

EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY U ŽENY S INKONTINENCÍ MOČE

Bakalářská práce

EVA ŽIBRITOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2011-04-15

Praha 2011

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

ŽIBRITOVÁ, Eva. *Edukační činnost porodní asistentky u ženy s inkontinencí moče*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová. Praha. 2011. s. 58.

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku inkontinence moči u žen a jejich následnou edukaci v této oblasti. Vzhledem ke skutečnosti, že inkontinence moči má negativní dopad na psychiku ženy a kvalitu života, jsou první kapitoly teoretické části zaměřeny na tuto tematiku. Dále teoretická část popisuje jednotlivé typy inkontinence, jejich příčinu vzniku a možnou terapii. Praktická část je věnovaná edukačnímu procesu a jeho významu pro ošetřovatelství. Strukturovaný rozhovor s pěti ženami trpícími stresovým typem inkontinence nám pomohl objasnit míru informovanosti a celkovému pohledu na jejich onemocnění. Na základě výpovědí dotazovaných žen byl vytvořen edukační plán, jehož hlavním cílem bylo zvýšit informovanost klientek v problematice močové inkontinence, tím snížit obavy a stud a zvýšit kvalitu jejich života.

Klíčová slova: Edukace. Inkontinence. Kegeleho cviky. Kvalita života. Močové ústrojí. Pánevní dno. Porodní asistentka. Žena.

ABSTRACT

ŽIBRITOVÁ, Eva. *Educational Activity of midwife at Woman with Urinary incontinence*. University of Health, o.p.s. Bachelor degree. Bachelor thesis supervisor: PhDr. Jana Kocurová. Prague. 2011. p. 58.

The bachelor thesis is focused on women's incontinence problems and their following education in this area. The first chapters of theoretical part are focused on negative consequences on women's mentality and quality of life caused by incontinence problems. The theoretical part also describes individual types of incontinence, their causes of origin and possible therapy. The practical part is focused on educative process and its signification for healthy care. Structured interview with five women suffering with a stress type of incontinence helped us to clarify foreknowledge and general insight to their disease. The new educative plan was created on the base of the statements of interviewed women. Its main aim was to increase the foreknowledge of the clients in the field of incontinence and thus decrease fear and deceny and increase the quality of life.

Key words: Education. Incontinence. Kegel exercise. Life Quality. Urinary organs. Pelvis bottom. Midwife. Woman.

PŘEDMLUVA

Zdraví je vnímáno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Zdraví by mělo být nejdůležitějším ukazatelem kvality života, která je ovlivňována nejrůznějšími faktory. Jedním z nich je i inkontinence moči. V současnosti je tato problematika mylně zařazena do nemocí spojených se stářím, a proto jí lidé nevěnují dostatečnou pozornost. Většinou o ní neradi hovoří, i když jim negativně ovlivňuje život. Přitom stačí tak málo. Svěřit se a být edukován.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v problematice močové inkontinence na význam edukační činnosti v roli porodní asistentky. Hlavním cílem bakalářské práce je prostřednictvím edukace přiblížit ženám problematiku močové inkontinence. Edukační proces je nedílnou a důležitou součástí práce porodní asistentky. Tento proces by měl respektovat individuální potřeby ženy.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistentky a absolvováním klinických cvičení na oddělení konzervativní gynekologie. Dalším důvodem pro výběr tématu byl fakt, že pouze malé procento žen má informace o prevenci a příčinách inkontinence moči.

Bakalářská práce je určena jak studentům porodní asistence a ostatním studentům oboru ošetrovatelství, tak i porodním asistentkám, které pečují o ženy s inkontinencí moči.

Děkuji PhDr. Janě Kocurové, vedoucí mé bakalářské práce, za ochotu, laskavost a cenné rady, které mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Kvalita života	11
1.1 Kvalita života žen s močovou inkontinencí.....	12
1.2 Psychika a sexualita ženy.....	12
2 Inkontinence moči u žen	14
2.1 Příčiny inkontinence moči.....	14
2.2 Typy inkontinence moči.....	16
2.2.1 Uretrální inkontinence.....	16
2.2.2 Extrauretrální inkontinence.....	17
2.3 Základní vyšetřovací metody v urogynéologii.....	18
2.3.1 Anamnéza.....	18
2.3.2 Laboratorní vyšetření a klinické testy.....	19
2.3.3 Endoskopické vyšetřovací metody.....	20
2.3.4 Urodynamické vyšetření.....	21
2.3.5 Zobrazovací metody v urologii.....	22
2.4 Terapie inkontinence moči.....	24
2.4.1 Terapie stresové inkontinence.....	24
2.4.2 Terapie urgentní inkontinence.....	28
2.5 Jednorázové absorpční pomůcky.....	31
EMPIRICKÁ ČÁST	32
3 Edukace	32
3.1 Edukační role porodní asistentky.....	33
3.2 Edukační proces.....	33
3.3 Výchovné cíle.....	35
4 Edukace žen s inkontinencí moči	36
4.1 Otázky strukturovaného rozhovoru.....	37
4.2 Edukační plán žen se stresovou inkontinencí.....	48
4.2.1 Realizace edukace.....	49
ZÁVĚR	55
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	56

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
---------------------------------------	-----------

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

CNS	centrální nervový systém
CVD	barevné dopplerovské vyšetření
ICS	Mezinárodní společnost pro kontinenci
MRI	magnetická resonance
SI	stresová inkontinence moči
TVT	tahuprostá volná vaginální smyčka
UI	urgentní inkontinence moči

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Dosud užívané léky k léčbě stresové inkontinence.....	27
---	----

ÚVOD

Všichni lidé si přejí, aby se v jejich životě nacházelo minimum komplikací. Budeme-li hovořit o kvalitě života v této souvislosti, doufáme a přejeme si, aby byla co nejméně narušena. Život provází celá řada komplikací, zdravotních nevyjímaje. Proto bývá kvalita života ohrožována celou řadou nepříznivých faktorů. Jedním z těchto faktorů je inkontinence moči.

Dle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (dále jen ICS), se močovou inkontinencí rozumí stav nedobrovolného úniku moči a představuje medicínsko – psychologická a sociálně – hygienický problém.

Inkontinence moči zasahuje do všech oblastí života – psychické, fyzické, sociální a ekonomické, a proto negativně ovlivňuje život každé ženy. Únik moči je pro ženy stresující a invalidizující stav, zvyšující nemocnost ve společnosti. V dnešní době je stále častěji tato problematika úzce spojovaná s kvalitou života.

Kvalita života je v současnosti velmi frekventovaným pojmem. Hodnocení kvality života je spjato s vážnými onemocněními a jejich dlouhodobými následky. Kvalita života proniká do celé řady medicínských oborů, kde hraje velkou roli při hodnocení a efektivitě léčby.

Cílem práce je snaha upozornit na problematiku močové inkontinence. Věnuji se ženám, které trpí stresovým typem močové inkontinence a zjišťuji, jaká je jejich informovanost a kvalita života. Edukační plán, sestavený speciálně pro vybrané ženy, by měl těmto ženám přiblížit problematiku inkontinence moči. Vyšší míra informovanosti by měla minimalizovat stud o tomto problému hovořit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

V současnosti je pojem „kvalita života“ velmi frekventovaný. Ovšem obsah tohoto pojmu může být vykládán různými způsoby. Můžeme tedy tvrdit, že kvalita života má mnoho podob. Chápána může být jako důsledek spojení mnoha různých faktorů: zdravotních, sociálních, ekonomických, enviromentálních podmínek, které mezi sebou vzájemně reagují a ovlivňují tak lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i společnosti.

Do kvality života je možno zahrnout i to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě, ve spojitosti kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, ve vztahu k osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.

Pod tímto pojmem si každý autor představuje něco jiného. „Kvalita života vychází z pojetí zdraví dle Světové zdravotnické organizace, kdy zdraví je chápáno jak stav plné fyzické, psychické i sociální pohody, nepřítomnost nemoci nebo vady“ (KŮRKOVÁ, 2007, s. 4).

Definice „kvality života“ vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních lidských potřeb, mezi které řadíme naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba spánku, nasycení a úlevy od bolesti).

Well-being neboli osobní pohoda je často spojovaná s pojmem „kvalita života“. Můžeme tedy konstatovat, že well-being je hodnocením kvality života jako celku (HNILICOVÁ, 2004).

Metoda SEIQoL (Schedule for the Elevation of Individua Duality of Live – Program hodnocení individuální kvality života) se zaměřuje na subjektivně chápanou míru kvality života dotazované osoby. Pojetí kvality života dané osoby závisí na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života diagnostikován a plně respektován. Základními daty jsou výpovědi dané osoby. Dotazovaná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které ona sama považuje za nejdůležitější (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

1.1 Kvalita života žen s inkontinencí moči

Inkontinence moči má bezpochyby velký dopad na kvalitu života. Toto onemocnění ovlivňuje oblast fyzické aktivity – je obtížné sportovat, žena je také limitovaná pracovně, jelikož jí fyzická práce činí problém a to může vést až ke ztrátě zaměstnání. Inkontinentní populace má také problémy sociální. Ve společnosti se cítí nejistí a obávají se společenské diskvalifikace. Proto u těchto žen dochází k dřívější či pozdější sociální izolaci. Inkontinence moči negativně ovlivňuje i sexuální život. K úniku moči dochází i při pohlavním styku, což vede k závažné sexuální dysfunkci a velkému psychologickému problému. Častější močení v nočních hodinách vede ke zhoršení kvality spánku.

Soubor těchto příznaků může vést k frustraci, neurotizaci, pocitu méněcennosti a k pocitu nenaplněného života (KÚRKOVÁ, 2007).

1.2. Psychika a sexualita ženy

Psychiku ženy ovlivňuje mnoho faktorů. Jsou to faktory biologické, sociální, kulturní, ale také zkušenost v průběhu ontogeneze. Občas hovoříme o pohlaví biologickém, psychickém a sociálním. Jedno od druhého nelze oddělit, psychika a tělo tvoří jeden funkční systém, který je v neustálé interakci s prostředím. Sexualita je formována evolučními a biologickými aspekty. „Kvalita sexuálního života se neměří počtem orgasmů, partnerů ani délkou soulože. Je to jeden z nejintimnějších zážitků“ (PASTOR, 2007, s.31). O sexualitě ženy se dlouho otevřeně nehovořilo, bylo to tabu. Řadu staletí byla žena jen pouhým nástrojem k uspokojení potřeb muže a také nástrojem k reprodukci. Její touhy a potřeby byly vedlejší.

Fantazie a snění vyplňují velkou část našeho duševního života. Sexuální tematika snů patří mezi nejčastější a nejpříjemnější. Sníme o tom, co bychom chtěli prožít. Méně příjemné zkušenosti se snažíme vytěsnit tím, že zapomínáme nebo bolestivou pravdu potlačujeme.

Ženy touží po intimitě, mazlení, dotecích a také pozornosti partnera. Důležitá je pro ně něha. Uspokojivý sexuální život zvyšuje pocit vlastní hodnoty.

Jakýkoliv psychický, fyzický, sociální či ekonomický problém se výrazně projeví na lidské sexualitě, což může vést k frustraci a neurotizaci. Můžeme tedy konstatovat, že sexualita je důležitou součástí každého jedince a velkou mírou se podílí na kvalitě života (RATISLAVOVÁ, 2008).

2 INKONTINENCE MOČI U ŽEN

Inkontinence moči je nově definovaná (dle ICS – International Continence Society) jako stížnost na jakýkoliv vůli neovladatelný únik moči.

Dřívější definice zněla takto: „Podle definice ICS se inkontinencí moče rozumí každý nedobrovolný únik (nechtěné odtékání) moče, který způsobuje sociální nebo hygienický problém a je objektivně prokazatelný“ (GALAJDOVÁ, 2000, s. 9). Jedná se o komplexní problém.

Inkontinence není onemocnění v pravém slova smyslu. Jedná se o symptom vyjadřující poruchy souhry plnicí a vyprazdňování funkce močového měchýře. Za onemocnění se považuje tehdy, působí-li nemocnému zdravotní či jiné obtíže (SLEZÁKOVÁ, 2011).

2.1 Příčiny inkontinence moči

Morfologické

- Nádory močového měchýře a močové trubice
- Močové kameny
- Nesprávné uložení močovodu
- Ochabnutí svalstva pánevního dna
- Zánět močového měchýře
- Zánět močové trubice

Funkční – neurogenní

A) Kongenitální (vrozené)

- Meningomyelokéla
- Rozštěp páteře

B) Získané traumatické

- Traumata CNS
- Míšní traumata
- Poranění pánevního plexu při gynekologické operaci

C) Získané non-traumatické

- Nádory CNS
- Infekce CNS
- Demence
- Parkinsonova choroba
- Onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (diabetes mellitus)
- Sclerosis multiplex

Jiné (převážně přechodné příčiny)

- Komatózní stavy
- Cévní mozkové příhody
- Imobilizace pacienta
- Zánět močového měchýře a močové trubice
- Psychogenní příčiny
- Vliv léků
- Vliv prostředí (KŮRKOVÁ, 2007, s. 12)

2.2 Typy inkontinence moči

Pro sjednocení typů močové inkontinence se doporučuje užívat klasifikace podle ICS.

2.2.1 Uretrální inkontinence

K úniku moči dochází přirozenou cestou – močovou trubicí.

1) Urgentní močová inkontinence (UUI)

Jedná se o náhlý, nechtěný a nekontrolovatelný únik moči, který je často spojený se silným nucením na mikci.

Pojem urgentní inkontinence je v současnosti zaměňován s novým názvem Hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder neboli OAB).

Urgentní močová inkontinence se dělí na motorickou a senzickou formu. Motorická forma je způsobená hyperaktivitou detruzoru. Senzická forma je zapříčiněna hypersenzitivitou receptorů detruzoru. (GALAJDOVÁ, 2000)

2) Stresová inkontinence (SUI)

Tento typ močové inkontinence nijak nesouvisí se stresem všedního dne, nýbrž se stresem ve smyslu zvýšeného nitrobřišního tlaku, kterému uzávěrový mechanismus močové trubice není schopen odolat. K náhlému úniku moči nejčastěji dochází při fyzické námaze, např. zvednutí těžkého břemene, běhu, poskoku, smíchu, kašli. Dle Ingelmanna a Sundberga rozeznáváme tři stupně závažnosti stresové inkontinence:

- I. stupeň: Moč uniká po kapkách při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku, např. při kašli, kýchnutí, smíchu a zvedání těžkých předmětů.
- II. stupeň: K úniku moči dochází v situacích spojených s podstatně nižším vzestupem nitrobřišního tlaku např. při lehčí fyzické práci.
- III. stupeň: Moč uniká při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká při pomalé chůzi i v klidu ve vzpřímené poloze.

„Etiologie pravé stresové inkontinence souvisí dle Stantonova s anatomickou slabostí pánevního dna v důsledku změny působení gravitační síly po napřímení člověka“ (MARTAN et al., 2001, s. 32).

Údaje o celkovém výskytu stresové inkontinence jsou nepřesné. Zejména pro ostych žen, které se stydí své obtíže přiznat a tudíž nevyhledají lékařskou pomoc.

Stresová močová inkontinence je doposud nejlépe zpracovaným typem inkontinence.

3) Smíšená inkontinence

Jedná se o typ inkontinence, kdy se současně vyskytuje stresová i urgentní inkontinence. Terapie se doporučuje zahájením léčby urgentního typu inkontinence, přičemž je možné zároveň provádět konzervativní léčbu stresového typu inkontinence. Tímto onemocněním trpí přibližně 20 % inkontinentní populace.

4) Reflexní inkontinence

„Objevuje se u pacientů s patologickým neurologickým nálezem, kdy je inkontinence následkem neurogenně podmíněné hyperaktivity detruzoru při abstinenci senzitivní vložky“ (ČERMÁK, 2006, s. 25). Pacient nemívá nucení na mikci.

5) Paradoxní ischurie (Inkontinence z přetékání)

Důsledkem toho onemocnění je závažné zúžení nebo úplné zablokování vývodných močových cest z jakýchkoliv důvodů – jizva, nádor, kámen. Moč se v měchýři nahromadí, po překročení kapacity moč po kapkách odtéká zbytkovým průsvitem močové trubice.

2.2.2 Extrauretrální inkontinence

Jedná se o odtok moči jinými než-li přirozenými cestami.

1) Kongenitální (vrozené)

Důsledkem mohou být vrozené vývojové vady např. hypospadie (nedouzavření močové trubice) nebo extrofie (rozštěp močového měchýře).

2) Získaná

Řadíme zde píštěle po úrazech, pooperační stavy.

2.3 Základní vyšetřovací metody v urogynéologii

Hlavním cílem vyšetřovacích metod je potvrdit, zda je žena inkontinentní a určit, jestli se nejednalo pouze o přechodný únik moči.

„Urogynéolog musí během vstupního rozhovoru dbát na objasnění otázek souvisejících se způsobem a závažností úniku moči, prodělanými infekcemi močového ústrojí, s gynekologickým a neurologickým nálezem, s porody, všeobecnou anamnézou, současnou medikací, předchozí léčbou inkontinence, prodělanými operacemi, vrozenými vadami, pracovním zařazením, rodinným a sexiálním životem“ (HALAŠKA, 2004, s. 23).

2.3.1 Anamnéza

Anamnéza - samotná anamnéza pro nás může být velice přínosná a může nám naznačit, o jaký typ inkontinence se jedná. Na druhou stranu nám pacientka nemusí říct pravdu nebo nevědomky zatají fakta, která jsou pro nás velice přínosná.

V úvodu se ptáme na rodinnou anamnézu jelikož se rodinná zátěž může projevit v mnoha směrech. Následující otázky budou směřovány na osobní anamnézu. Zajímá nás převážně alergie na potraviny a léky, běžná dětská onemocnění, operace, úrazy, interní léčba.

V gynekologicko - porodnické anamnéze se zajímáme o menarché a s tím související průběh cyklu. Jak dlouho trval, zda byl pravidelný a bolestivý. Pokud je pacientka v postmenopauzálním období, měly bychom se zeptat na průběh menopauzy. Dále zjistíme informace související s porodem. Zajímá nás váha dítěte, průběh porodu, komplikace. Neměly bychom opomenout na gynekologické operace a prodělané záněty.

Léková anamnéza je pro nás velmi důležitá. Např. diuretika, látky s obsahem kofeinu, které vyvolávají urgenci až urgentní inkontinenci. Některé léky na vysoký krevní tlak mohou zhoršit stresovou inkontinenci (alfablokátoři). Blokátoři kalciových kanálků, které se používají k léčbě ischemické choroby srdeční mohou způsobit retenci moči a tím paradoxní ischurii.

„Urologická anamnéza nás informuje o možné bolesti či tlaku nad stydkou sponou, pollakisurii, nykturii, imperativním nucením na močení i event. hematurii“ (MARTAN et al., 2008, s.232). Přínosný je mikční deník, který nám dává objektivní údaje o frekvenci močení v průběhu dne a noci, o velikosti porcí moče. V souvislosti s léčbou

inkontinentní ženy je kladen důraz na kvalitu života a proto je nyní v praxi doporučován dotazník QOL (Quality of Life). Rozšířený je tzv. Gaudenzův dotazník, který napomáhá k částečné objektivizaci potíží.

2.3.2 Laboratorní vyšetření a klinické testy

Důležité je vyšetření močového sedimentu. Jedná se o bakteriologické vyšetření moči ze středního močového proudu. Při jakýchkoliv projevech poševního zánětu je zapotřebí provést vyšetření poševního a cervikálního sekretu.

Mezi základní klinické testy řadíme:

1) P-W test (Pad - weigh test)

Jedná se o test, jehož podstatou je vážení vložek. Tento test nám kvalifikuje a objektivizuje únik moči za určitých situacích. Test trvá standardně hodinu. Vyšetřovaná žena vypije během 15 minut 500ml jakékoliv tekutiny a poté provádí proceduru, která zahrnuje např. vstávání ze sedu, běh na místě, kašel, mytí rukou v tekoucí vodě. Po ukončení procedury se vložka zváží.

2) Q tip test

Pomocí tohoto testu zjišťujeme mobilitu uretry. „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“ (PÝCHOVÁ, 2010). Tento test se nepoužívá ke stanovení diagnózy stresové inkontinence.

3) Stres test

Požádáme vyšetřovanou ženu, která má plný močový měchýř, aby se postavila s rozkročenýma nohama a zakašlala. V případě, že jde o stresový tep močové inkontinence dojde k náhlému úniku moči.

4) Mikční deník

Jedná se o velmi prostou pomůcku, která dokumentuje příjem tekutin a výdej moči během 24 hodin. Mikční deník nás informuje o rozložení příjmu a výdeje tekutin během dne. Používá se i pro srovnání a kontrolu po léčbě.

2.3.3 Endoskopické vyšetřovací metody

1) Cystoskopie

Jedná se o endoskopickou vyšetřovací metodu, při níž zkoumáme vnitřní strany močového měchýře.

Indikace:

- Mikční poruchy (všechny druhy)
- Krvácení z močového měchýře
- Chronické záněty močového měchýře
- Maligní tumory vnitřních rodidel
- Píštěle

Kontraindikace:

- Akutní zánět močového měchýře

Provedení cystoskopie

Pacientku uložíme do gynekologické polohy. Důkladně odezinfikujeme zevní ústí uretry a šetrně zavedeme cystoskop. Pomocí plnicího kanálu naplníme močový měchýř 300ml fyziologického roztoku a poté systematicky prohlédneme jednotlivé stěny močového měchýře. Zhodnotíme stavbu a barvu sliznice měchýře (atrofická, překrvená, zarudlá, slizniční polypy, metastázy), jeho tvar a případné změny (deformace, divertikly měchýře), stěnu močového měchýře (svrašťelý měchýř, zvýšená trabekulizace detruzoru) a přehlednost uretrálních ústí.

Chromocystoskopie

Po nastavení optiky na ústí močovodů aplikuje pacientce intravenózně modré barvivo. Sledujeme, za jak dlouho dojde k ejakci modře zbarvené moči z ústí ureteru. Toto vyšetření je vhodné provádět při podezření na porušení funkce ureterů (ROZTOČIL et al., 1998).

2.3.4 Urodynamické vyšetřovací metody

„Tyto metody poskytují informace o morfologických, fyziologických a hydrologických aspektech transportu a shromažďování moči“ (MARTAN et al., 2005, s. 42).

1) Cystometrie (CM)

Jedná se o metodu, která měří vztah mezi tlakem a objemem močového měchýře. Používá se k určení detruzorové aktivity, pocitů a kapacity měchýře. Cystometrie je ideální metodou ke stanovení nestability detruzoru. Pacientka je v průběhu vyšetření při vědomí a nesmí jí být podány léky, které mohou ovlivnit funkci močového měchýře.

Podle použitého média lze rozdělit cystometrii na dva typy. Při cystometrii plynové je médiem oxid uhličitý. Pokud se při cystometrii použije fyziologický roztok (ohřátý na tělesnou teplotu), mluvíme o cystometrii vodní.

2) Uretrální tlakový profil (UPP)

Slouží k vyšetření funkce uretry. Rozdělujeme dva typy měření uretrálního tlakového profilu. Při prvním z nich, tedy klidovém uretrálním tlakovém profilu, bývá močové měchýř i pacientka v klidu. Při druhém typu, tzv. stresovém uretrálním tlakovém profilu, bývá použito definovaného stresu (např. kašel, napínání).

3) Uroflowmetrie

Jedná se o měření průtoku moče při mikci. Hodnotíme délku močení, maximální průtok, průměrný průtok a další parametry, které nám mohou naznačit překážky v odtoku moči.

4) Elektromyografie (EMG)

Hodnotí funkčnost svalů pánevního dna měřením jejich bioelektrických potenciálů. Elektromyografie se provádí zároveň s cystometrií a uroflowmetrií. Sledujeme, jak se chovají svaly pánevního dna v určitých fázích – plnění a vypuzovací.

2.3.5 Zobrazovací metody v urogynnekologii

1) Ultrazvukové vyšetření

„Ultrazvukové vyšetření a hodnocení pozice a mobility uretry, hrdla a baze močového měchýře je jednou z pomocných diagnostických metod k posouzení typu a příčin inkontinence moči a může pomoci i při hodnocení účinku konzervativní a operační léčby“ (MARTAN et al., 2008, s. 235).

Při ultrazvukovém vyšetření nejčastěji kontrolujeme:

- Pozici a mobilitu uretry
- Postmikční reziduum
- Paravaginální defekt
- Únik moči (pomocí barevného dopplerovského vyšetření)

Podle přístupu dělíme ultrazvukové vyšetření do tří skupin:

- Endosonografie: transrektální, transvaginální
- Zevní přístup: abdominální, perineální, intoitální
- Endoluminální: intrauretrální ultrazvuk

Pomocí ultrazvukového vyšetření je možno vizualizovat tyto orgány:

- Močový měchýř
- Uretru
- Stydkou kost
- Pochvu
- Konečník

- Dělohu

Zkoumané ultrazvukové parametry dolního močového měchýře:

- Tloušťka stěny močového měchýře
- Ultrazvukové hodnocení pozice a mobility (pohyblivosti) hrdla močového měchýře
- Ultrazvukové zobrazení proximální uretry – vazikalizace
- Paravaginální defekt (PVD)
- Objektivizace úniku moči barevným dopplerovským vřetřením (CDV) (PÝCHOVÝ, 2010, s. 23)

Ultrazvukové vyřetření je doplňkovou metodou vyřetření u žen s inkontinencí moči, která nám umožňuje funkčně morfologickou dokumentaci (MARTAN et al., 2008).

2) Cystouretroskopie

Je považována za důležitou v diagnostice výskytu tumoru močového měchýře, trabekulizace stěny nebo změn na hrdle po endoskopických zákrocích.

Indikace:

- Hematurie
- Inkontinence
- Symptomy urgency
- Urogenitální pěstěle
- Uretrální divertikly

3) Magnetická rezonance

Magnetická rezonance neboli MRI (Magnetic Resonance Imaging) byla využita pro studium struktur, které tvoří pánevní dno. Tato vyřetřovací metoda je neinvazivní, neionizující, umožňuje zobrazení v mnoha rovinách. Pomocí magnetické rezonance byla prokázána pohyblivost uretrovezikální junkce u žen se stresovou inkontinencí (ZIKMUND, 2001)

2.4 Terapie inkontinence u žen

Hlavní pravidlo pro léčbu inkontinence zní: funkční porucha má být léčena operativně, kdežto anatomická porucha operačně. Důraz musí být kladen na důkladnou diagnostiku a znalost všech podrobností každého případu. Je potřeba rozlišit dva nejčastěji se vyskytující typy močové inkontinence: stresovou a urgentní, popřípadě smíšenou. O smíšené močové inkontinenci hovoříme tehdy, jsou-li zároveň přítomny příznaky stresové i urgentní inkontinence.

V inkontinentní populaci trpí 49 % stresovým typem inkontinence, 29 % smíšenou inkontinencí a přibližně 22 % urgentní močovou inkontinencí.

2.4.1 Terapie stresové inkontinence

Možnosti léčby:

- Změny v životosprávě
- Gymnastika pánevního dna
- Elektrostimulace
- Mechanické prostředky
- Farmakoterapie
- Operační léčba

1) Změna životosprávy

Jako hlavní rizikový faktor pro vznik inkontinence je považována obezita. Hned na začátku léčby je kladen důraz na její redukci. Samotná redukce nadbytečné váhy dokáže mnohdy zmírnit nebo úplně odstranit příznaky stresové inkontinence.

Dále se apeluje na omezení kouření, popřípadě úplná abstinence. Ženy, které jsou dlouhodobě aktivními kuřačkami mají dvakrát až pětkrát častěji příznaky stresové inkontinence. Zapříčiňuje to zejména úporný kašel, který je pro dlouhodobé kuřačky charakteristický.

2) Gymnastika svalů pánevního dna

Tuto metodu léčby stresové inkontinence zpopularizoval r. 1948 Dr. Arnold Kegel. Cílem této léčebné metody je posílení svalů pánevního dna, jelikož jejich ochablost může hrát významnou roli při vzniku inkontinence.

Podstatou cvičení je pravidelné posilování svalů pánevního dne. „Chcete-li si posílit svalstvo pánevního dna, zkuste močení na chvíli přerušit. Potom se (alespoň pětkrát denně) posaďte nebo položte s pokrčenými koleny mírně od sebe, na dvě sekundy stáhněte pánevní svaly a opět je na dvě sekundy uvolněte. Opakujte to asi desetkrát. Postupně stav prodlužujte až na dobu deseti sekund“ (ALEXANDER, 2001, s.167). Obvodní gynekolog může při vaginálním vyšetření upozornit pacientku, které svaly je potřeba procvičovat. Svíravé pohyby neboli kontrakce těchto ochablých svalů je zapotřebí udělat 40-400 denně. Přesný počet není zjištěn.

K posílení svalů pánevního dna se užívají různé intravaginální pomůcky, např. poševní konusy. Jedná se o ovoidní, na konci konické nebo umělohmotné válečky, které mají různé váhové jádro. Žena se snaží intravaginální pomůcky udržet v pochvě 15-20 minut denně, poté je vystřídá s konusem o vyšší váze. Díky tomuto cvičení se vytvářejí reflexní stahy svalů pánevního dna.

3) Elektrostimulace

V léčbě stresové inkontinence se již 30 let užívá elektrická stimulace. Dr. Caldwell byl první, který elektrostimulace využil. Elektrody implantoval přímo do stěny uretry. Tato metody musela být opuštěna kvůli nedostatečným výsledkům.

V současnosti se používá vnější metoda stimulace. Dle délky aplikace ji dělíme na dva typy: krátkodobá maximální elektrická stimulace a dlouhodobá chronická elektrická simulace. Elektrody jsou umístěny na vaginální nosiče, napojeny jsou na Plzní generátory. Nosiče mají tvar kolíku se dvěma prstencovými elektrodami, popřípadě se užívají nafukovací nosiče.

Léčebné úspěchy elektrostimulace se udávají okolo 50 %, ovšem výsledky jsou spekulativní, jelikož studie nebývají dobře zdokumentované.

4) Mechanické prostředky

Poševní pesary vyhledávanou léčebnou pomůckou mnoha inkontinentních žen. Zejména těch, které na konzervativní terapii nereagují, nebo je pro ně operativní forma terapie nevhodná (např. pro závažný zdravotní stav). Po dobu mnoha let bylo vyvinuto

velké množství vaginálních pesarů různých tvarů a velikostí. „Mechanismus účinku většiny těchto pesarů se předpokládá v tom, že vyzdvihnou krček měchýře, imobilizují ho a více, nebo méně komprimují uretru“ (ZIKMUND, 2001, s. 97). Za nevýhodu pesarů se považuje možné způsobení ulcerace poševní sliznice nebo hnisavý výtok.

Intrauretrální okluzivní prostředky jsou vhodné zejména pro sportovkyně. Tyto terapeutické pomůcky si může inkontinentní žena zavádět sama v situaci, při které k úniku moči dochází (např. při intenzivním cvičení). Jako hlavní nevýhoda těchto terapeutických prostředků se považuje náklonnost k opakujícím se zánětům močového měchýře, k němuž dochází při častém zavádění intrauretrálních okluzivních prostředků. Úspěšnost léčby je přibližně 45 %.

5) Farmakoterapie

Dolní močové cesty mají dvě základní funkce: jímací a vyprazdňování. Hlavní úlohu má detrusor, svalovina hrdla močového měchýře proximální uretry. Jejich správnou koordinaci a funkci zajišťuje činnost sympatického, parasympatického a nervového systému. „Do intervenční osy patří šedá kůra mozku, pontinní mikční centrum, sakrální mikční centrum (S2-S4) a periferní autonomní a somatické nervy“ (KÚRKOVÁ, 2007, s. 26).

Jakákoliv porucha se projeví na funkci dolních močových cest. K účinné terapii hyperaktivního močového měchýře je určeno velké množství medikamentů s rozdílným účinkem, místem působení a nežádoucími účinky.

Tab 1. Dosud užívané léky k léčbě stresové inkontinence

Léková skupina	Zástupci	Efekt	Nežádoucí účinky
estrogenní substituce (HRT) OVESIN ORTHO-GENEST VAGIFEM	různé kombinace estrogenů a progesteronů	subjektivně zlepšují stav; objektivní měření v randomizovaných studiích nezjistilo žádný významný účinek	zvýšení rizika vzniku ca prsu, ca ovaria, cévní mozkové příhody, srdeční příhody
alfa-adrenergní antagonisté EFEDRIN PPA GUTRON	efedrin, fenylpropanolamin, pseudoefedrin, midodrin, methoxamin, norfenerin	stimulují kontrakce hladké svaloviny uretry, prokázána účinnost v randomizovaných studiích	hypertenze, poruchy spánku, nauzea, sucho v ústech, třes, bolesti hlavy, palpitace, exacerbace arytmií
tricyklická antidepresiva MALIPRAMIN	imipramin	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny uretry, účinnost prokázána v otevřených studiích, absence kontrolovaných studií	anticholinergní příznaky, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie, zvýšení tělesné hmotnosti
beta-adrenergní atomisté SPIROPENT CONTRASPAMIN SALBUTAMOL	clenbuterol	hypoteticky zvyšují kontraktilitu příčně pruhovaného svěrače uretry	třes, tachykardie, bolesti hlavy
beta-adrenergní antagonisté	propranolol	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny uretry	ortostatická hypotenze, srdeční dekompenzace
inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu YENTREVE	duloxetin	Inhibice zpětného vychytávání a tedy zvýšením hladin serotoninu a noradrenalinu v sakrální míše	nauzea, sucho v ústech, únava, nespavost a zácpa

Zdroj: Čermák, 2006, s.57

6) Operativní léčba

„Nejčastější a nejefektivnější jsou operační metody, které upravují vztah uretry a močového měchýře“ (ČEPICKÝ, 2003, s. 36). Stresový typ močové inkontinence je zapříčiněn odchylnými anatomickými poměry v malé pánvi. Z tohoto důvodu je po provedení kvalitní diagnózy operativní zákrok vhodným řešením. Základním cílem je tedy navrácení patologicky uložené a nadměrně pohyblivé uretrovezikální spojení do původní polohy a v té její stabilizovat.

V minulosti byla nejčastěji prováděnou operací pro únik moči tzv. plastika přední poševní stěny, ačkoliv terapeutický efekt tohoto zákroku nebyl jistý. V současnosti je indikací pro tento typ operace pulsni cystokéla, která je provázena poklesem a nadměrnou mobilitou hrdla močového měchýře. Tuto operativní metodu často doplňuje vaginální hysterektomie. Podstatou přední poševní plastiky a její modifikace dle Bernetta-Macků je vytvoření pevného valu pod uretrovezikální junkcí z pubocervikální fascie.

Kolpopexie dle Burche (neboli Technika závěsu) je dalším typem operace, která řeší inkontinenci moči u žen. Podstatou kolpopexie dle Burce spočívá v zachycení endopelvické fascie až do submukózy vaginální v místě hrdla močového měchýře na obou stranách asi 2 cm od středu uretry v úrovni hrdla močového měchýře nevstřebatelnými stehy. Kolpopexie dle Burce se pyšní 90 % úspěšností léčby pacientek se stresovým typem močové inkontinence.

V současnosti se zavádějí další operační postupy, které se specializují na tento typ močové inkontinence. Jednou z nich je tzv. TVT operaci (Pension-free Vaginal Tape = tahuprostá vaginální páska). TVT operace spočívá v naložení polypropylenové smyčky pod dolní část uretry. Při zvýšení intraabdominálního tlaku tato smyčka podepírá a současně pásku ohýbá, a tím zajistí kontinenci.

Úspěšnost této operativní terapie je přibližně 90 % (MARTAN et. al., 2008).

2.4.2 Terapie urgentní inkontinence

Jestliže je možné zjistit příčinu urgentní inkontinence, zaměřujeme se na její léčbu nebo odstranění. Neznáme-li příčinu, cílem léčby je obnovit centrální kontrolu mikce nebo modifikovat inervaci. Terapie tohoto typu močové inkontinence či jen urgentní symptomaticky je převážně konzervativní.

Terapii můžeme ji rozdělit do těchto skupin:

- Ovlivnění chování močového měchýře
- Medikamentózní léčba
- Chirurgická léčba

1) Ovlivnění chování močového měchýře

Tento typ terapie se snaží o znovuoobnovení kortikální (CNS) kontroly nad funkcí močového měchýře.

Trénink pravidelného močení – tato metoda terapie je založená na předpokladu o psychosomatické etiologii obtíží. Princip tréninku spočívá v obnově kortikální inhibice prodlužováním pravidelných intervalů mezi mikcemi.

Psychoterapie – stresové psychogenní faktory se spolupodílí na vzniku urgentní inkontinence. Ženy trpící inkontinencí jsou častěji anxiosní či trpí depresemi. „Stone a Mackulay udávají výrazný efekt psychoterapie při léčbě urgentní inkontinence, hlavně zlepšení nykturie, urgentního nucení na močení a inkontinence“ (MARTAN et. al., 2001, s. 165).

Hypnóza – výsledky terapie nejsou přesvědčivé. Hypnóza se doporučuje až po selhání klasické léčby.

Biofeedback – inkontinentním ženám je zde cestou zrakových, sluchových nebo taktilních vjemů podávána zpětná informace o jejich vlastních a normálně nevnímaných funkcích. Tato léčebná metoda vychází z představy ztráty kortikální kontroly nad močovým měchýřem a je jistou formou jeho tréninku.

Akupunktura – výsledky této metody zatím nejsou přesně známy, a proto by měla být použita až po selhání klasické léčby.

2) Medikamentózní léčba

Farmakologická terapie urgentní inkontinence je dána na základě znalostí rozmístění vegetativních receptorů v dolních močových cestách.

Parasympatolytika snižují frekvenci a intenzitu detruzorových kontrakcí.

Alfa-sympatomimetika je možno v terapii urgency také využít. Jejich účinky jsou patrné především v oblasti trigonu a proximální uretry. Nevýhodou jsou vedlejší účinky (např. poruchy srdečního rytmu, palpitace – bušení srdce).

Stimulací beta-sympatomimetik vyvoláme relaxaci detruzoru.

K terapii urgentní močové inkontinence lze s výhodou užít terapii estrogeny. Uretra, trigonum močového měchýře a pochva obsahují estrogenové receptory, tudíž odpovídají na estrogenní podněty

Léčebný efekt medikamentózní terapie urgentní inkontinence či jen urgentní symptomatiky se pohybuje v rozmezí 60-80 %.

3) Chirurgická léčba

Augmentační enteroplastika – jejím cílem je zvětšení kapacity močového měchýře a snížení tlaku. Eteroplastika je indikována při nízké kapacitě a nízké poddajnosti (compliance) detruzoru. Jedná se o nejčastější operativní metodu.

Denervace močového měchýře je další operativní metodou. Vhodná je především pro ty inkontinentní ženy, u kterých selhala konzervativní terapie. Nejprve se provede cystometrické vyšetření, poté se na jedné straně měchýře do blízkosti nervového svazku vstříkne lokální anestetikum, které nervová vlákna vyřadí z provozu a imituje tak zvažovanou operaci (PÝCHOVÁ, 2010).

2.5 Jednorázové absorpční pomůcky pro inkontinentní ženy

„Rozvoj medicíny umožnil dosáhnout ještě nedávno netušeného pokroku, a to nejen díky novým možnostem farmakoterapie, novým operačním metodám, protetickým pomůckám a implantátům, ale i díky moderním absorpčním pomůckám, jímajícím unikající moč uspokojivějším způsobem než kdykoliv před tím, a tak umožňujícím přečkávat nepříznivý stav do doby, kdy se ho podaří vyřešit dokonalejším způsobem“ (SOCHOROVÁ, 2009, s. 71).

Moderní jednorázové absorpční pomůcky poskytují spolehlivou a nenápadnou formu ochrany při inkontinenci moči bez obtěžujícího zápachu.

Principem absorpčních pomůcek je přeměna zachycené moči na gel, který je pevně vázán v speciálním savém jádru. Povrch absorpční pomůcky zůstává prodyšný a především suchý.

Jednorázové absorpční pomůcky pro inkontinentní pojištěnce předepisuje smluvní lékař pojišťovny odbornosti PRL (praktický lékař), GYN (gynekolog), NEU (neurolog), URN (urolog), GER (gerontolog) na předepsaný tiskopis Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Nárok na předpis vzniká při prokázané patologické inkontinenci. Nárok na předpis nemá občan mladší 3 let.

V současnosti je na našem trhu dostatečné množství vhodných a kvalitních pomůcek pro inkontinentní populaci, které nabízí řada firem.

EMPIRICKÁ ČÁST

3 EDUKACE

Pojem „edukace“ pochází z latinského slova *educo, educare* a označuje tradiční termín „výchova a vzdělávání“, je ekvivalentem anglického pojmu „education“. Problematika edukace spadá do mnoha odvětví, např. do mnoha ošetrovatelských oborů, porodní asistenci nevyjímaje. V současnosti má edukace v ošetrovatelství nezastupitelné místo.

Edukace je důležitou součástí ošetrovatelské péče o nemocného. Základem pro úspěšnou edukaci je správná komunikace mezi edukantem (jakýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk a typ prostředí) a edukátorem (jakýkoliv aktér vyučování či jiné edukační aktivity, který instruuje jiné lidské subjekty), která by měla být na úrovni partnerského vztahu. Základem partnerského vztahu je respekt k osobnosti pacienta. Znamená to, že zdravotnický pracovník přijímá pacienta jakkoli vypadá, jakkoli se chová a jakékoliv má vzdělání.

Úspěšnost edukace záleží především na jejím přednesu. To znamená, že edukace musí být citlivá a srozumitelná. V případě dotazů by měla zdravotní sestra či porodní asistentka opakovaně a klidně pacientovi odpovědět a vše vysvětlit.

Nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe je edukace pacienta, která je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství a představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Chceme-li dosáhnout pozitivní změny u jednotlivce, musíme použít výchovnou i vzdělávací stránku edukace.

Edukaci můžeme rozdělit do těchto základních skupin:

- základní – hovoříme o ní v případě, kdy pacient ještě nebyl o problematice informován
- komplexní - bývá realizovaná v edukačních kurzech
- reedukační (pokračující, rozvíjející) - navazuje na předchozí vědomosti, obsahuje opakování a aktualizaci informací (ZÁVODNÁ, 2002).

3.1 Edukační role porodní asistentky

„Kromě poskytování zdravotní péče působí každá porodní asistentka, ať již záměrně nebo mimoděk, v oblasti vzdělávací a poradenské“ (ŠTROMEROVÁ, 2010, s. 234).

V současnosti se považuje za jednu z vyjvýznamnější a nejdůležitější roli, kterou porodní asistentka zastává. Edukační role je zaměřená na formování a utváření uvědomělého chování, jednání jedince i skupiny v zájmu zachování a obnovy zdraví. S jakým výsledným efektem budeme pacienty edukovat záleží pouze na našem profesionálním chování při plnění role edukátora.

3.2 Edukační proces

K edukaci pacienta používáme různé metody a formy, které závisí na dohodě s klientem a na obsahu komunikace.

Dle užívané metody komunikace dělíme formu edukace na:

- metoda mluveného slova
- metoda psaného slova
- názorné prostředky

1) Metoda mluveného slova

- rozhovor – metoda zahrnující otázky a odpovědi, u které obsah i náročnost vycházejí z vymezených cílů
- dialog – jedná se o vyšší formu rozhovoru, při němž je důležitá spolupráce účastníků, kteří se podílejí při jeho realizaci
- diskuze – je plně rozvinutý dialog vedený odborníkem. Jejím cílem je dospět ke společnému názoru na položené otázky a přijmout navržené řešení
- přednáška – jedná se o velmi efektivní způsob sdělení nových informací. Je vhodné využívat příklady a jiné názorné pomůcky. Přednáška by neměla trvat déle než 30-40 minut
- beseda – účastníky jsou odborníci v dané oblasti, posuzují se zde konkrétní otázky

2) Metoda psaného slova

- letáky – zde můžeme nalézt stručný přehled informací např. o prevenci, léčbě a životosprávě
- brožury – jedná se o menší publikace, v nichž jsou předkládány veřejnosti odpovědi na otázky
- časopisy – přinášejí nové poznatky (např. o nemoci a zdraví)
- knihy – jedná se o nejrozsáhlejší metodu, která přináší různé rady a názory

3) Názorné prostředky

- nástěnky – prezentují určité téma, důležitá je volba jejího umístění a správná prezentace
- videofilmy – přinášejí obrazové informace s komentářem, vhodné pro edukaci jednotlivců i skupin (KŮRKOVÁ, 2007).

Edukační prostředí je velmi důležitou součástí edukace. Prostor, kde se edukační setkání odehrává, musí mít správnou teplotu, osvětlení, dobré větrání a mělo by být bez hluku.

Vzhledem k faktu, že je edukace považována za cílevědomý a plánovaný proces, je možno rozčlenit edukační proces do 5 fází:

- Posuzování – zaměřujeme se na dvě skutečnosti, na určení potřeby pacienta získat vědomosti a zjištění důležitých údajů o edukantovi
- Diagnostika – zahrnuje stanovení edukačních diagnóz
- Plánování – jedná se o fázi, která zahrnuje stanovení priorit v edukaci, stanovení edukačních cílů, výsledných kritérií, volbu metody edukace a výběr obsahu edukace
- Realizace – obsahuje vykonávání a uplatnění edukačních metod
- Vyhodnocení – zjišťujeme, zda jsme dosáhli požadovaných cílů. Výsledek si ověříme teoretickou znalostí, kdy pacientovi pokládáme otázky a praktickou znalostí, kterou si ověříme zručností exulanta (PÝCHOVÁ, 2010, s. 34)

3.3 Výchovné cíle

Za cíl považujeme předpokládaný a očekávaný výsledek v chování účastníků – exulantů, kterých se má dosáhnout vyučováním. Tento termín také vyjadřuje specifický a bezprostřední důvod procesu učení. Cíle bychom měli stanovit nejen na konci edukačního procesu, ale i v kterémkoli okamžiku jeho průběhu. Cíl je vhodné formulovat ve formě očekávaného výkonu účastníků tak, aby bylo možné zpětně zjišťovat, jestli bylo těchto výchovných cílů dosaženo.

Cíle rozlišujeme v těchto oblastech:

- Kognitivní (poznávací) – týká se osvojování si vědomostí a rozumových schopností
- Psychomotorické - zahrnuje formování psychomotorických (pohybových, pracovních) dovedností
- Afektivní (postojové, hodnotové) – obnáší 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 (PÝCHOVÁ, 2010, s. 36)

4 EDUKACE ŽEN S INKONTINENCÍ MOČI

Ve dnech 24.1.2010 - 28.1.2010 jsem navštívila všeobecnou urologickou ambulanci v Nemocnici ve Frýdku-Místku . Zde jsem si pro svou edukační práci vybrala pět žen, které mají potíže s únikem moči. Vzhledem k faktu, že se stresová inkontinence řadí k nejčastějším typům inkontinence, jsem si záměrně vybrala ženy s tímto typem močové inkontinence, pro které budu sestavovat edukační plán.

Pro zjištění informací jsem použila metodu kvalitativního výzkumu - strukturovaný rozhovor. V rozhovoru jsem použila 20 otevřených otázek, jejichž cílem bylo zjištění informovanosti dotazovaných žen o problematice močové inkontinenci. Především mě zajímalo, zda mají přehled o prevenci, příčinách úniku moče, jestli znají cviky na posílení svalů dna pánevního. Na základě jejich odpovědí jsem sestavila edukační plán, jehož hlavním cílem byla větší informovanost edukantek.

4.1 Otázky strukturovaného rozhovoru:

1. Zнала jste termín „Inkontinence moči“ ještě před tím, než jste sama začla mít problémy s únikem moči?
2. Kdy jste poprvé zaregistrovala Vaše problémy s inkontinencí?
3. V jakých případech Vám moč unikne? Popište situaci.
4. Styděla či stydíte se o inkontinenci hovořit?
5. S kým jste poprvé o tomto problému hovořila?
6. Kdy jste navštívila lékaře kvůli tomuto onemocnění?
7. Informoval Vás lékař o typu Vaší inkontinence, jejího vzniku a preventivních opatřeních?
8. Omezuje Vás nějakým způsobem únik moči?
9. Má toto onemocnění vliv na Vaš dosavadní život?
10. V jakém směru Vám inkontinence ovlivňuje život?
11. Slyšela jste o cvičení, které posiluje svaly dna pánevního?
12. Cvičíte někdy podle těchto cviků?
13. Užíváte hygienické pomůcky, které se používají v souvislosti s tímto onemocněním?
14. Zajišťujete si nějakým způsobem tyto pomůcky?
15. Slyšela jste o tom, že inkontinenci moči může také zapříčinit porod?
16. Informoval Vás lékař, že únik moči se v některých případech dá řešit operativně?
17. Myslíte si, že inkontinence Vám natolik negativně ovlivňuje život, že by jste se přikláněla spíš k operativní léčbě?
18. Myslíte si, že Vaše informace o tomto onemocnění jsou pro Vás dostačující?
19. Chcete získat nějaké další informace o inkontinenci?
20. Chcete mi ještě něco k této problematice říct, svěřit se?

Charakteristika vybrané pacientky:

Klientka M.Ž. navštívila dne 24.1.2011 Nemocnici ve Frýdku-Místku. Do všeobecné urologické ambulance přichází pro inkontinenci moči při fyzické námaze, smíchu a kašli.

Identifikační údaje:

Rok narození: 1963

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Zaměstnání: účetní

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění

Gynekologická anamnéza: menarché od 13 let, menstruační cyklus pravidelný 28/6, v roce 1986 spont. porod – hoch 3100/50, dále v roce 1989 spont. porod - děvče 2700/48, oba porody proběhly bez komplikací

Farmakologická anamnéza: žádné dlouhodobé užívání léků

Alergická anamnéza: ořechy

Abúzy: alkohol příležitostně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ano znala“.

2. „Přibližně před rokem“.

3. „Nejčastěji mi moč unikne když zvednu těžké věci, třeba tašku s nákupem. Dále také při velkém smíchu a občas při silnějším kašli“.

4. „Ano, stydím“.

5. „S mou mladší sestrou“.

6. „Před dvěma měsíci“.

7. „Ano, vše mi vysvětlil“.

8. „Ano, samozřejmě“.

9. „Ano“.

10. „Hlavně v tom, že pokud nemusím nikam jít, raději zůstávám doma. Kdysi jsme s manželem hodně chodili na hory, tancovat a atd. Poslední dobou se nejlépe cítím doma“.

11. „Ano, slyšela“.

12. „Ne, neudělám si na to čas“.

13. „Ano“.
14. „Ano, kupuji si je sama přes internet“.
15. „Ano, můj obvodní gynekolog se mi o tom zmínil“.
16. „Ne“.
17. „Zatím asi ne. Víím toho dost, ale chci vědět ještě více“.
18. „Ne“.
19. „Určitě ano“.
20. „Ne, děkuji“.

Analýza rozhovoru:

Klientka M.Ž. uvedla, že její problémy s inkontinencí moči registrovala poprvé zhruba před rokem, ovšem kvůli studu vyhledala odbornou pomoc až v listopadu roku 2010. Únik moči jí nejčastěji nastává při fyzické námaze, např. když chce zvednout tašku s nákupem, dále uvádí situace, když se směje a kašle. Klientka přiznala, že jí její onemocnění negativně ovlivňuje život a to zejména v oblasti sociální. Nejlépe se cítí sama doma, nerada chodí mezi lidi. O cvičení, které posiluje svaly dna pánevního ví, ovšem jak řekla, neudělá si na tyto cviky čas. Největším množstvím informací o vzniku inkontinence, jejího typu, preventivních opatřeních a konzervativní i operativní léčbě jí zahrnul ošetřující lékař z všeobecné urologické ambulance, další informace má od obvodního gynekologa. Další poznatky si obstarala sama na internetu, díky kterému si také zajišťuje hygienické pomůcky. I přes množství informací, které v tuto chvíli má projevila obrovský zájem dozvědět se další zajímavosti.

Charakteristika vybrané pacientky:

Klientka P.K. navštívila dne 25.1.2011 Nemocnici ve Frýdku-Místku. Do všeobecné urologické ambulance přichází pro inkontinenci moči při větší fyzické námaze.

Identifikační údaje:

Rok narození: 1982

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: na mateřské dovolené

Rodinná anamnéza: matka - hypertenze

Osobní anamnéza: 2002 – infekční mononukleóza

Gynekologická anamnéza: menarché od 14 let, menstruační cyklus pravidelný 28/5, v roce 2010 – hoch 3850/52, porod proběhl bez komplikací

Farmakologická anamnéza: žádné dlouhodobé užívání léků

Alergická anamnéza: kočičí srst, prach, pyl, roztoči

Abúzy: 0

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ne“.
2. „Asi před půl rokem“.
3. „Především když zvedám své dítě nebo chci udělat najednou pár rychlých kroků“.
4. „Ano, stydím se. Je mi to hrozně nepříjemné.“
5. „Se svým obvodním gynekologem“.
6. „Před čtyřmi měsíci“.
7. „Trochu ano“.
8. „Ano“.
9. „Ano“.
10. „Mám strach z úniku moči, pořád na to myslím“.
11. „Viděla jsem nějaké obrázky“.
12. „Ne“.
13. „Ano, střídám je s menstruačními vložkami“.
14. „Občas si je koupím“.
15. „Ano“.
16. „Ne“.

17. „To asi ne“.
18. „Ne“.
19. „Ano, moc ráda“.
20. „V tuto chvíli mě nic nenapadá“.

Analýza rozhovoru:

Klientka P.K. prozradila, že jí únik moči začal znepokojovat před půl rokem a to v době, kdy jí skončilo „šestinedělí“. I přes stud a nepříjemné pocity se svěřila svému obvodnímu gynekologovi, který ji poslal s doporučením na urologickou ambulanci. Uvedla, že únik moči jí nejčastěji nastává při větší fyzické námaze, např. když zvedá své dítě nebo chce udělat pár rychlejších kroků. Klientka přiznala, že jí toto onemocnění způsobuje strach a stres, neustále musí myslet na únik moči a snaží se vyvarovat situacím, které by náhlý únik moči mohl způsobit. Cviky, které posilují svaly pánevního dna viděla na obrázcích, ovšem necvičí podle nich. Její informovanost uvedla jako slabou a nedostačující. Klientka projevila zájem dozvědět se další zajímavosti o inkontinenci, především o jejím vzniku, léčbě a preventivních opatřeních.

Charakteristika vybrané pacientky:

Klientka E.Š. navštívila dne 27.1.2011 Nemocnici ve Frýdku-Místku. Do všeobecné urologické ambulance přichází pro inkontinenci moči při smíchu a především větší fyzické námaze. Po vyšetření v urologické ambulanci odchází do poradny pro inkontinenci, která je součástí všeobecné urologické ambulance.

Identifikační údaje:

Rok narození: 1968

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Zaměstnání: výpravčí

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění

Gynekologická anamnéza: menarché od 15 let, menstruační cyklus pravidelný 28/5, v roce 1993 spont. porod – děvče 3550/51, porod proběhl bez komplikací

Farmakologická anamnéza: žádné dlouhodobé užívání léků

Alergická anamnéza: neudává

Abúzy: alkohol příležitostně, kouří 3 cigarety denně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ne, nikdy jsem ho neslyšela“.

2. „Asi třemi měsíci“.

3. „Při smíchu a cvičení. A také když zvedám těžké věci“.

4. „Ano“.

5. „S kolegyní v práci. Svěřila se mi, že má potíže s únikem moči“.

6. „Před necelým měsícem“.

7. „Ano“.

8. „Ano“.

9. „Ano, trochu“.

10. „Kdysi jsem moc ráda sportovala. Teď bohužel nemůžu. Známi mi říkají, že už se tolik neusmívám a mají o mě obavy“.

11. „Ano“.

12. „Zatím ne“.

13. „Ano“.

14. „Kupuji si je v lékárně, kde pracuje moje dobrá kamarádka“.
15. „Ne“.
16. „Ne“.
17. „Já se operací hrozně bojím“.
18. „Ne“.
19. „Ano, ráda bych věděla více“.
20. „V tuto chvíli ne. Ale děkuji Vám, jste laskavá“.

Analýza rozhovoru:

Klientka E.Š. prozradila, že jí inkontinence moči začala činit problémy přibližně před třemi měsíci. Uvedla, že náhlý únik moči pozoruje zejména při sportu, smíchu a také při zvedání těžkých věcí. O inkontinenci moči se dozvěděla od své spolupracovnice, která má taktéž problémy s únikem moči. Díky tomuto rozhovoru se paní E.Š. rozhodla vyhledat odbornou pomoc, a to před necelým měsícem. Z rozhovoru vyplynulo, že informovanost klientky je slabá. V používání a zajišťování hygienický inkontinenčních pomůcek se klientka orientuje. Ovšem chybí informovanost v oblasti léčby. Paní E.Š. projevila zájem dozvědět se více informací o tomto onemocnění, a to zejména v oblasti posilování svalů dna pánevního.

Charakteristika vybrané pacientky:

Klientka K.H. navštívila dne 28.1.2011 Nemocnici ve Frýdku-Místku. Do všeobecné urologické ambulance přichází pro inkontinenci moči, která nastává při zvedání těžkých věcí a kašli.

Identifikační údaje:

Rok narození: 1942

Vzdělání: základní

Zaměstnání: důchodkyně

Rodinná anamnéza: nelze zjistit

Osobní anamnéza: diabetes mellitus II. stupně – na dietě, hypertenze

Gynekologická anamnéza: menarché od 13 let, menstruační cyklus pravidelný 28/6, v roce 1963 spont. porod – děvče 3550/51, v roce 1965 spont. porod – děvče 3460/51, v roce 1968 spont. porod – děvče 2980/50, porody proběhly bez komplikací

Farmakologická anamnéza: Tritace 5mg

Alergická anamnéza: neudává

Abúzy: 0

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ne“.

2. „Před pěti lety“.

3. „Při zvedání těžkých věcí a kašli“.

4. „Ano“.

5. „S obvodní lékařkou“.

6. „Před dvěma měsíci“.

7. „Ano“.

8. „Ano“.

9. „Ano“.

10. „Stresuji se situacemi, při kterých dochází k úniku moči. Je mi to trapné a stydím se. Snažím se proto těmito situacím vyhýbat. Mám obavy, že zapáchám močí a proto se straním lidem“.

11. „Pan doktor mi řekl, že takové cviky existují. Ale žádný mi neukázal“.

12. „Ne“.

13. „Vím, že existují. Ale na mě jsou moc drahé“.

14. „Ne“.
15. „Ano“.
16. „Ano“.
17. „Ano“.
18. „Ne“.
19. „Ano, samozřejmě“.
20. „Ne“.

Analýza rozhovoru:

Klientka K.H. prozradila, že jí inkontinence moči začala způsobovat problémy zhruba před pěti lety. Ovšem kvůli studu se o tomto onemocnění zmínila až před dvěma měsíci, a to obvodní lékařce, kterou pravidelně navštěvuje kvůli hypertenzi a sledování hladiny cukru v krvi. K náhlému úniku moči dochází především při zvedání těžkých věcí a také při kašli. Klientka, která je již v důchodu, prozradila, že třicet let pracovala v dole u pásu a přenášela těžké předměty. Toto je podle ní hlavní příčina její inkontinence. Informovanost klientky o úniku moči je přiměřená. Je si vědoma typu inkontinence, kterým trpí. Dále ví o příčinám vzniku tohoto onemocnění a její následné konzervativní i operativní léčbě. Neznalost je především v oblasti posilování svalů dna pánevního. Kvůli ekonomické situaci nepoužívá hygienické inkontinenční pomůcky. Paní K.H. uvedla, že únik moči ji stresuje. Snaží se vyhýbat situacím, které inkontinenci způsobí. A toto jí negativně ovlivňuje život. Inkontinence má na klientku dopad i ze sociálního hlediska, straní se lidem. Klientka K.H. projevila zájem dozvědět se více informací o tomto onemocnění.

Charakteristika vybrané pacientky:

Klientka P.B. navštívila dne 28.1.2011 Nemocnici ve Frýdku-Místku. Do všeobecné urologické ambulance přichází pro inkontinenci moči, která nastává při fyzické námaze, kašli a smíchu. Po vyšetření v urologické ambulanci odchází do poradny pro inkontinenci, která je součástí všeobecné urologické ambulance.

Identifikační údaje:

Rok narození: 1973

Vzdělání: střední odborné bez maturity

Zaměstnání: kadeřnice

Rodinná anamnéza: matka – diabetes mellitus II. stupně – na dietě, otec - hypertenze

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, interně se s ničím neléčí, v roce 2004 úraz kolene

Gynekologická anamnéza: menarché od 14 let, menstruační cyklus pravidelný 28/4, v roce 1996 spont. porod – hoch 3250/50, v roce 1999 spont. porod – děvče 2900/49, porody proběhly bez komplikací

Farmakologická anamnéza: Lindynette 20

Alergická anamnéza: neudává

Abúzy: alkohol příležitostně

Odpovědi strukturovaného rozhovoru:

1. „Ano“.

2. „Zhruba před rokem“.

3. „Při kašli, smíchu a také když zvedám nějaké těžší věci“.

4. „Ano“.

5. „Svěřila jsem se kamarádce“.

6. „Před měsícem“.

7. „Ano“.

8. „Ano“.

9. „Ano“.

10. „Změnil se nám především intimní život a to mě velmi trápí. Stydím se před svým manželem. Mám obavy, že dojde k úniku moči“.

11. „Ano“.

12. „Někdy si zacvičím“.

13. „Někdy, častěji ovšem používám menstruační vložky, protože jsou levnější“.
14. „Občas si je koupím“.
15. „Ne“.
16. „Ne“.
17. „Ano“.
18. „Ne“.
19. „Ano“.
20. „Ne“.

Analýza rozhovoru:

Klientka P.B. prozradila, že jí inkontinence moči začala způsobovat problémy v lednu roku 2010. Ovšem kvůli studu a podceňování celé situace se o úniku moči zmínila až před měsícem, a to své kamarádce. K inkontinenci dochází především při kašli, smíchu a zvedání těžších věcí. Informovanost klientky o úniku moči je přiměřená. Z rozhovoru vyplynulo, že neinformovanost je především v oblasti příčinách vzniku inkontinence a její následné léčbě. Klientka přiznala, že náhlý únik moči ji negativně ovlivňuje život, a to především v intimitě. Jak sama uvedla, před manželem se stydí a vyhýbá se pohlavnímu styku z obavy, že by došlo k náhlému úniku moči. Hygienické inkontinenční pomůcky si občas kupuje, ovšem z ekonomického hlediska častěji používá menstruační vložky. Cviky, které posilují svaly dna pánevního zná, zacvičí si jednou týdně 15 minut. Klientka P.B. projevila zájem dozvědět se více informací o tomto onemocnění, především o její konzervativní i operativní léčbě.

4.2 Edukační plán žen se stresovou inkontinencí

Edukační plán žen se stresovou močovou inkontinencí považujeme za první krok k poskytnutí větší informovanosti ohledně jejich onemocnění. Edukanky by si měly osvojit principy a způsoby řešení svého problému, který má negativní dopad na jejich kvalitu života. Ženy se naučí zvládat jednotlivé kroky, které povedou ke zlepšení jejich onemocnění a následně ke zlepšení fyzického a psychického stavu. Aktivní přístup a snaha by měly vést ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

Cílem edukace je: osvojení si základních pojmů a zvýšení informovanosti v problematice stresové inkontinence, vyšší znalosti v příčinách onemocnění, význam cvičení svalů pánevního dna, osvojení si správných hygienických návyků. Důkladným dodržováním jednotlivých kroků edukačního plánu ženy dosáhnou jak požadovaného cíle, tak své spokojenosti.

Edukační proces bude realizován v průběhu 3. setkání. První část bude teoretická, kdy budu prezentovat obsah přednášky. V druhé části se zaměřím na osvojení a praktický nácvik jednotlivých cviků, které jsou zaměřeny na posílení svalů pánevního dna. V poslední části si v rámci diskuse a prezentace zopakujeme všechny získané teoretické vědomosti a poté praktické dovednosti. V průběhu diskuse zjistím, zda klientky všemu rozumí, v případě nejasností znovu vysvětlím. V případě potřeby je možno naplánovat další schůzku.

Edukační materiál – metoda tištěného slova (textový materiál), formou letáků a dalších materiálů o inkontinenci moči, obrázky cviků, počítačová technika se zpětným projektorem.

4.2.1 Realizace edukace

Edukační setkání:

Edukační setkání probíhala v Alergologické školce se zvláštní péčí ve Frýdku-Místku. Zapůjčená prostorná a moderní místnost slouží k schůzím vedení školky. Všechna edukační setkání se odehrávaly v podvečerních hodinách, aby klientky nebyly rušeny hlukem z okolí. Místnost je vybavená moderní elektronickou technikou. K dispozici jsme měly počítačové vybavení s data projektorem, tabuli, rádio k pouštění relaxační hudby a kuchyňku pro případné malé občerstvení. Toaleta i se sprchou byly v blízkosti. Klientky se zde cítily velice příjemně.

1. Edukační setkání - teoretická část (1.2.2011, 17:00-19:00)

Plánování:

- Zjistím informovanost klientek o anatomii močového ústrojí.
- Exulantkám budou vysvětleny základní pojmy související s pojmem „Inkontinence moči“.
- Sdělím druhy inkontinencí, uvedu rozdíly.
- Klientky budou seznámeny s možnými příčinami vzniku inkontinence.
- Informuji se o veškerých vyšetřeních, které klientky podstoupily.
- Edukující ženy budou seznámeny s léčbou konzervativní i chirurgickou.
- Sdělím a vysvětlím podstatu chirurgické léčby.
- Klientky budou edukovány o důležitosti dodržování správných hygienických návyků a používání inkontinenčních pomůcek.
- Vymezím čas pro dotazy.
- U edukantek vyvolám zájem ke zvýšení informovanosti v této problematice.

Realizace:

- V úvodu edukačního setkání byla popsána a vysvětlena anatomie močového ústrojí. Pro lepší pochopení klientek byl použit data projektor, na kterém byly promítnuty schémata močového systému.
- Edukujícím ženám byly vysvětleny základní pojmy související s inkontinencí moči
- Sdělila jsem druhy inkontinencí moči, vysvětlila jsem rozdíly mezi nimi.
- Klientky byly seznámeny s možnými příčinami vzniku inkontinence.
- Obezámila jsem klientky s vyšetřeními, která podstoupily. Uvedla jsem, z jakého důvodu jsou prováděna a jaký mají přínos.
- Vysvětlila jsem klientkám možnosti léčby. Edukovala jsem o léčbě konzervativní i chirurgické.
- Seznámila a vysvětlila jsem ženám podstatu chirurgické léčby.
- Edukující ženy byly informovány o důležitosti správných hygienických návyků a používání pomůcek pro inkontinentní ženy. Část druhé poloviny přednášky jsem věnovala hygienickým pomůckám.
- Vymezila jsem dostatek času na dotazy. Veškeré nejasnosti jsem znovu vysvětlila.
- U edukantek byl vyvolán zájem ke zvýšení jejich informovanosti v této problematice.

Vyhodnocení:

- Klientky jsou informovány o funkci močového ústrojí.
- Edukující ženy pochopily základní pojmy související s problematikou inkontinence moči.
- Klientky si jsou vědomy typů inkontinencí moči. Vědí, jakým typem inkontinence moči trpí.
- Klientky znají příčiny vzniku inkontinence. Vědí, co u nich zapříčinilo vznik náhlého úniku moči.
- Klientky chápou, jaká vyšetření podstoupily a co bylo jejich přínosem.

- Klientky jsou informovány o léčbě, konzervativní i chirurgické. Chápou rozdíly mezi nimi.
- Klientky znají podstatu chirurgické léčby.
- Klientky chápou důležitost dodržování správných hygienických návyků. Mají přehled o hygienických pomůckách pro inkontinentní ženy, znají způsob jejich hrazení, vědí, jak si je obstarat.
- Ke konci edukačního setkání byl dán prostor ke zodpovězení dotazů.
- Klientky prokázaly zájem pokračovat v edukačním procesu a dozvědět se další informace související s touto problematikou.

2. Edukační setkání - praktická část (4.2.2011, 16:00-18:00)

Plánování:

- Klientky pochopí, které svaly se podílejí na udržení moči.
- Klientky si uvědomí, které svaly je potřeba posilovat.
- Klientky budou znát, kdo je Arnold Henry Kegele a čím je pro nás důležitý.
- Edukantky pochopí, jak efektivně cvičit dle Arnolda Henryho Kegela.
- Klientky pochopí význam perineometru pro nácvik Kegelova cvičení.
- Kladen důraz bude na pravidelnosti cvičení.
- Klientky budou informovány o pomůckách, které posilují svaly dna pánevního.
- Edukantám dám prostor k dotazům a nejasnostem, zodpovím jejich otázky.

Realizace:

- Klientkám jsem objasnila, které svaly se podílejí na udržení moči.
- Edukujícím ženám jsem vysvětlila, které svaly je potřeba posilovat.
- Klientky jsem informovala, kdo je Arnold Henry Kegele a proč se o něm zmiňuji.
- Klientkám jsem vysvětlila a poté názorně předvedla, jak efektivně cvičit dle Arnolda Henryho Kegela.
- Edukantkám jsem objasnila význam perineometru pro nácvik Kegelova cvičení.

- Ženám jsem vysvětlila, proč je důležité cvičení pravidelně opakovat.
- Klientky jsem edukovala o pomůckách, které posilují svaly dna pánevního. Zmínila vaginální kužely, dále jsem hovořila o Venušinych kuličkách v menších rozměrech, které se vyrábějí přímo k posilování svalů dna pánevního. Zmínila jsem také levnější formu a to posilování svalů dna pánevního při chůzi, a to bez jakýchkoliv inkontinenčních pomůcek.
- Na závěr edukačního setkání jsem dala prostor k diskuzi a zodpověděla jsem dotazy edukovaných žen.

Vyhodnocení:

- Klientky chápu, které svaly se podílejí na udržení moči.
- Klientky vědí, které svaly je třeba posilovat, aby k náhlému úniku moči nedocházelo.
- Klientky vědí, kdo je Arnold Henry Kegele a chápou.
- Edukantky chápou, jak efektivně cvičit dle Arnolda Henryho Kegela. Cviky jsem klientkám ukázala a samy si je poté vyzkoušely.
- Klientky znají význam perineometru pro nácvik Kegelova cvičení.
- Klientky jsou informovány, proč je důležité cviky opakovat. Vědí, že efekt cvičení spočívá v pravidelnosti opakování těchto cviků.
- Edukantky jsem informovala o pomůckách, které posilují svaly dna pánevního. Vědí, kde si je obstarat a jak se používají.
- Ke konci edukačního setkání byl dán prostor ke zodpovězení dotazů.

3. Edukační setkání – zopakování (10.2.2011, 17:00-19:00)

Plánování:

- Klientky si zopakují základní pojmy, které souvisí s únikem moči.
- Ověřím si teoretické znalosti a praktické dovednosti klientek.
- V závěru edukačního setkání dám klientkám prostor k dotazům.
- Zhodnotím průběh edukačního procesu, teoretické znalosti a praktické dovednosti klientek.

Realizace:

- V úvodu edukačního setkání byla pomocí prezentace a obrázků připomenuta všechna fakta týkající se úniku moči. Klientky si zopakovaly základní pojmy související s inkontinencí moči, připomenuly si cviky k posílení svalů pánevního dna.
- Pokládala jsem otázky, na které mi klientky odpovídaly. Klientky mi názorně předvedly, jak se cviky mají správně provádět.
- V závěru edukačního setkání jsem dala prostor k dotazům a diskusi.
- Zhodnotila jsem znalosti a dovednosti klientek a celkově jsem vyhodnotila průběh edukačního procesu.

Závěrečné vyhodnocení znalostí a vědomostí pacientek:

- Klientky si osvojily základní pojmy o inkontinenci.
- Klientky znají příčiny, vyšetření a léčbu inkontinence.
- Klientky si jsou vědomy preventivních opatření.
- Klientky vědí, jak správně vykonávat cviky k posílení svalů dna pánevního.
- Klientky umí cviky na posílení svalů pánevního dna a chápou důležitost pravidelného cvičení.
- Klientky se již tolik nestydí o inkontinenci moči hovořit.

Všechna edukační setkání měla každé klientce pomoci přiblížit problematiku močové inkontinence. Pouze díky větší informovanosti můžou jejich obavy a stud částečně vymizet. Právě stud zapříčiní to, že nemocné ženy příliš dlouho čekají na vyhledání odborné pomoci. Nesmíme tedy zapomínat, že edukací - výchovou a vzděláváním - můžeme těmto ženám pomoci.

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

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo upozornit na problém inkontinence moči, který zasahuje do života mnoha žen a tím ovlivňuje kvalitu života. Skutečnost, že inkontinence moči snižuje kvalitu života žen, je závažná. Avšak jen malé procento žen se se svým problémem svěří a včas vyhledá odbornou pomoc. Překážkou brzké vyhledání pomoci je bezesporu strach a stud o problematice hovořit. Stud můžeme eliminovat pouze tím, že budeme dostatečně informovat tyto ženy a podporovat je v léčbě.

Pro edukaci jsem vybrala pět žen, které navštěvují všeobecnou urologickou ambulanci v Nemocnici ve Frýdku-Místku. Všechny ženy měly zájem získat více informací o jejich problému a chtěly se aktivně podílet na své léčbě.

Pomocí strukturovaného rozhovoru byla zjištěna míra informovanosti vybraných žen. Na základě jejich výpovědí jsem vytvořila edukační plán, jehož cílem bylo přiblížit ženám problematiku inkontinence moči a tím odbourat jejich stud o této problematice hovořit. Jednotlivými kroky edukace ženy dokázaly zlepšit svůj psychický i fyzický stav a tím zvýšily kvalitu jejich života.

Zahrnutý edukační plán je možno aplikovat v ošetrovatelské praxi. Mohou jej využít nejen porodní asistentky, ale i fyzioterapeuti a další ošetrovatelský personál, který pečuje o ženy s inkontinencí moči.

Věřím, že naše práce bude přínosná pro zlepšení zdraví, k lepšímu a kvalitnějšímu životu všech inkontinentních žen.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Při poskytování informací v problematice močové inkontinence dbát na individuální přístup ke každé klientce. Apelovat na zpětnou vazbu.
- Nestydět se o svém problému s únikem moči hovořit. Důležitá je důvěra mezi klientkou a zdravotnickým personálem.
- Neustálý přísun informací o problematice močové inkontinence (brožury, letáky, informační materiály).
- Pořádání přednášek a seminářů, které by se danou problematikou zabývaly.
- Urologické ambulance ve spolupráci s kluby pro inkontinentní by měly pořádat edukační setkání. Ženy by měly být rozděleny podle toho, v jaké fázi léčby se nacházejí.
- Edukovat o správných hygienických návycích.
- Informovat o jednorázových absorbčních pomůckách.
- Spolupráce s fyzioterapeutkami, které by vedly ženy při procvičování svalů pánevního dna.
- Osvojení si Kegeleho cviků. Toto cvičení pravidelně dodržovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALEXANDER, J. a kol. 2001. *Léčíme se s přírodou*. 1. vyd. Praha : Reader's Digest Výběr, 2001. ISBN 80-86196-36-4.
2. ČERMÁK, A., PACÍK, D. 2006. *Inkontinence moči*. 1. vyd. Praha : Triton Praha, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-950-0.
4. HALAŠKA, M. a kol. 2004. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
5. HNILICOVÁ, H. 2002. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Lék.listy. Příloha Zdrav. novin*, 2002, roč.52, č.5, s. 27-29.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
7. KŮRKOVÁ, Daniela. 2007. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí v seniorském věku*. Brno, 2007. 132 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
8. MARTAN, A. a kol. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
9. MARTAN, A. a kol. 2001. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha : © PanMed, 2001. ISBN 80-903049-0-7.
10. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
11. PASTOR, Zlatko. 2007. *Sexualita ženy*. Praha : Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
12. PÝCHOVÁ, Petra. 2010. *Edukační činnost porodní asistentky u ženy s inkontinencí*. Praha, 2010. 57 s. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha : Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
14. SOCHOROVÁ, N. 2009. *Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky*. Olomouc : SOLEN, 2009. ISBN 978-80-87327-11-1.

15. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem : Praktický rádce pro porodní asistentky (a zvládavé rodiče)*. Praha : Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
16. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha : Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
17. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K., a kol. 2008. *Gynekologie*. 2. doplň. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
18. 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
19. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-108-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Mikční deník.....	II
Příloha B – Gymnastika svalů pánevního dna.....	III
Příloha C – Jednorázové absorpční pomůcky.....	VI
Příloha D – Index kvality života.....	VII

Příloha A – Mikční deník



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

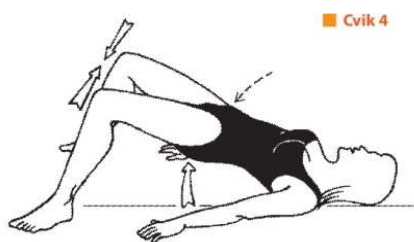
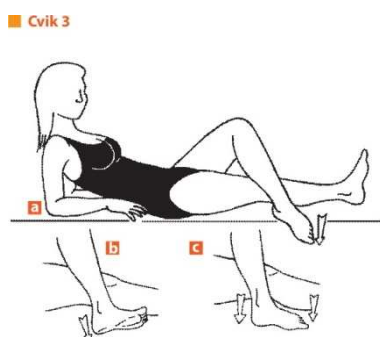
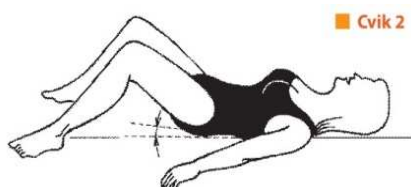
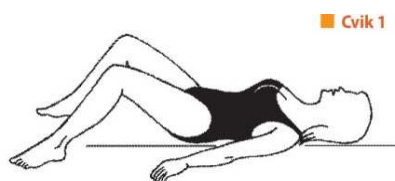
1. den

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 dojit na toaletu, zakroužkujte „N“ v příslušném políčku. Celkový počet zapište do spodního řádku.	Při jaké činnosti k úniku moči došlo?
Časové rozmezí					
<i>Příklad</i>	čaj - šálek	X X X X X	X X X	Ⓝ N N N N N N N	nákupy
06-09 h				N N N N N N N N	
09-12 h				N N N N N N N N	
12-15 h				N N N N N N N N	
15-18 h				N N N N N N N N	
18-21 h				N N N N N N N N	
21-24 h				N N N N N N N N	
00-06 h				N N N N N N N N	
Celkem					

Zdroj:

http://i3.cn.cz/.filedefault/1223298228_mikcni_denik.pdf

Příloha B – Gymnastika pánevního dna



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

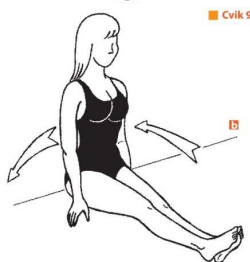
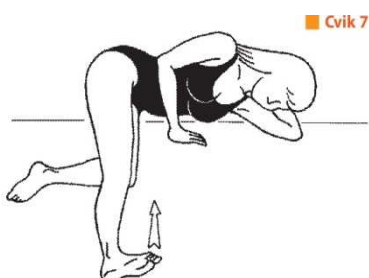
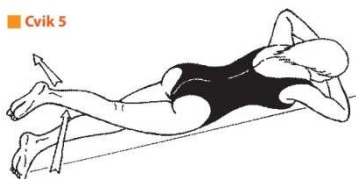
V nádechu zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, podsadíme pánev – bez spínání hýžd'ových svalů! – doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin, s výdechem uvolníme pánev a postupně svaly pánevního dna (pochvu a svěrač močové trubice).

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 C – Jednorázové absorpční pomůcky



Zdroj:

http://www.zpflorence.cz/obrazky/products/main/1779_euron-micro-jpg.jpg

Příloha D – 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 nejlépe 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 problem 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 men nutí kontrolovat si, kolik čeho mohu vypít	1	2	3	4	5
21. Únik moči mne 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:
Pýchová, 2010