byla individuální. Pro toto sezení byla zvolena denní místnost pro pacienty, kde je více místa.

Fáze edukační jednotky:

Motivační: Pacientka byla motivována, tím že se dozví mnoho nezkrasovaných informací o chirurgické léčbě stresové inkontinence, která jí byla lékařem doporučena. Na základě těchto informací se rozhodne, zda podstoupí chirurgický zákrok.

Diagnostická: O chirurgické léčbě stresové inkontinence pacientka nevěděla nic. Nebyly jí poskytnuty ještě žádné informace.

Expoziční: Forma edukace byla individuální. Pro edukaci byla zvolena PowerPointová prezentace, kdy pacientce byly demonstrovány obrázky a rozhovor, kde měla pacientka prostor pro své dotazy. Cílem edukace bylo seznámit pacientku s chirurgickým výkonem. Pro edukaci byla zvolena denní místnost pro pacienty, kde je více místa, které bylo potřeba vzhledem k prezentaci. Sezení trvalo asi o 15 minut déle, než bylo plánováno vzhledem k častým dotazům pacientky.

Fixační: Pacientka si zapamatovala mnoho informací z edukace. O operaci vyprávěla své dceři, která ji přišla navštívit.

Evalvační: Toto téma edukace bylo pro pacientku zábavnější. Pacientka edukaci porozuměla, přesto má z operace strach. Pacientka si vše pečlivě promyslí, zhodnotí klady a zápory operace a na základě toho se rozhodne.

Edukační téma: Prevence vzniku komplikací stresové inkontinence

Třetím tématem edukace byla prevence vzniku komplikací stresové inkontinence. Sezení proběhlo dva dny po druhé edukaci. Zvolen byl pro větší pohodlí a útulnost opět nadstandardní pokoj pacientky. Byly použity metody výklad a rozhovor. Pacientka se cítila mnohem uvolněněji, protože už věděla, jak edukace probíhá. Přiznala, že z počátku měla strach, aby jí během edukace nebylo něco nuceno. Teď ví, že je to pouze pro její informovanost a ne nějaký reklamní tah.

Fáze edukační jednotky:

Motivační: Pacientce bylo vysvětleno, že tato edukace je jako prevence komplikací stresové inkontinence jako jsou infekce, opruzeniny, dehydratace... A čím více bude mít informací, tím lépe bude komplikacím předcházet.

Diagnostická: Pacientka některé informace již znala, ale mnoho informací slyšela poprvé.

Expoziční: Tato edukace byla naplánována jako výklad a rozhovor. Probíhala spíše formou rozhovoru, pacientka se aktivně zapojovala. Bylo vidět, že podávané informace pacientku opravdu zajímají a budou pro ni přínosné. Tato edukace byla také delší, než bylo naplánováno, trvala okolo 75 ti minut. Pacientce překročený čas nevadil, naopak byla ráda.

Fixační: Na závěr edukace dostala pacientka malý testík, který vyplnila. Test obsahoval 10 otázek a pacientka odpověděla 7x správně.

Evalvační: Pacientka tvrdí, že pro ni byla edukace přínosná, akorát někdy nerozuměla odborným pojmům, na které se ihned dotázala. Byla ráda, že si i sama ověřila své znalosti

a sedm správných odpovědí v testu hodnotila jako dobrý úspěch. Edukace byla pro pacientku efektivní.

8.6 Hodnocení

Všechny témata edukace proběhly dle plánu edukace, na kterém se pacientka podílela. Nebylo dodrženo pouze časové rozmezí přednášek z důvodu velkého množství otázek kladených pacientkou. Edukace byla pro pacientku efektivní. Pacientka odmítla jedno z edukačních témat a to hned při tvorbě plánu. Byla to edukace na téma redukce tělesné hmotnosti. Pacientka byla seznámena s tím, že je to u ní možná jeden z hlavních důvodů stresové inkontinence. Pacientce byl podán kontakt do obezitologické poradny blízko jejího bydliště. Bylo až překvapivé, jak se pacientka zapojovala do edukace a jak překonala stud, který měla na začátku. Byla ráda, že edukace probíhaly individuální formou, protože se styděla o svém problému mluvit před ostatními. Vzhledem k podaným informacím o chirurgickém řešení stresové inkontinence se pacientka rozhodne, zda chirurgický výkon podstoupí.

8.7 Doporučení pro praxi

Pro edukaci byly podmínky na interním oddělení dostačující. Pro realizaci edukace by bylo účelné mít na oddělení jednu menší místnost, kde by byl klid a soukromí pro pacienty. Pacientka měla nadstandardní pokoj, kde soukromí bylo. Avšak ne všichni pacienti mohou nadstandardní pokoj mít. Na oddělení byla sice denní místnost pro pacienty, ale ta slouží všem pacientům hospitalizovaným na interním oddělení, a když by měla probíhat individuální forma edukace, nastávají komplikace.

Pro edukaci by byla vhodná menší místnost vymalovaná teplými odstíny, která by na pacienty působila vlídně. Místnost by měla být vybavená stolem a pohodlnými židlemi pro případ skupinové i individuální edukace. Užitečný by byl dataprojektor a notebook pro promítání.

Přínosné by bylo, kdyby si pacientky pravidelně vedly mikční deník pro zpětnou kontrolu močení a úniku moči.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vypracovat ucelený edukační proces u pacientky se stresovou inkontinencí. Informace o pacientce byly utříděny dle modelu Oremové a edukační témata byla vybrána dle ošetrovatelského systému – podpůrně výchovného se zřetelem na stupeň informovanosti pacientky.

Byla vybrána čtyři edukační témata redukce tělesné hmotnosti, stresová inkontinence, chirurgická léčba stresové inkontinence a prevence vzniku komplikací stresové inkontinence. Edukaci na téma redukce tělesné hmotnosti pacientka odmítla. Na ostatní edukační témata byl vypracován edukační plán, podle kterého probíhala edukace. Pacientka byla s edukací velmi spokojena, při edukaci spolupracovala a nabyla mnoho vědomostí o stresové inkontinenci. Bylo dosaženo stanoveného cíle.

Tato práce je doporučena všem zdravotnickým pracovníkům a studentům oboru všeobecná sestra a porodní asistentka, kteří se zabývají edukačním procesem a stresovou inkontinencí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUŠTOVÁ, Alexandra; SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : Nukleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
2. ČERMÁK, Aleš; PACÍK, Dalibor. 2006. *Inkontinence moči*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. Česko. 2004. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004, kterou se ustanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2004, částka 139, s. 8098. Dostupný z WWW: <http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=db5cfdc5-d72b-4f94-816d-9dc7924bd2f6&groupId=11063>.
4. DOAGNES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2001. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. GALAJDOVÁ, Lenka. 2002. *O nemocech močového měchýře, aneb, léčba inkontinence*. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-950-0.
6. HOLÝ, P. Stresová inkontinence moči. *Lékařské listy*, 2004, č. 9, s. 14 - 16.
7. HOŘČIČKA, Lukáš. 2009. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí* [on line]. [cit. 2009 - 10 - 04]. Dostupné z WWW: <<http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky4.html>>.
8. HOŘČIČKA, Lukáš. 2009. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 67-68. ISSN 1210-0404.

9. CHMEL, Roman. 2009. *Chirurgická léčba ženské stresové močové inkontinence*. [on line]. [cit. 2009 – 10 – 04]. Dostupné z WWW: <<http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky1.html>>.
10. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
11. *Lemon 1*. 1996. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. ISBN 80 – 7013 – 234 – 5.
12. *Lemon 2*. 1997. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-238-8.
13. *Lemon 3*. 1997. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-244-2.
14. *Lemon 4*. 1997. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80 – 7013 – 248 – 5.
15. MARTAN, A. aj. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
16. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
17. *Pravidla českého pravopisu: školní vydání včetně Dodatku / Ústav pro jazyk český AV ČR*. Praha : Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-913-0.
18. SLÍVA, J. Inkontinence-nemoc, která se dá léčit. *Tempus Medicorum*. 2008, roč. 17, č. 10, s. 24. ISSN 1214-7524.
19. STAŇKOVÁ, G. 2009. Edukace žen při stresové inkontinenci moči. *Sestra*, 2009, roč. 19, č.2, s. 72-75. ISSN 1210-0404.

20. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. 2003. *Inkontinence*. Praha : Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2003.
21. URETROCYSTOGRAFIE. 2009. *Uretrocystografie*. [on line]. [cit. 2009 – 11 – 02]. Dostupné z WWW: <<http://www.nem-km.cz/oddeleni/urologie/operacni-vykony/uretrrocystografie/>>.
22. VOKURKA, M. aj. 2004. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf s. r. o., 2004. ISBN 80- 7345-037-2.
23. ZÁVODNÁ, Vlasta. 2002. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8064-108-5.
24. ZIKMUND, Jiří; HANUŠ, Tomáš. 1995. *Inkontinence moči u žen*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-096-2.
25. ŽIAKOVÁ, K. aj. 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.