

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

**SPECIFIKA EDUKACE PACIENTŮ S MOČOVOU  
INKONTINENCÍ V DOMÉNĚ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETRA BURIÁNKOVÁ**

**Praha 2017**

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

**SPECIFIKA EDUKACE PACIENTŮ S MOČOVOU  
INKONTINENCÍ V DOMÉNĚ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETRA BURIÁNKOVÁ**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

**Praha 2017**



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Buriánková Petra  
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika edukace pacientů s močovou inkontinencí v doméně  
režimových opatření

*Specifics of Regimen Education in Patients Suffering from Urinary  
Incontinence*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 27. 4. 2017

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce, který se podílel na tvorbě mé bakalářské práce. Můj velký dík patří Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za jeho vstřícný a trpělivý přístup a za cenné rady, připomínky, které mi poskytl a pomohl zpracovat.

## ABSTRAKT

BURIÁNKOVÁ, Petra. Specifika edukace pacientů s močovou inkontinencí v doméně režimových opatření. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D. Praha. 2017. 56 s.

Bakalářská práce se zaměří na specifika edukace a konkrétní režimová opatření při léčbě/intervencích močové inkontinence. Budou shrnuty nejčastější možnosti a intervence – životní styl (pitný režim a strava, vyprazdňování moče i stolice, hygienické návyky a péče o pokožku, nezdravé návyky – kouření, alkohol), dále fyzická zátěž a cviky na posílení pánevního dna, léčebná tělesná výchova, biofeedback, trénink močového měchýře, stres, psychická stránka a používání inkontinenčních pomůcek. Bude využito přístupu Evidence Based Nursing s důrazem na kvalitu a efektivitu získaných intervencí a poznatků. Teoretická východiska vymezí definici, typy, prevalenci, vybrané aspekty příčin, příznaků, možných komplikací (zdravotních, psychických, sociálních a jiných), ošetřovatelské hodnotící škály a dále možnosti diagnostiky a léčby (konzervativní, farmakologické, operační řešení) u močové inkontinence, a to s důrazem na realizaci edukačních intervencí/postupů u výše uvedené klientely. V praktické části bude uvedena edukace pacientů se zaměřením na režimová opatření a intervence směrem k možnostem podpory samostatnosti klienta, kvality života a osobní spokojenosti. Zpracovaná specifika v oblasti edukace mohou být využita v praxi sester pracujících na urologické ambulanci v podobě edukačních materiálů pro samotné klienty.

### Klíčová slova

Režimová opatření. Edukace inkontinence. Inkontinenční pomůcky. Cvičení pánevního dna.

## ABSTRACT

BURIÁNKOVÁ, Petra. Specifics of Regimen Education in Patients Suffering from Urinary Incontinence. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D. Prague. 2014. 56 pages.

Bachelor thesis focuses on the specifics of education and specific measures regimen for the treatment / intervention for urinary incontinence. They summarized the most common options and interventions - lifestyle (drinking regime and diet, emptying urine and feces, hygiene and skin care, unhealthy habits - smoking, alcohol), as well as physical activity and exercises to strengthen the pelvic floor, therapeutic exercise, biofeedback, bladder training, stress, psychological aspect and the use of incontinence. Will be used for accessing Evidence Based Nursing with emphasis on the quality and effectiveness of interventions and acquired knowledge. Theoretical bases define the definition, types, prevalence, selected aspects of the causes, symptoms, possible complications (medical, psychological, social and other) nursing assessment scales and further possibilities for diagnosis and treatment (conservative, pharmacological, surgical treatment) with urinary incontinence, and with emphasis on the implementation educational interventions / procedures of the aforementioned clientele. The practical part of the education of patients presented with a focus on the regime measures and interventions towards the possibilities of supporting independence client's quality of life and personal satisfaction. Processed specifics in education can be used in the practice of nurses working in the urology clinic in the form of educational materials for clients themselves.

### Keywords

Regime measures. Education incontinence. Incontinence products. Pelvic floor exercises.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1 MOČOVÁ INKONTINENCE</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 DEFINICE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 TYPY INKONTINENCE</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 PŘÍČINY VZNIKU</b> .....	<b>15</b>
<b>1.4 PŘÍZNAKY</b> .....	<b>16</b>
<b>1.5 KOMPLIKACE</b> .....	<b>17</b>
<b>1.6 DIAGNOSTIKA</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY A DOTAZNÍKY</b> .....	<b>21</b>
<b>1.8 LÉČBA</b> .....	<b>22</b>
<b>2 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 ŽIVOTNÍ STYL</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 FYZICKÁ NÁMAHA</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3 BEHAVIORÁLNÍ LÉČBA, TRÉNINK MOČOVÉHO MĚCHÝŘE</b> .....	<b>30</b>
<b>2.4 PSYCHICKÁ POHODA, STRES</b> .....	<b>31</b>
<b>2.5 INKONTINENČNÍ POMŮCKY</b> .....	<b>31</b>
<b>3 EDUKAČNÍ PROCES</b> .....	<b>34</b>
<b>4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>49</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>50</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>51</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	



# ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo autorkou zvoleno ze tří důvodů. Prvním důvodem byl osobní zájem autorky o oblast ošetrovatelství v urologii. Druhým důvodem bylo zjištění nedostatečné informovanosti pacientů o tomto onemocnění s cílem předání korektních informací zaměřených na režimová opatření daného onemocnění. Třetím důvodem bylo vytvoření edukačního materiálu pro pacienty s močovou inkontinencí.

Mnoho osob vyhledá urologickou ambulanci z obavy onemocnění či ze zájmu o své zdraví, případně při nedostatku informací ohledně urologických potíží. Za jednu z nejdůležitějších komponent ve výkonu práce všeobecné sestry v urologické ambulanci je považován edukační proces. Vhodná a aktivní edukace pacientů s následnou (ideálně proaktivní) motivací k léčbě a kladnému přístupu k vlastnímu zdraví může vést k žádoucím změnám návyků a zdravotního stavu.

Z důvodu častější prevalence močové inkontinence u žen a častějšího výskytu urgentní a stresové inkontinence (SLEZÁKOVÁ et al., 2007, s. 66) se bakalářská práce zaměřuje hlavně na tyto dva typy močové inkontinence, a to u cílové skupiny žen. Ostatní typy a výskyt u mužů bude zmíněn okrajově.

V této bakalářské práci byl pro močovou inkontinenci a její typy namísto zkratk definován v textu užívaný pojem „*inkontinence*“.

V rámci bakalářské práce byl vytvořen edukační leták s názvem Inkontinenci pomůcky. Nejedná se o reklamu firmy MoliMed. V edukačním materiálu jsou výrobky této firmy uvedené jako jedny z možností a z důvodu častého užití v praxi.

**Hlavním cílem** bakalářské práce bylo vypracování správně koncipovaného edukačního materiálu pro potřeby efektivní edukace pacientů s inkontinencí.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Shrnutí dohledatelných relevantních poznatků o **inkontinenci**.

**Cíl 2:** Shrnutí dohledatelných relevantních poznatků o **režimových opatřeních** při inkontinenci.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Osvojit si nové návyky v oblasti **pitného a mikčního režimu**.

**Cíl 2:** Osvojit si nové návyky v oblasti **cviků k posílení pánevního dna** a dodržovat pravidelné cvičení.

**Cíl 3:** Získat informace, jaké jsou **rizikové faktory** inkontinence.

**Vstupní literatura:**

1. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
2. VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
3. SOCHOROVÁ, Nataša, 2008. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi*, 9(2). 92-95. ISSN 1213-1768.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007a. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty 3*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.
5. ROMŽOVÁ, Miroslava, 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*, 15(5). 221-226. ISSN 1213-1768.
6. HORČIČKA, Lukáš, 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3741-9.
7. KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2626-7.
8. MICHALSKÝ, Rudolf a David MÍKA, 2011. *Urologie pro studující ošetřovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství. ISBN 978-80-724-8676-2.

## Popis rešeršní strategie

Zvolená rešeršní strategie byla realizována tzv. vyhledávací strategií s užitím klíčových slov.

K vyhledávání byla použita **klíčová slova** v českém jazyce: *inkontinence močová – inkontinence stresová – inkontinence urgentní – urogynekologie – urologie – dospělý – cviky pánevního dna*, a v anglickém jazyce *urinary incontinence – stress urinary incontinence – urgent urinary incontinence – urogynaecology – urology – adult – pelvic floor excersize*.

Byly použity odborné učebnice pro všeobecné sestry týkající se oborů urologie, ošetrovatelství a edukace.

Po prostudování dohledaných publikací byl zjištěn nedostatek informací ohledně režimových opatření, akupunktury, psychoterapie u inkontinence. Z toho důvodu bylo provedeno doplňující rešeršní hledání s pomocí Booleovských operátorů (AND, OR, NOT) a klíčová slova byla rozšířena o *akupunktura – psychoterapie – režim*.

Elektronické odborné publikace byly vyhledány za použití **elektronických informačních zdrojů** (vyhledavače Google a Google Scholar, databáze Medvik, internetového rozhraní vydavatelství a nakladatelství Solen), odborné knihy a publikace byly dohledány ve Vědecké knihovně v Olomouci.

**Kritéria pro výběr** splňovaly rešeršované odborné publikace a periodika odpovídající zadaným klíčovým slovům a týkající se pouze pacientů s inkontinencí. Vyhledávací období bylo stanoveno v rozmezí let 2007–2017 (důraz kladen na aktuálnost vědeckých poznatků).

**Celkem bylo dohledáno** 150 odborných publikací, z nichž 145 bylo relevantních. Po jejich primárním prostudování, za použití analyticko-syntetické činnosti typické pro přehledové zpracování práce, zadanému tématu odpovídalo 60 publikací a 20 publikací zadaná kritéria nesplňovalo. Za nevyhovující byly považovány ty, které neodpovídaly zadaným kritériím, týkaly se medicínské oblasti řešeného problému,

procesům diagnostiky, léčby, režimových opatření a odklonu od požadovaných let vydání/publikování.

**Pro tvorbu** bakalářské práce **bylo celkem použito 48 publikací** odpovídajících zadaným kritériím. Z nich bylo 44 v českém a 4 v anglickém jazyce.

# 1 MOČOVÁ INKONTINENCE

Inkontinence je rozšířeným problémem, zvláště mezi ženami. Ovlivňuje kvalitu života osoby postižené tímto onemocněním po stránce bio-psycho-sociální, dopad má také finanční. Tato kapitola pojednává o inkontinenci s uvedením definice, prevalence, typů, příčin, příznaků a možných komplikací tohoto onemocnění. Uvádí možnosti diagnostiky (anamnézu, fyzikální, laboratorní vyšetření, klinické testy, ultrazvuk, gynekologické vyšetření u žen, cystoskopii a urodynamická vyšetření), používané hodnotící škály a dotazníky a v neposlední řadě i možnosti léčby (konzervativní, farmakologické a operační).

## 1.1 DEFINICE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ

Inkontinence (z lat. incontinentia urinae) je Mezinárodní společností pro inkontinenci (International Continence Society – ICS) definovaná jako jakýkoli nedobrovolný mimovolný únik moči (KAWACIUK, 2009, s. 267), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221). Jedná se o neovladatelný, nechtěný, nečekaný únik moči. Patří k nejčastějším zdravotním problémům, při kterém si pacient zcela uvědomuje odtok moči, ale nemůže mu zabránit. Výrazně se projevuje nejen na kvalitě života pacientů, ale také na jejich psychice (GENADRY et al., 2013, s. 13), (HORČIČKA, 2012, s. 3), (KAWACIUK, 2009, s. 267), a společenském uplatnění (ŠÁMAL et al., 2016, s. 172).

Prevalence výskytu inkontinence u **žen** je uváděna v rozmezí četností 5–70 %, ve většině případů se jedná o inkontinenci stresovou (49 %), následně smíšenou (29 %) a ve 21 % jde o inkontinenci urgentní (KAWACIUK, 2009, s. 267), (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 148). U **mužů** se vyskytuje ve 3–11 %, nejčastěji se jedná o inkontinenci urgentní (40–80 %), dále o inkontinenci smíšenou (10–30 %) a v 10 % jde o inkontinenci stresovou (KAWACIUK, 2009, s. 267).

## 1.2 TYPY INKONTINENCE

Klasifikace inkontinence není zcela jednotná. Podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci je členěna na 4 základní typy.

**Urgentní inkontinence** (Urge Incontinence) se vyskytuje přibližně v 16 % (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221). Je vůlí neovladatelná, projevuje se únikem moči s náhlým a silným nucením se vymočit. Odvíjí se od dvou typů poruch funkce – neinhibovaných stahů detruzoru s jeho nechtěnou aktivací (motorická urgence) a hyperaktivitou detruzoru (senzorická urgence) (KOLÁŘ, 2009, s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221). Bývá součástí syndromu hyperaktivního močového měchýře (OverActive Bladder – OAB) projevujícího se častým močením, náhlým silným nucením na močení a může či nemusí být přítomna urgentní inkontinence a noční močení (nykturie) (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Stresová inkontinence** (Genuine Stress Incontinence) je častější zejména u žen. V graviditě se vyskytuje přibližně v 60 % a asi u 32 % žen přetrvává i po porodu. Projevuje se nechtěným mimovolným odtokem moči bez pocitu nucení a je ovlivněna náhle zvýšeným nitrobřišním tlakem. Je rozdělena na 3 formy – lehkou formu s únikem moči při kašli či kýchnutí (KOLÁŘ, 2009, s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82) vyskytující se přibližně u 40–63 % žen (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221), středně závažnou formou s obtížemi při chůzi (KOLÁŘ, 2009, s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82) s výskytem kolem 20 % (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221) a těžkou formou projevující se i v klidu, na lůžku (KOLÁŘ, 2009, s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82). Nejčastějšími provokačními momenty bývá fyzická námaha (zvedání těžké zátěže, skákání/poskok) nebo kýchání, kašel či smích (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221). U mužů po radikální prostatektomii pro adenokarcinom se může vyskytnout tzv. postprostatektomická stresová inkontinence (Post Prostatectomy Incontinence) (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Kombinovaná neboli smíšená inkontinence** (Mixed Incontinence) je kombinací více druhů inkontinence. Nejčastěji se kombinují urgentní a stresová inkontinence (KOLÁŘ, 2009, s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Reflexní inkontinence** (Reflex Incontinence) se projevuje odtokem moči, který je způsoben nekoordinovaným stahem. Příčinou je neurogení porucha dolních močových cest. U tohoto typu inkontinence se nucení k močení neobjevuje (KOLÁŘ, 2009,

s. 633), (MACEK et al., 2011, s. 121), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 82).

Další typy inkontinence lze rozdělit podle příčiny. Při **posturální inkontinenci** (Postural Incontinence) dochází k nechtěnému úniku moči při změně polohy pacienta. Jedná se o relativně běžný typ inkontinence bez zcela objasněné příčiny vzniku. Předpokládá se výskyt stresové nebo urgentní inkontinence. Léčba je symptomatická. (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Trvalá inkontinence** (Total Incontinence) se vyznačuje úplným únikem moči, který není ovlivnitelný. Bývá způsobena píštělí (veziko-vaginální, veziko-enterickou), ektopickým vyústěním močového nebo se vyskytuje po sfinkterotomii. (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Inkontinence z přetékání** (Overflow Incontinence) neboli **paradoxní ischurie** je způsobena selháním sfinkterového mechanismu při přeplněném močovém měchýři u pacientů s močovou retencí (zadržáním moči). Je častější u mužů se zúžením močové trubice či se syndromem výtokové rezistence (Bladder Outlet Obstruction) při hyperplazii nebo karcinomu prostaty. U žen bývá vzácnější (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Noční inkontinence** (Nocturnal Enuresis) je únik moči v průběhu spánku. Vyskytuje se zvláště v dětství (enuréza), ale může přetrvávat i v dospělosti, kdy má multifaktoriální etiologii a také souvislost s jinými obtížemi. U 80 % pacientů bývá potvrzen stav hyperaktivního detruzoru. Podílet se na ní může i dědičnost (ROMŽOVÁ, 2014, s. 221).

**Bezpcitová inkontinence** je únik moči, o kterém pacient nemá zdání, ani není zcela jasné, za jakých okolností vzniká. **Koitální inkontinence** (Coital Incontinence), neboli únik moči při sexuálním styku, je stav spojený s penetrací nebo při orgazmu (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222).

### 1.3 PŘÍČINY VZNIKU

Mezi rizikové faktory lze řadit zejména pohlaví – inkontinence se vyskytuje častěji u žen než u mužů.

U **žen** patří mezi rizikové faktory věk, počet porodů, porodní cesta, obezita. Mezi další faktory se řadí menopauza, kouření, zácpa a chronický kašel, následně hrají roli

i anatomické odchylky, předešlé operace, poškození pánevních nervů a svalů, nebo také vliv radioterapie (KAWACIUK, 2009, s. 267).

U **mužů** mezi rizikové faktory lze řadit hlavně stav po operaci prostaty (u 1 % po resekci prostaty pro benigní hyperplazii prostaty), neurologická poranění či úrazy. Po prodělání radikální prostatektomie se inkontinence vyskytuje mezi 2–57 % (KAWACIUK, 2009, s. 267).

Příčiny vzniku inkontinence jsou multifaktoriální a lze je rozdělit do 3 základních skupin.

**Morfologické příčiny** jsou často vrozené vývojové vady (extrofie močového měchýře často spojená s epispadií močové trubice, ektopie močovodu), infravezikální obstrukce (hyperplazie, karcinom prostaty), cystolitíáza, cystitida, descensus pánevního dna, veziko-vaginální píštěl (HERLE, 2016, s. 103), (HORČIČKA, 2015, s. 25-26), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61).

**Funkční příčiny** většinou zahrnují neurogenní nebo non-neurogenní poruchy či onemocnění – poškození inervace močového měchýře a svěrače v rámci velkých operací v malé pánvi, nádory mozku a míchy, spina bifida, sclerosis multiplex (HERLE, 2016, s. 103), (HORČIČKA, 2015, s. 25-26), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61).

**Jiné příčiny** – jedná se např. o inkontinenci v kómatu, metabolická onemocnění, rizika a dopady životního stylu, vliv zaměstnání, věk, pohlaví, obezita, různá farmaka (psychofarmaka, spasmolytika, antidepresiva, antihistaminika, alfablokátory, blokátory kalciových kanálů). U žen to může být menopauza, těhotenství, vaginální porod, prolaps dělohy (HERLE, 2016, s. 103), (HORČIČKA, 2015, s. 25-26), (MICHALSKÝ et al., 2011, s. 61).

## 1.4 PŘÍZNAKY

Příznaky lze rozdělit podle typu inkontinence. Mezi hlavní a nejvýraznější příznak stresové a reflexní inkontinence patří samotný *únik (odtok) moči* – podle stupně postižení po mírné zátěži (kašel, smích) až po klidovou inkontinenci. Při inkontinenci z přetékání moč odtéká samovolně a pacient necítí nutkání močit. Při urgentní inkontinenci jde o pocit nucení se vymočit, který může být náhlý, nekontrolovatelný. (KOLOMBO et al., 2008, s. 292), (RYŠÁNKOVÁ, 2016, s. 72), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 66), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 84). Mohou se objevit problémy s močením během dne, kdy pacient „*musí chodit častěji*“ močit, *dysurické potíže* jako



pálení či řezání při močení. V některých případech bývá přítomno časté *noční močení*, které často vede ke zhoršení kvality spánku (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 84), (ZÁMEČNÍK, MACEK, 2012, s. 146-147).

## 1.5 KOMPLIKACE

Komplikace mohou být rozděleny do 4 základních skupin. Mezi **zdravotní komplikace** lze řadit zvláště možný vznik močové infekce, urosepsy, dále opruzeniny, podráždění kůže, výskyt dekubitů. Z častého nočního úniku moči může dojít ke vzniku poruch spánku a následně i k rozvoji syndromu chronické únavy. **Psychické komplikace** mohou nabývat až pocitů ztráty sebeúcty, frustrace, deprese, příp. projevy a komplikace inkontinence vyvolávají hněv, strach i úzkost. **Sociální problémy** zahrnují možnou sociální izolaci, sníženou pracovní výkonost, omezování rekreačních aktivit a narušení intimního, partnerského vztahu. **Ekonomickou komplikací** nejčastěji bývá finanční náročnost nákupu potřebných inkontinentních pomůcek (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 65), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 83).

## 1.6 DIAGNOSTIKA

Nejdůležitější částí následné terapie je správná diagnostika. Diagnostické postupy pomáhají k určení průkazu závažnosti a typu inkontinence. Základem diagnostiky bývá anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření moči, klinické testy, zobrazovací metody, instrumentální urologické vyšetření, urodynamické vyšetření, u žen také gynekologické vyšetření (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 66).

### **Anamnéza**

Anamnéza patří mezi základní vyšetření osob s rizikem vzniku, příp. již přítomnou inkontinencí. Rozhovor by měl vést zkušený lékař, který bude pokládat jasně formulované otázky s cílem zjistit od pacienta zdravotní problémy související s odtokem moči a pacientův osobní pohled na ně. Díky podrobné anamnéze lze zjistit o jaký typ inkontinence se jedná a jaké základní terapeutické postupy je možno navrhnout (KOLOMBO et al., 2009, s. 11). **Rodinná anamnéza** se zaměřuje na výskyt inkontinence moči, anomálií močových cest u příbuzných (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 84). **Osobní anamnéza** je zaměřena zpravidla na příznaky onemocnění. Otázky by měly být cíleně směřovány na trvání obtíží s močením, počet močení během celého

dne, množství jedné porce moči, časové intervaly mezi jednotlivými močením, schopnost oddálení močení, přítomnost urgency močení. U mužů je důležité neopomenout dotaz ohledně startu močení, proudu moči, domočování. Správně kladené dotazy mohou vést ke snazší diagnostice typu inkontinence (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). Zjišťujeme také interní onemocnění (ateroskleróza, mozkový iktus), neurologické onemocnění (sclerosis multiplex), farmakoterapii (antihypertenziva, diuretika, psychofarmaka), prodělané infekce močového systému, sexuální život (KROFTA et al., 2010, s. 24-25). **Urologická anamnéza** je zaměřena na zjištění doby vzniku prvních problémů a souvislostí s jejich vznikem (denní doba, pitný/dietní režim), frekvence denní i noční mikce, defekační režim, provokační momenty (kašel, smích, chůze do schodů, fyzická aktivita), somatické obtíže (tlak, bolest, dysurie, polakisurie, makroskopická hematurie), hygienické návyky (častost výměny pomůcek, jejich množství) (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). **Pracovní anamnéza** slouží k získání informací o náročnosti povolání, psychické zátěži a psychotraumatizujících momentech v zaměstnání (MARTAN, 2015, s. 36-37). U žen je zjišťována **gynekologická anamnéza** – prodělané operační výkony a zánětlivé procesy v malé pánvi, menstruační cyklus, menopauza, počet a způsob ukončení těhotenství (CHMEL, 2010, s. 18-19).

### **Fyzikální vyšetření**

Zahrnuje běžné klinické vyšetření – zhodnocení celkového zdravotního stavu, vyšetření břicha, vyšetření per rectum a u žen navíc vyšetření zevního genitálu (prolaps dělohy). Orientačně lze provést neurologické vyšetření, zhodnocení kožních problémů (dekubity či opruzeniny). V neposlední řadě je také důležité posoudit projevy psychosociálních problémů – jako např. úzkost, poruchy spánku či symptomy sociální izolace (KOLOMBO et al., 2009, s. 12), (VILHELMOVÁ, 2011, s. 97).

### **Laboratorní vyšetření**

Mezi základní laboratorní vyšetření u inkontinence patří **chemické a kultivační vyšetření moči**, které může odhalit možnou močovou infekci (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). Z dalších doporučených vyšetření lze uvést **biochemické vyšetření krve** (kreatinin, urea, mineralogram, glykémie), u žen výtěry z rodidel (DZVINČUK et al., 2009, s. 240), (KOLOMBO et al., 2009, s. 12), (VILHELMOVÁ, 2011, s. 98).

## **Klinické testy**

Neinvasivní, semiinvasivní nebo invazivní testy vedou k lepší diagnostice a lze je provádět i v ambulantní sféře. **Vložkový test** (Pad-Weight Test – PWT) je zcela neinvasivní vyšetřovací metoda k určení stupně inkontinence. Objektivizuje ztrátu moči za 24 hodin s pomocí vážení plen či vložek po zátěži. Test však není možno uplatnit v diagnostice typu inkontinence (DZVINČUK et al., 2009, s. 240), (KOLOMBO et al., 2009, s. 12), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). **Marshallův test** patří mezi funkční testy prováděné u žen k objektivizaci inkontinence. Při normálně naplněném měchýři (tj. s cca 200 ml) po zakašlání dochází k úniku moči. Pokud se uretra podepře prstem/předmětem a test zopakujeme, k úniku již nedojde (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). Druhým testem používaným u žen je **Q-tip test** – napomáhá k orientaci v mobilitě uretro-vezikálního spojení. V gynekologické poloze se zavede sterilní vatová štětička do močové trubice a pacientka zatlačí jako na stolicí. Měří se pohyb štětičky v zátěži i v klidu (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85).

## **Ultrazvukové vyšetření**

Jedná se o nejdůležitější základní zobrazovací metodu, která pomáhá analyzovat oblast močových cest, uretro-vezikálního spojení při mikci, zobrazuje anatomické změny v pánvi (močový měchýř, dělohu, močovody, ledviny, u mužů prostatu). Nemělo by se opomínat stanovení post-mikčního rezidua (zbytkové moči) po vymočení (DZVINČUK et al., 2009, s. 241), (HANÁKOVÁ, 2010, s. 156), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222).

## **Gynekologické vyšetření**

V rámci gynekologického vyšetření se sleduje výskyt strií na břišní stěně, stav hráze. S pomocí gynekologických zrcadel se hodnotí pokles poševních stěn dělohy, stav poševní sliznice, pánevního dna, pevnost svalů a přítomnost případných píštělí (DZVINČUK et al., 2009, s. 240).

## **Cystoskopie**

Jde o invazivní vyšetření močového měchýře s pomocí optického přístroje. U žen se zavádí nejčastěji cystoskop rigidní, u mužů flexibilní typ. Indikací k tomuto vyšetření bývá přítomnost krve v moči (vyloučení nádoru močového měchýře) u urgentní inkontinence neadekvátní reakce na terapii (KOLOMBO et al., 2009, s. 15), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222).

## Urodynamické vyšetření

Urodynamické metody pomáhají k určení typu inkontinence. Jde o řadu vyšetření sloužících ke zhodnocení funkce močového měchýře a k diagnostice inkontinence. Patří sem zjištění objemu a tlaku v močovém měchýři, určení rychlosti proudu moče při mikci a profil močové trubice, zjištění úniku moči při kašli a zjištění post-mikčního rezidua. Jeho provedení je důležité před plánovanou operací stresové inkontinence (KOLOMBO et al., 2009, s. 12), (VILHEMOVÁ, 2011, s. 98). Neprovádí se však automaticky u všech typů inkontinence. Získané výsledky je nutno srovnat s obtížemi pacienta. I při opakování vyšetření nemusíme dojít ke stejnému závěru (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). **Cystometrie** slouží k posouzení svaloviny močového měchýře a vyšetřuje funkci detruzoru (vypuzování močového měchýře). Příprava není nutná, pacient se pouze vymočí. V gynekologické poloze se zavede katetr a močový měchýř se naplní sterilní vodou. Snímá se tlak, kapacita močového měchýře a močové trubice. Měchýř se pomalu plní a kontroluje se únik moče a pocity pacienta (CHMEL, 2010, s. 20-22), (HORČIČKA, 2015, s. 40-47), (KAWACIUK, 2009, s. 275-276), (KROFTA et al., 2010, s. 27-28), (MARTAN, 2015, s. 42-43), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). **Uroflowmetrie** (UFM) je neinvazivní vyšetření, které posuzuje průtok moči močovými cestami, mikční objem, dobu močení a post-mikční reziduum. Pacient močí do speciálně upravené toalety s rotujícím diskem (CHMEL, 2010, s. 20-22), (HORČIČKA, 2015, s. 40-47), (KAWACIUK, 2009, s. 275-276), (KROFTA et al., 2010, s. 27-28), (MARTAN, 2015, s. 42-43), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). **Profilometrie** měří tlak v celém průběhu uretry a v močovém měchýři, hodnotí maximální intrauretrální tlak, tlak v močovém měchýři i jejich rozdíl, tzv. uzavírací tlak (CHMEL, 2010, s. 20-22), (HORČIČKA, 2015, s. 40-47), (KAWACIUK, 2009, s. 275-276), (KROFTA et al., 2010, s. 27-28), (MARTAN, 2015, s. 42-43), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). **Leak Point Pressure** (LPP) – neboli určení hodnoty intravezikálního tlaku, při kterém nastává únik moče z měchýře – slouží k diagnostice stresové inkontinence, důležité je také u neurogenních poruch močového měchýře (CHMEL, 2010, s. 20-22), (HORČIČKA, 2015, s. 40-47), (KAWACIUK, 2009, s. 275-276), (KROFTA et al., 2010, s. 27-28), (MARTAN, 2015, s. 42-43), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). **Elektromyografie** (EMG) **análního svěrače** sleduje elektrické biopotenciály svalstva dna pánevního a periuretria. Bývá kombinována s uroflowmetrií a cystometrií (CHMEL, 2010, s. 20-22), (HORČIČKA, 2015, s. 40-47), (KAWACIUK,

2009, s. 275-276), (KROFTA et al., 2010, s. 27-28), (MARTAN, 2015, s. 42-43), (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85).

## 1.7 HODONOTÍCÍ ŠKÁLY A DOTAZNÍKY

Dotazníky a škály vhodně doplňují anamnestické údaje a mohou lépe objektivizovat potíže. **Mikční deník (mikciogram)** je objektivní metoda k lepší orientaci a upřesnění diagnózy. Pacient do něj po dobu 3 dnů zaznamenává příjem tekutin a výdej moči v průběhu 24 hodin včetně množství každé porce moči (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). **Warning Time** je objektivní ukazatel kvantifikace stupně urgencye a určuje délku doby od okamžiku urgencye k vymočení se nebo kdy dojde k mimovolnému úniku moči (VRTAL, 2007, s. 212), (PEŠL et al., 2007, s. 172). **Gaudenzův dotazník** obsahuje 15 otázek k rozlišení stresové a urgentní inkontinence a podává nám základní informace o urologických potížích pacienta (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223).

Subjektivní informace mohou podat dotazníky a škály: jde např. o standardizovaný **Dotazník kvality života s inkontinencí** (Incontinence Quality of Life – iQoL) s 22 jednoduchými otázkami ohledně sebeomezování v obvyklých činnostech, psychosociálního a sociálního dopadu inkontinence (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223), (VAVRUŠOVÁ, 2014, s. 33). **Škála vnímání inkontinence YORK** (York Incontinence Perception Scale – YIPS) hodnotí inkontinenci 8 otázkami zaměřenými na současné obtíže (VAVRUŠOVÁ, 2014, s. 34). Ke zjištění urgencye inkontinence slouží **Dotazník hodnotící hyperaktivitu močového měchýře** (Overactive Bladder – OAB V8) obsahující 9 otázek (MÍŠOVÁ, 2012, s. 23), (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223), (VRTAL, 2007, s. 212) a **Škála závažnosti urgencye** (Indevus Severity of Urgency Scale – IUSS) (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223). Dotazníky k hodnocení hyperaktivity močového měchýře – **Vnímání stavu močového měchýře** (Patient Perception of Bladder Condition – PPBC/PBC) a **Skóre hodnotící stupeň intenzity urgencye** (Patient Perception of Intensity of Urgency Scale – PPIUS) (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223). U mužů se používá dotazník **Mezinárodní skóre prostatických symptomů** (Index Prostatic Symptom Score – IPSS) obsahující 7 otázek zaměřených na nejčastější obstrukční a iritační symptomy (ROMŽOVÁ, 2011, s. 223), (KLEČKA, 2007, s. 121). Dotazníky týkající se kvality života žen – **Skóre závažnosti močové inkontinence** (Urinary Incontinence Severity Score – UISS) s pomocí 10 otázek kvantifikuje únik moči a vliv inkontinence na běžné denní aktivity. **Dotazník stresové inkontinence**

(Incontinence Stress Questionnaire for Patients – ISQ-P) obsahuje 20 otázek týkajících se období posledního týdne a hodnotí dlouhodobé psychologické důsledky inkontinence (deprese, sociální dopad a estetické či somatické postižení). **Index vlivu symptomů stresové inkontinence** (Symptom Impact Index for Stress Incontinence – SII-SI) hodnotí 3 otázky o omezení běžných aktivit během posledního roku. Dotazník **CONTILIFE** hodnotí stav posledních 4 týdnů 28 otázkami zaměřenými na běžné denní aktivity, pohlavní život, námahu, emocionální důsledky, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení. Využívá se i k hodnocení efektu operační léčby pomocí tahuprosté vaginální pásky. **Kingsův dotazník zdraví** (Kings's Health Questionnaire – KHQ) se používá u žen a mužů s urgentní i stresovou inkontinencí. Skládá se z 21 otázek hodnotících zdravotní stav, obtíže, omezení fyzické a sociální aktivity, vztahy, emocionální stav, spánek, stupeň závažnosti opatření k vyrovnání se s obtížemi. **Dotazník vlivu urgentní inkontinence** (Urge Incontinence Impact Questionnaire – UIIQ) s pomocí 32 otázek hodnotí vliv inkontinence a nykturie na kvalitu života a účinky léčby v období posledních 4 týdnů. **Dotazník kvality života s urgentní inkontinencí** (Quality of Life Questionnaire for Urinary Urge Incontinence – QQUUI) je pro ženy a 24 otázkami hodnotí celkový stav, denní aktivity a spánek, emoce a sebehodnocení. **Soupis omezení močovou inkontinencí** (Urinary Incontinence Handicap Inventory – UIHI) určený pro starší ženy s urgentní inkontinencí obsahuje 17 otázek zaměřených na dopad inkontinence na denní aktivity, fyzickou námahu, emoce a sociální stav. **Škála dopadu urgency** (Urge Impact Scale – URIS) svými 24 položkami hodnotí kvalitu života starších pacientů (psychiku, sebejistotu, zvládání situací) během posledního měsíce (VAVRUŠOVÁ, 2014, s. 32-34).

## 1.8 LÉČBA

Léčbu lze rozdělit na konzervativní (vaginální kónusy, kolpexin, uretrální okluzory, elektrostimulace, a méně obvyklé metody jako laseroterapie, akupunktura), farmakologickou a chirurgickou (miniinvazivní a klasickou). Dlouhodobě neřešená inkontinence pacientovi způsobuje dyskomfort, vylučuje ho z osobních, společenských, pracovních aktivit a v neposlední řadě může vést k tělesné i duševní invalidizaci (SOCHOROVÁ, 2008, s. 92). Cílem léčby bývá nejlépe dosažení plné kontinence, příp. alespoň vymizení nebo zmírnění obtěžujících symptomů, eliminace vzniku/rozvoje komplikací a zlepšení kvality života pacienta. Dává se přednost spíše konzervativním

(nechirurgickým) metodám, a teprve po vyčerpání všech dostupných možností je přistoupeno – po domluvě s pacientem – k chirurgickému zákroku. V terapii nejde jen o překonání obtíží a smíření se s nemocí, ale také o posílení sebedůvěry a návratu k plnohodnotnému a kvalitnějšímu životu (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). Konzervativní terapie u žen spadá do péče ambulantních gynekologů nebo urologů (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 85). Smíšená inkontinence je nejčastější kombinací stresové a urgentní inkontinence, a proto se léčí se dle obtíží (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224). Léčba trvalé inkontinence je zaměřena na vyvolávající příčinu a lze využít cévkování nebo inkontinenční pomůcky. Při koitální inkontinenci je jedinou možnou léčbou vymočení se před vlastním stykem (ROMŽOVÁ, 2014, s. 225). Inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie) se léčí permanentní katetrizací močového měchýře. U postprostatektomické inkontinence je vhodný trénink močového měchýře a doporučuje se eliminace dráždivé stravy a nápojů (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224).

### **Konzervativní terapie**

Do postupů konzervativní terapie bývají zahrnuty i režimová opatření, kam spadá úprava životního stylu, vhodná fyzická aktivita se zařazením cviků k posílení svalů pánevního dna, léčebná tělesná výchova, biofeedback, behaviorální léčba s tréninkem močového měchýře, psychoterapie a používání inkontinenčních pomůcek. O těchto aspektech léčby bude pojednávat následující kapitola.

**Vaginální kónusy** jsou závaží kónického tvaru, která si žena zavádí do pochvy a s nimi posiluje svaly pánevního dna. **Kolpexin** je dutá plastová kulička, která vevnitř obsahuje malou volně se pohybující kovovou kuličku. Zavádí se do pochvy 2x denně po dobu 30 minut. Posiluje se tím kontrakční schopnost pánevního dna. **Poševní pesary** zvedají krček močového měchýře, následně imobilizují a komprimují močovou trubici. Špatně zvolená velikost pesaru může vést k ulceraci s výskytem hnisavého fluoru. **Uretrální okluzory** jsou umělé tamponující protězy. **Elektrostimulací** pomocí elektrod se stimulují konkrétní svaly a nervy. Elektrody mohou být umístěny na kůži nebo se zavádí do pochvy či do konečníku (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 86). **Laseroterapie** se využívá k léčbě urgentní inkontinence. Laserové paprsky se aplikují přes přední stěnu pochvy do oblasti trigona močového měchýře v několika sezeních. Úspěšnost vyléčení nebo zlepšení inkontinence je 70 % (KOLÁŘOVÁ, 2011, s. 29). **Akupunktura** – coby součást tradiční čínské medicíny – je málo využívanou alternativní léčebnou metodou. Používá se k léčbě potíží souvisejících s močením, ale není schopna odstranit

anatomické patologie. Napichují se pažní body, z nichž vedou dráhy močového měchýře a ledvin (KLÍMOVÁ, 2008, s. 41). Akupunktura může být účinnější než klasická léčba u pacientů po operačním řešení (THOMAS et al., 2009, p. 12). Lze jí dosáhnout snížení počtu epizod inkontinence, nucení na močení a frekvence močení (NYGAARD, 2010, p. 1161). Jeví se jako vhodná metoda u stresové inkontinence k eliminaci úniku moči a zlepšení kvality života (LIU et al., 2013, pp. 2-4).

### **Farmakologická terapie**

Využívána jsou farmaka zvyšující uzavírací tlak v močové trubici (BRABCOVÁ, 2015, s. 26). Jedním z užívaných farmak je duloxetin, u kterého byla klinickými studii prokázána u žen až 90% účinnost (a také zlepšení u mužů). Pro vedlejší účinky na nervový systém a zažívací trakt se běžně nepoužívá (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224). Další využívanou léčebnou skupinou jsou antidepresiva, zvláště tricyklická. Hormonální léčba používá estrogeny, které se zavádějí lokálně do pochvy nebo se užívají perorálně (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 86), (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222).

### **Chirurgická terapie**

Chirurgická léčba bývá využívána až jako poslední možnost po vyčerpání nebo nereakci na konzervativní či farmakologickou terapii, anebo k řešení abnormalit močového ústrojí. Využívají se miniinvazivní techniky i klasické operační postupy.

K miniinvazivním výkonům patří **smyčkové (sling) operace**, kdy se smyčka „zavěsí“ do uretro-vezikálního spojení tak, aby nedocházelo k odtoku moči a uretra byla komprimovaná (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 88). Jsou neefektivnější u stresové inkontinence žen a jejich úspěšnost je až 84 % (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). **Tahuprostá vaginální páska** (Tension Free Vaginal Tape – TVT) je postupem, kdy vaginální páska vytvoří oporu močové trubice. Je zavedena pod močovou trubici a vyvedena v podbřišku. Pro správné umístění pásky je nutná komunikace mezi lékařem a pacientkou, proto se výkon provádí v lokálním umrtvení nebo v epidurální anestezii. Do druhého dne po operaci má pacientka zavedený permanentní močový katétr a poševní tamponádu. Pokud se nezjistí močové reziduum, je druhý den po operaci propuštěna domů. **Tahuprostá vaginální páska – bezpečná metoda** (Tension Free Vaginal Tape Secure – TVT-S) používá kratší pásku k lepší stabilizaci močové trubice. Konec pásky nemusí být vyveden, pouze je překryt vstřebatelným materiálem.



Minimalizuje se vznik komplikací a zrychluje se pooperační rekonvalescence. **Obturatorní vaginální páska** (Tension Free Vaginal Transobturator Tape – TOT) je obdobný zákrok jako u implantace tahuprosté pásky, pouze se konec pásky vyvede mezi stehnem a velkým stydkým pyskem. Výhodou je eliminace poranění močového měchýře. Dále se využívají **transuretrální** nebo **transvaginální implantáty** („bulking agents“) – autologní tuk, teflonové, silikonové, kolagenové (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 87-88) do oblasti uretry. Výhodou je ambulantní provedení, v lokálním nebo celkovém umrtvení. Nevýhodou je dočasná efektivita, proto se metoda pomalu opouští (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). Látka je aplikována pod ultrazvukovou kontrolou a zavádí se pod sliznici močové trubice nebo kolem hrdla močového měchýře (STAROSTOVÁ, 2016, s. 13).

Endoskopická **intravezikální aplikaci toxinů** u urgentní inkontinence vede k paralýze detruzoru močového měchýře a tím ke zvětšení kapacity, tlumí jeho senzitivitu a snižuje výskyt potíží (ROMŽOVÁ, 2011, s. 225). **Hydrodistenze** pomáhá ke zvětšení kapacity močového měchýře použitím hydrostatického tlaku plnicím médiem (ROMŽOVÁ, 2014, s. 223). **Epicystostomie** neboli suprapubická drenáž se provádí pomocí katétru zavedeného do močového měchýře přes břišní stěnu u pacientů s inkontinencí z přetékání (paradoxní ischurii) (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224), (SLEZÁKOVÁ, 2011, s. 88).

U mužů po radikální prostatektomii, s potížemi přetrvávajícími více jak rok, lze zavést umělý svěrač uretry, parauretrální balon nebo slingový systém (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224). **Umělý svěrač** je hydraulický systém (pumpička uložená ve skrotu, manžetou kolem bulbární části močové trubice nebo hrdla močového měchýře a tlakovací balonek v dutině břišní) naplněný tekutinou. Naplněním manžety dojde k okluzi uretry, což vede ke kontinenci. Při potřebě močení si pacient nahmatá pumpičku, několikerým stisknutím uvolní manžetu a může přirozeně močit. Tlakem tekutiny se znovu automaticky naplní manžety a opět uzavře močovou trubici. Ovládání svěrače je pod pacientovou kontrolou, imituje přirozenou funkci svěrače (PACÍK, 2016, s. 13-14).

**Závěsné retropubické operace**, při nichž se hrdlo močového měchýře „zavěsí“ k vazům symfýzy se provádí tzv. Pfannenstielovým řezem s celkovou anestezií, při kterém se zavádí Redonův drén a epicystostomie. **Transvaginální suspenze hrdla měchýře** je steh mezi stydkou kostí, močovou trubicí a močovým měchýřem a následně pomocí jehel je vyveden do abdominální incize (SLEZÁKOVÁ, 2011,

s. 88). **Augmentační cystoplastika** je nejinvasivnějším výkonem v chirurgické léčbě. Její princip spočívá ve zvětšení kapacity močového měchýře, snížení intravezikálních tlaků a tím vede k eliminaci symptomů urgency (ROMŽOVÁ, 2014, s. 223).

## 2 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Režimová opatření mají za cíl vést ke snížení výskytu potíží či k jejich vymizení. Zahrnují ovlivnění životního stylu se zaměřením se na úpravu pitného režimu, stravování, redukci hmotnosti, dodržování vyprazdňovacích a hygienických návyků, dále vhodnou fyzickou aktivitu se zařazením cviků na posílení pánevního dna a léčebnou tělesnou výchovu, biofeedback, trénink močového měchýře. Také sem spadá psychická pohoda a na ní zaměřená psychoterapie, a v neposlední řadě i používání vhodných inkontinentních pomůcek.

### 2.1 ŽIVOTNÍ STYL

„Nezdravý“ životní styl je považován za jeden z rizikových faktorů pro vznik inkontinence. Patří sem např. zvláště snížený nebo naopak zvýšený pitný režim, nevhodná strava, nadváha či obezita, nevhodná a nadměrná fyzická aktivita, a v neposlední řadě i kouření cigaret nebo nadměrná konzumace alkoholu. Cílem je ovlivnit přístup pacienta ke svému zdraví – dodržovat správný pitný režim, nekonzumovat nevhodné potraviny (citrusy, umělá sladidla, kořeněná a ostrá jídla), redukovat tělesnou hmotnost (BRABCOVÁ, 2015, s. 25). Prevenci vzniku inkontinence lze shrnout následovně: dodržovat pitný režim cca 2 litry/den, do stravy zařadit dostatek vlákniny, snažit se udržet si normální tělesnou hmotnost, zařadit vhodnou fyzickou aktivitu v dostatečné míře, vyvarovat se fyzickému přetěžování, vytvořit vhodné podmínky pro močení. Důležitá je i hygiena po pohlavním styku (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89). V rámci primární prevence inkontinence je do zdravého životního stylu zařazena i tzv. „škola zad“ učící, jak správně se pohybovat v různých zátěžových situacích, aby se předešlo nechtěnému přetížení, které může vést k nezvratným změnám (PRACHÁROVÁ, 2009, s. 15-16).

#### **Pitný režim**

Pitný režim je rozdílný při pobytu doma než např. během cestování. Není vhodné omezovat příjem tekutin v domnění, že to pomůže od obtíží s močením (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68). Přijímat tekutiny je vhodnější po menších dávkách a častěji než vypít velké množství naráz (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151). Poslední příjem tekutin před spaním by měl být 2–3 hodiny před ulehnutím (SLEZÁKOVÁ

et al., 2007a, s. 68). Je doporučeno omezení příjmu nevhodných tekutin jako je káva, kofeinové výrobky, černý čaj, Coca-Cola a alkoholické nápoje (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

### **Stravování**

Při inkontinenci se k eliminaci potíží doporučuje omezení silně kořeněných potravin a jídel (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151) a čokolády (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68). Doporučuje se dostatečný příjem vlákniny a omezení těžko stravitelných potravin a jídel (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

### **Tělesná hmotnost**

Vhodné je udržení normální hmotnosti, případně redukce váhy při nadváze či obezitě (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151). Obezita je považována za jeden z rizikových faktorů vzniku inkontinence. Dochází při ní k poklesu orgánů v malé pánvi a tím k oslabení svalů pánevního dna. Samotná redukce hmotnosti může přispět k odstranění potíží u stresové inkontinence (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

### **Vyprazdňování moče a stolice**

Pacient by si měl vytvořit vhodné podmínky pro vyprazdňování – klidné, intimní prostředí, močit ihned při pocitu plného močového měchýře, dále v pravidelných 4–5 hodinových intervalech a vždy před spaním. Dodržování intervalů mezi jednotlivými mikcemi lze dle tzv. „tréninkového kalendáře“. Není vhodné jít na toaletu, aniž by tělo signalizovalo opravdovou potřebu. Tímto lze předejít špatnému návyku močového měchýře jen na částečné zaplnění (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89).

Důležité je i dodržování pravidelného vyprazdňování stolice. Chronická zácpa může být příčinou oslabení svalů pánevního dna (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68-69).

### **Hygienické návyky a péče o pokožku**

Důležitou roli, zvláště u žen, hraje správná technika provedení intimní hygieny od spony stydké směrem ke konečníku (SLEZÁKOVÁ et al., 2007b, s. 95). U žen se upřednostňuje sprchování před sedacími koupelemi, každodenní hygiena genitálu a nahrazení obyčejného mýdla výrobky pro intimní hygienu s pH 5,5. U mužů by hygienické návyky péče o genitál měla mít dobrý základ už od dětství (s důrazem na provádění správnou technikou a denně) (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 165). Při provádění hygienické péče během hospitalizace je nutno respektovat stud pacientů

(SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68). Inkontinence má svůj podíl i na možný vznik dekubitů. Pobyt pacienta ve vlhkém a potřísněném ložním a osobním prádle se podílí na stavu pokožky, proto by měla být věnována zvýšená pozornost okolí genitálu a také konečníku (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Je vhodné časté sprchování genitálií a okolí za použití speciálního mýdla nebo pěny a ochranných krémů jako prevence jejich vzniku (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68), (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Důležitá je častá výměna ložního i osobního prádla. K dispozici jsou také jednorázové prádlo (prodyšné kalhotky) a inkontinenční pomůcky (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

## **2.2 FYZICKÁ NÁMAHA**

Co se týká fyzické zátěže, zde je nutno eliminovat zvedání těžkých břemen a omezení nadměrné zátěže. Naopak je vhodné zařadit vhodné cvičení, např. cviky k posílení pánevního dna (BRABCOVÁ, 2015, s. 25) a správného držení těla. K tomu lze doporučit vhodné edukační materiály (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

### **Cviky na posílení pánevního dna**

Gymnastika pánevního dna zahrnuje tzv. **Kegelovy cviky**. Je však potřeba jejich správného provádění, pravidelnost a trpělivost. Očekávaný efekt se dostaví přibližně po 4–5 měsících. Cílem cvičení je získat zvýšení svalového napětí pánevního dna. Cvičení může sloužit také jako preventivní opatření u žen před porodem a u mužů před operací prostaty (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89). Využívá se i u stresové inkontinence. Při důsledné pravidelnosti cvičení se zdravotní stav může zlepšit až u 85 % pacientů (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222). Pacienti s postprostatektomickou inkontinencí předoperačním nebo včasným pooperačním tréninkem mohou pocítit zlepšení a dokonce u 59 % byla zjištěna obnova kontinence (ROMŽOVÁ, 2014, s. 224). Doporučuje se s nácvikem začít pod dohledem fyzioterapeuta a po zvládnutí správné techniky ve cvičení pokračovat i v domácím prostředí (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 153). Důraz by měl být kladen na pravidelnost a důslednost při cvičení (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

### **Léčebná tělesná výchova**

Léčebná tělesná výchova je zaměřena na posílení svalů dna pánevního, zlepšení celkové tělesné kondice, vede k lepšímu prokrvení svalů v malé pánvi, má preventivní

i léčebné účinky na vertebrogenní potíže a v neposlední řadě může vést k úpravě mikce (PRACHÁROVÁ, 2009, s. 16).

### **Biofeedback**

Při cvičení svalů pánevního dna s pomocí elektromyografie je pacient informován o síle kontrakce buď zvukovým nebo světelným signálem (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89).

## **2.3 BEHAVIORÁLNÍ LÉČBA, TRÉNINK MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

### **Behaviorální léčba**

Pozitiva behaviorální léčby jsou v její jednoduchosti, finanční nenáročnosti a také ve faktu, že se nevyskytují žádné nežádoucí účinky. Dle doporučení Mezinárodní společnosti pro kontinenci je první volbou u inkontinence urgentní (KOLÁŘOVÁ, 2011, s. 28). Také se používá u noční inkontinence. Základem je vždy úprava pitného režimu, omezení dráždivých nápojů (kofein, alkohol), trénink močového měchýře ke zvětšení funkční kapacity, úprava domácího prostředí k zajištění rychlejšího přesunu na toaletu. Pomáhá dosáhnout zlepšení až u 25–57 % pacientů s urgentní inkontinencí. Lze používat inkontinenční alarmy ve spodním prádle, které při úniku moči vydají signál vedoucí k probuzení pacienta (ROMŽOVÁ, 2014, s. 225).

### **Trénink močového měchýře**

Tato technika si vyžaduje trpělivost a dopomoc fyzioterapeuta. Cílem tréninku je zvýšení kapacity močového měchýře, snížení frekvence mikce a náhlých nucení na močení. Vede ke zvýšení kapacity močového měchýře postupným zadržováním stále se zvyšujícího obsahu. Jeho účinnost je prokázána u urgentní inkontinence (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 153). Trénink močového měchýře (Bladder Training) je spojen se správnými návyky mikce, schopností prodlužovat intervaly mezi mikcemi. K tomu je zapotřebí poučení pacienta, vedení mikční karty, vymezení časového rozvrhu mikcí podle určených časů (dle „kalendáře“) a používání pomůcek na noc (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89). V případě neefektivity této léčby je zlatým standardem farmakoterapie (ROMŽOVÁ, 2014, s. 222).

## 2.4 PSYCHICKÁ POHODA, STRES

Chronické obtíže negativně ovlivňují chování, reakce, psychiku a sebepojetí pacienta. Nesou s sebou stud, obavy z odhalení či z přítomnosti zápachu. Vedou k negativním změnám ve společenském a sexuálním životě (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 69). Mohou vyvolávat pocit méněcennosti (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Pacienti potřebují dostatek času a prostoru pro adaptaci na situaci, motivaci ke změně, smíření se a překonání obtíží spojených se změnou stavu – omezení pracovní výkonnosti, osobního života. Správná podpora může posílit sebedůvěru pacienta a navrátit plnohodnotný život. S inkontinencí jsou úzce spjaty i poruchy spánku. Je třeba pacientům zajistit dostatek tělesné i psychické pohody a odpočinku (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 69).

**Psychoterapie** by měla začít již při prvním kontaktu lékaře s pacientem. Vysvětlení příčin vzniku obtíží se stává opravdovou léčebnou metodou a její výsledky lze srovnat s účinky farmakoterapie (KOLÁŘOVÁ, 2011, s. 29), (KLÍMOVÁ, 2008, s. 40). Může podstatně zlepšit kvalitu života pacienta a je na lékaři (urolog, gynekolog, urogynekolog) zda a v jaké míře ji nabídne (DZVINČUK et al., 2008, s. 94). Je součástí komplexní léčby inkontinence. Inkontinentní pacienti často bývají anxiózní až depresivní (KLÍMOVÁ, 2008, s. 40). Formu terapie lze zvolit individuální (DZVINČUK et al., 2008, s. 94) nebo skupinovou, kdy své zkušenosti mohou pacienti konzultovat s vyléčenými pacienty. Účinky psychoterapie se nejvíce odráží ve zlepšení inkontinence, urgency a nykturie (KLÍMOVÁ, 2008, s. 40).

## 2.5 INKONTINENČNÍ POMŮCKY

Při selhání léčebných postupů se nabízí používání absorpčních pomůcek, které jsou jednorázové, prodyšné se savým jádrem a poskytují spolehlivou, nenápadnou ochranu bez zápachu. Umožňují pacientovi návrat k obvyklým činnostem a alespoň částečně řeší inkontinenci. Jejich funkcí je rychlý odvod moči do jádra, kde se moč mění na gel a tím se eliminuje i zápach z moči. Díky rychlému odvodu moči do pleny její povrch zůstává suchý. Základem používání je správně diagnostikovaný typ a stupeň inkontinence (SOCHOROVÁ, 2008, s. 92) a podle výše uvedeného mají vybrané pomůcky význam ve zvýšení kvality života pacienta (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151). Všechny inkontinentní pomůcky jsou dostupné v lékárnách a prodejnách

zdravotnických potřeb (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Inkontinentní pomůcky předepisuje praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog a geriatr na dobu max. 3 měsíce (SOCHOROVÁ, 2008, s. 92). Zdravotní pojišťovna hradí určitý limit kusů na měsíc (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Základním prvkem pro správné používání těchto pomůcek je řádně provedená edukace pacienta, která vyžaduje trpělivost a časový prostor. Informace se zaměřují na správné používání i na nezbytnou hygienickou péči o pokožku s pomocí přípravků k tomu určených. Slouží k ochraně před prosakováním moči. Spadají sem absorpční vložky dámské a pánské, absorpční kapsy, absorpční pleny, vložné pleny, fixační kalhotky, sběrné urinální sáčky, urinální absorpční podložky a sáčky, plenkové kalhotky a absorpční kondomy pro muže (SOCHOROVÁ, 2008, s. 92). Pro výběr vhodné pomůcky je důležitá také informovanost a edukace ošetrovatelského personálu. Ten by měl být seznámen s výrobky, vlastnostmi pomůcek, vhodností pomůcek, nutností individuálního výběru a také s vhodnými hygienickými prostředky k ošetření kůže (čisticí pěny, ochranné krémy, oleje ve spreji). Dále by měl znát pravidla hygienických zásad – pravidelná výměna pomůcky k prevenci vzniku močové infekce, opruzenin a zápachu (JANČOVÁ, 2007, s. 138). Nezbytný je správný výběr vhodné a vyhovující pomůcky. Ta by měla splňovat kritéria pro diskrétnost, objem (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147), absorpci, dezodorační efekt, prodyšnost a cenovou dostupnost. Prevenci kožních problémů (alergie, opruzeniny, dekubity) zajišťuje výběr hypoalergenního materiálu (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151-152). Pomůcky se mění dle potřeby, stavu naplnění – mají indikátory zabarvení – a vždy při znečištění stolicí (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147).

Pomůcky jsou rozděleny podle pohlaví, stupně inkontinence, mobility pacienta. Pro denní použití se využívají výrobky označené NORMAL, STANDARD a pro noční ochranu nebo při velkém úniku moči pak SUPER, EXTRA, PLUS (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 146-147). Pro ženy jsou vhodné absorpční kalhotky nebo vložky do spodního prádla a fixační kalhotky s vloženou plenou. Muži mohou používat urinální kondomy, absorpční kolektory, vložky do spodního prádla nebo fixační kalhotky. Imobilní muži mají k dispozici absorpční kalhotky. Imobilním pacientům jsou dostupné zapínací absorpční kalhotky podle velikosti, absorpční podložky do lůžka, permanentní močový katétr se sběrným sáčkem a drenážní urinál pro muže (kondom se sběrným sáčkem a držákem na lůžko) (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 152). Muži mohou používat syntetický nebo gumový urinální kondom. Jeho velikost určuje urolog



na základě změření penisu. Výhodou této pomůcky je její diskrétnost, kontrola odchodu moči, nižší riziko infekce a podráždění kůže. Nasazení předchází očista genitálu a technika je stejná jako u prezervativu. Na trhu existují různé typy – jednodílné, dvoudílné, samodržící nebo s lepicími páskami, sítovým vakem k fixaci ke stehnu/lýtku, s antirefluxní chlopní, s různými typy výpustných ventilů, s možností napojení na sběrný sáček, který je nutno vypouštět v pravidelných intervalech a umístit jej pod úroveň močového měchýře. Při špatném nasazení hrozí únik moče do okolí, podráždění kůže a vznik uroinfekce (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 123).

**Slipové vložky** jsou určeny ženám s minimálním únikem moči. Ač jsou diskrétní, jejich absorpce je 2krát vyšší než u běžných menstruačních vložek. Manipulace je stejná jako u klasických vložek – lepicí fixační vrstva je přiložena na spodní pádlo. Některé typy jsou baleny jednotlivě. **Vložné pleny** jsou anatomicky rozdílné pro ženy a muže. Mají barevné rozlišení, elastické pásky a lemy proti úniku moči po stranách. Indikátor vlhkosti se v případě potřeby výměny pleny sytě zbarví. Pro držení na místě slouží prodyšné síťové elastické pružné kalhotky. **Natahovací kalhotky** rozdílné pro ženy a muže, manipulace je stejná jako s klasickým spodním prádlem. Jsou elastické, barevně rozlišené, rozděleny dle velikosti, která je určena obvodem pasu. Mají vysoce savé jádro pro rychlý odvod moči z povrchu a zamezení zápachu. **Plenkové lepicí kalhotky** mají vysoce absorpční jádro pro zadržení většího objemu tekutiny. Prevenci protečení bokem kalhotek zajišťují elastické gumičky, fixace k tělu je suchým zipem nebo samolepicími páskami (jako u dětských plen) a umožňuje opakované sundání a nasazení. **Kombinované elastické plenkové kalhotky** jsou kombinací navlékacích plenových s běžnými lepicími. Použití na suchý zip umožňuje opakované sundání a nasazení. **Jednorázové podložky do lůžka** jsou vyrobeny z netkané textilie na povrchu, celulózového jádra s dobrou savostí a polyethylenovou folií ve spodní části pro prevenci prosáknutí. Vyrábí se v různých velikostech (VYTEJČKOVÁ et al., 2011, s. 147-148).

## 3 EDUKAČNÍ PROCES

### 1. FÁZE: POSOUZENÍ

#### Identifikační údaje pacientky

**Jméno:** Z. M.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 39 let

**Rasa:** europoidní

**Vzdělání:** středoškolské

**Etnikum:** slovanské (české)

**Zaměstnání:** všeobecná sestra

#### ANAMNÉZA

**Základní diagnóza:** N393 Stresová inkontinence

**Nynější onemocnění:** 39letá pacientka odeslaná obvodním lékařem na urologickou ambulanci pro léčbu mikčních potíží s postupně se zhoršujícím únikem moči při pohybu – především při kašli nebo smíchu, event. při cvičení. Unikne vždy pár kapek, nepomočí se, bez dysurie, krve v moči, urgencye. Má nepravidelný pitný i mikční režim. Vzhledem k pracovní pozici přijímá maximálně 1 až 1,5 litru tekutin denně. Močit chodí nepravidelně – co hodinu až co 5 hodin.

**Osobní anamnéza:** běžné dětské nemoci, s ničím se neléčí, 2 porody přirozeně

**Farmakologická anamnéza:** trvale sine

**Rodinná anamnéza:** matka – zdravá, otec – zdravý

**Gynekologická anamnéza:** potíže nemá, poslední gynekologické vyšetření před měsícem, podle pacientky s negativním nálezem

**Alergie:** neguje

**Abúzus:** nekouří, alkohol – příležitostně, káva 2x denně

### **Základní údaje:**

**Tělesný stav:** dobrý

**Mentální úroveň:** orientovaná místem, časem i osobou

**Komunikace:** bez potíží

**Zrak a sluch:** bez patologie

**Řečový projev:** bez problému

**Paměť:** paměť neporušená

**Motivace:** dostatečná

**Pozornost:** je schopna udržet pozornost

**Vnímavost:** na výborné úrovni

**Nálada:** převážně pozitivní

**Sebevědomí:** přiměřené

**Charakter:** veselý typ člověka, přátelská, působí pozitivně

**Chování:** asertivní, spolupracující

**Typ učení:** emocionální

**Styl učení:** převážně auditivní a vizuální

**Postoj k učení:** má zájem o nové informace

## **UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA TAXONOMIE 2015–2017**

### **1. Podpora zdraví**

Pacientka je odhodlaná změnit svůj životní styl a své návyky, aby mohla zlepšit svůj zdravotní stav a přispět tak k předcházení rizikům, které by mohly způsobit zhoršení jejího zdravotního stavu. Nyní se cítí dobře. Pacientka si uvědomuje, jaké návyky zhoršují její současný stav. Je ochotna podstoupit úpravu pitného režimu, přijmout alespoň 2,5 až 3 litry vhodných tekutin denně, močit dle hodinek max. po 3 hodinách, cvičit pánevní svaly.

**Ošetrovatelský problém:** snaha zlepšit management zdraví

**Priorita:** střední

## 2. Výživa

Pacientka neuvádí problémy s jídlem, alergie na potraviny neudává, nemá problémy s trávením. Přijme zhruba 1 až 1,5 litru tekutin během dne, hydratace je přiměřená, kožní turgor v pořádku. Dvakrát denně je zvyklá vypít kávu. Je odhodlaná upravit svůj pitný režim, na doporučení lékaře vypít alespoň 2,5 až 3 litry vhodných tekutin denně.

**Ošetřovatelský problém:** snaha zlepšit rovnováhu tekutin

**Priorita:** střední

## 3. Vylučování a výměna

Pacientka uvádí, že vzhledem ke své pracovní pozici má nepravidelný mikční režim, chodí močit nepravidelně – co hodinu až co 5 hodin, je však ochotná ke změně mikčního režimu, a to chodit močit dle hodinek max. po 3 hodinách. Vyprazdňování stolice je pravidelné, bez potíží. Pacientka momentálně netrpí problémy souvisejícími se střevní činností, peristaltika je funkční. Poslední stolice byla dnes ráno. Funkce kožního systému je také bez potíží. Pacientka neuvádí nadměrné pocení. Dýchání bez patologie.

**Ošetřovatelský problém:** snaha zlepšit vylučování moči

**Priorita:** střední

## 4. Aktivita, odpočinek

Pacientka neuvádí potíže se spánkem, cítí se odpočatá, léky na spaní neužívá. Někdy bývá „vystresovaná“ náročností svého povolání. Aktivně cvičí jógu a chodí na procházky se psem. Má zájem o cviky na posílení svalů pánevního dna.

**Ošetřovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 5. Percepce/kognice

Pacientka je schopna udržvat stále pozornost. Je plně orientovaná časem, místem i osobou. Bez poruchy zraku či sluchu. Je velmi komunikativní. Má částečné informace o dodržování léčebného režimu, avšak vzhledem k pracovní pozici je hůře dodržuje. Je ochotná upravit pitný a mikční režim.

**Ošetrovatelská problém:** snaha zlepšit znalosti

**Priorita:** nízká

## 6. Sebepercepce

Pacientka je k sobě sebekritická, uvědomuje si potřebu úpravy pitného a mikčního režimu. Věří v sebe, že vše zvládne.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 7. Vztahy mezi rolemi

Pacientka mluví o své rodině velmi kladně, vychází spolu dobře, neudává žádné problémy či napětí v rodině a v domácnosti, vztahy v rodině považuje za velmi dobré a uspokojivé.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 8. Sexualita

Pacientka je sexuálně aktivní a reprodukčně v pořádku, prodělala dva přirozené porody, neuvádí žádné problémy v intimním životě, s partnerem jsou spokojeni. Pacientka provádí samovyšetření prsou a pravidelně navštěvuje gynekologické prohlídky.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 9. Zvládání tolerance zátěže

Pacientka se se stresovými situacemi, v rámci své profese a její zátěže, na kterou je zvyklá, vyrovnává poměrně dobře, udává, že ji v tom pomáhá jógové cvičení a podpora rodiny a přátel.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 10. Životní principy

Pacientka si je vědoma, toho, že zdraví by měla mít na prvním místě, což je pro ni důležité. Dříve upřednostňovala práci, nakonec přehodnotila své cíle, proto se snaží změnit svůj dosavadní styl života.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 11. Bezpečnost, ochrana

Pacientka není v riziku vzniku infekce, jelikož dodržuje správné zásady hygieny.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## 12. Komfort

Pacientka je bez bolesti, VAS 0. Komfort v normě, je spokojená, nejvíce však, když je s rodinou.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

### 13. Růst a vývoj

U pacientky nenalezena žádná patologie růstu.

**Ošetrovatelský problém:** problém nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

### SITUAČNÍ ANALÝZA KDE DNI 6. 9. 2016

39letá pacientka Z. M. byla odeslaná obvodním lékařem na urologickou ambulanci, kde byla diagnostikována stresová inkontinence s doporučením úpravy pitného režimu, alespoň 2,5 až 3 litry vhodných tekutin denně, následně úprava mikčního režimu (čili močit dle hodiněk max. po 3 hodinách) a také cvičit svaly pánevního dna. Pacientce byl vydán mikční deník a dotazník OAB (dotazník hodnotící hyperaktivní močový měchýř), byla objednaná k cystoskopii a následnému urodynamickému vyšetření. Pacientka poučena.

### SITUAČNÍ ANALÝZA KDE DNI 20. 9. 2016

Pacientka přišla ke kontrole, OAB 8:6, mikční karta – mikční porce 60–170 ml, intervaly mikce co 1 hodina. Provedena cystoskopie, použit rigidní cystoskop, po dezinfekci zevního ústí uretry nejprve provedena kalibrace uretry na 24charr volně, poté zaveden rigidní cystoskop, ejakulují čirou moč, kapacita měchýře snižená, sliznice v přehlednutém rozsahu bez patrných papilomatózních změn, po výkonu spontánní mikce, moč čirá, bez potíží. Doporučeno hojně popíjet tekutiny, v případě hematurie či dysurií a teplot ihned přijít, jinak dle objednání. Pacientka poučena, vydán Miconorm uno 30mg cps. 1-0-0, tekutiny alespoň v objemu 2,5 litru denně, nadále cvičit svaly pánevního dna.

## SITUAČNÍ ANALÝZA KDE DNI 11. 10. 2016

Pacientka přichází k urodynamickému vyšetření. Zaveden cystometrický ženský trojcestný katetr a rektální dvoucestný katetr. Cystometrií zjištěn normotlakový, nízkokapacitní močový měchýř, první urgencye při 54 ml, maximum při 87 ml. Závěr: lehká stresová inkontinence. Doporučena změna medikace na Vesicare 10mg tbl. 1-0-0, cvičení pánevního dna, dodržování pitného režimu, jak již bylo dříve uvedeno, a pacientka byla znovu poučena. V případě potíží kontrola zde kdykoliv, jinak dle objednání. Změna medikace provedena pro minimální účinek Mictonormu ohledně potíží s urgencí močení.

### VLASTNÍ EDUKAČNÍ PROCES PACIENTKY Z. M.

Před zahájením edukace bylo důležité zodpovězení pěti testových otázek s cílem zjistit, kolik informací v dané problematice ohledně režimových opatření pacientka má. Test se správnými odpověďmi a odpovědi pacientky jsou součástí Přílohy B.

**Vyhodnocení testu:** pacientka odpověděla správně na 3 otázky. Překvapením bylo, že pacientka neznala cviky na posílení pánevního dna. Z toho důvodu se edukace zaměří právě na tyto cviky, které budou shrnuty i v edukačním materiálu pro lepší edukaci a představitost pacientky a získání lepších návyků a opakovanému vracení se ke cvikům. Jako druhou nesprávnou odpověď pacientka uvedla, že k dennímu příjmu tekutin je potřeba 1 – 1,5 litru.

**Motivace pacientky:** pacientka je plně motivovaná k dosažení cílů, projevuje zájem o edukaci, především ke cvičení pánevního dna a je ochotna se naučit novým věcem a návykům.

## 2. FÁZE: DIAGNOSTIKA

Dle knihy Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA International 2015-2017 byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy a uspořádané dle priority ke dni 6. 9. 2016.

**Název a kód:** Snaha zlepšit management zdraví (00162)

**Doména 1:** Podpora zdraví

**Třída 2:** Management zdraví



**Definice:** Vzorec regulace a integrace léčebného režimu do každodenního života za účelem léčby onemocnění a následků, který lze posílit

**Určující znaky:** Usiluje o zlepšení managementu předepsaných režimů.

**Název a kód:** Snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160)

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Vzorec rovnováhy mezi objemem tekutin a chemickým složením tělních tekutin, které lze posílit

**Určující znaky:** Vyjadřuje touhu zlepšit rovnováhu tekutin.

**Název a kód:** Snaha zlepšit vylučování moči (00166)

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 1:** Funkce močového systému

**Definice:** Vzorec močových funkcí, jenž je dostatečný pro plnění potřeb vylučování a který lze posílit

**Určující znaky:** Vyjadřuje touhu zlepšit vylučování moči

**Deficit vědomostí:** O denním příjmu tekutin, o cvičení pánevního dna

**Deficit v dovednostech:** V provádění cviků pánevního dna.

### 3. FÁZE: PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit:** po vyhodnocení testu byla stanovena prioritní témata, která budou součástí edukace. Do edukačního procesu budou zakomponovaná témata: Co je příčinou vzniku inkontinence? Režimová opatření: pitný režim, cviky na posílení pánevního dna, mikční režim. Rozdělení rizikových faktorů.

**Podle struktury:** edukace rozdělena do tří edukačních jednotek.

**Podle cílů:** *kognitivní* – pacientka získá informace o příčině vzniku inkontinence a jaké jsou rizikové faktory u inkontinence. Následně také z oblasti pitného a mikčního režimu a o cvičení pánevního dna. Pacientka porozumí sděleným informacím. *Afektivní* – pacientka si osvojí nové informace v oblasti cviků k posílení pánevního dna a nové informace v oblasti pitného a mikčního režimu. Pacientka je schopna přijímat nové informace a chce se zapojovat do procesu edukace. *Psychomotorické* – pacientka

se naučí cviky ke zpevnění pánevního dna. Bude schopna si rozvrhnout dle doporučení lékaře pitný a mikční režim během dne.

**Cíle edukace:** získat informace o příčině vzniku inkontinence. Získat informace jaké jsou rizikové faktory inkontinence. Osvojit si nové návyky v oblasti pitného a mikčního režimu. Osvojit si nové návyky v oblasti cviků k posílení pánevního dna, umět je správně provádět a dodržovat pravidelnost při cvičení.

**Podle místa realizace:** urologická ambulance, vyšetřovna, v průběhu nácviiku je zajištěna intimita pacientky.

**Podle času:** edukační proces rozdělen do 3 edukačních jednotek ve dvou dnech. Během prvního dne budou provedeny dvě edukační jednotky, ve druhém dni jedna edukační jednotka.

**Podle formy:** individuální.

**Typ edukace:** základní

**Edukační pomůcky:** obrazová příloha, videa, vstupní test a kontrolní otázky v jednotlivých edukačních jednotkách.

**Struktura edukace:**

1. edukační jednotka: Osvojit si nové návyky v oblasti pitného a mikčního režimu.
2. edukační jednotka: Osvojit si nové návyky v oblasti cviků k posílení pánevního dna a dodržovat pravidelné cvičení.
3. edukační jednotka: Získat informace, jaké jsou rizikové faktory inkontinence.

**Časový harmonogram edukace:**

1. edukační jednotka: 30 minut
2. edukační jednotka: 30 minut
3. edukační jednotka: 30 minut

#### 4. FÁZE: REALIZACE

**1. edukační jednotka:** osvojit si nové návyky v oblasti pitného a mikčního režimu

**Téma:** pitný a mikční režim

**Místo:** vyšetřovna

**Čas:** 10:00 – 10:30 hod.

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacientka pochopí základní změny v jejím pitném a mikčním režimu, aby eliminovala rizika vedoucí ke stresové inkontinenci.

**Afektivní** – pacientka si osvojí nové návyky především z oblasti pitného a mikčního režimu.

**Behaviorální** – pacientka je schopna si po edukaci vytvořit vlastní pitný a mikční režim.

**Forma:** individuální

**Prostředí:** urologická ambulance, zajistit příjemné a intimní prostředí, pohodlí

**Edukační metody:** rozhovor, odpovědi na kladené dotazy, ukázka nácviku cvičení

**Edukační pomůcky:** obrázky, videa

**Realizace:**

**Motivační fáze:**

Uvítání pacientky, představení se. Vysvětlení, o co se bude jednat a o čem bude debata vedena a z jakého důvodu je tato edukační jednotka pro pacientku důležitá. Seznámení pacientky s průběhem a časovou náročností edukace. Během celého průběhu edukace zajistit pacientce klidné, teplé, intimní prostředí a psychickou pohodu tak, aby se mohla soustředit. V závěru ponechání prostoru pro dotazy.

**Expoziční fáze:**

Pitný režim je rozdílný při pobytu doma než během cestování. Není vhodné omezovat příjem tekutin v domnění, že to pomůže od obtíží s močením (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68). Přijímat tekutiny je vhodnější po menších dávkách a častěji než vypít velké množství naráz (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151). Poslední příjem tekutin před spaním by měl být 2–3 hodiny před ulehnutím (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68). Je doporučeno omezení příjmu nevhodných tekutin jako je káva,

kofeinové výrobky, černý čaj, Coca-Cola a alkoholické nápoje (VYTEJČKOVÁ et al., 2013, s. 151), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007a, s. 68).

Pacientka by si měla vytvořit vhodné podmínky pro vyprazdňování – klidné, intimní prostředí, močit ihned při pocitu plného močového měchýře, dále v pravidelných 4 až 5hodinových intervalech a vždy před spaním. Dodržování intervalů mezi jednotlivými mikcemi lze dle tzv. „tréninkového kalendáře“. Není vhodné jít na toaletu, aniž by tělo signalizovalo opravdovou potřebu. Tímto lze předejít špatnému návyku močového měchýře jen na částečné zaplnění (SLEZÁKOVÁ et al., 2011, s. 89).

**Fixační fáze:**

Vyzdvihnout důležité informace, na které je kladen velký důraz, ponechání časového prostoru na dotazy pacientky.

**Hodnotící fáze:**

Zhodnocení, zda pacientka pochopila a osvojila si poznatky z edukace. Při edukaci sledovat výraz pacientky a její chování, které vypovídají, jakou cestou se edukace ubírá. Všechny aspekty vyhodnotit společně s kladenými dotazy.

**Kontrolní otázky:** Jaké tekutiny popíjet během dne? Popíjet během dne nebo nárazově dle času? Je vhodné zdržovat močení? Kolik tekutin během dne je ideální vypít? Po kolika hodinách je vhodné chodit na toaletu?

**Zhodnocení:** pacientka odpověděla správně na všechny otázky. Důležité bylo osvojení si nových návyků pitného a mikčního režimu. Zpětnou vazbou bylo správné zodpovězení otázek a informace od pacientky, že po týdenním aplikování nových návyků došlo ke zlepšení stavu.

**2. Edukační jednotka:** osvojit si nové návyky v oblasti cviků k posílení pánevního dna a dodržovat pravidelné cvičení

**Téma:** pohybová aktivita a rehabilitace

**Místo:** vyšetřovna urologické ambulance

**Čas:** 14:00 – 14:35 hod.

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacientka rozumí významu rehabilitace k posílení svalů pánevního dna a je srozuměna, které sporty a pohybové činnosti jsou pro ni vhodné.

**Afektivní** – pacientka si osvojí zásady správného provádění cviků na posílení dna pánevního a aktivně se zapojuje do edukace. Je odhodlaná pravidelně pokračovat ve cvičení.

**Behaviorální** – pacientka předvede správně provedené cviky k posílení dna pánevního, které bude cvičit v domácím prostředí sama.

**Forma:** individuální

**Prostředí:** vyšetřovna urologické ambulance, zajištění pohodlí, klidu, intimity, případně pomůcky

**Edukační metody:** ústní, názorná ukázka, rozhovor, diskuze, vysvětlení, video

**Edukační pomůcky:** podložka, edukační materiál

**Realizace:**

**Motivační fáze:**

Přivítání s pacientkou. Shrnutí, co již absolvovala, dozvěděla se, co bude následovat. Ponechání času pro dotazy pacientky.

**Expoziční fáze:**

Fyzioterapie využívající aktivaci svalů pánevního dna v léčbě inkontinence byla objevena roku 1948 A. H. Kegelem. Provádělo se několik rychlých kontrakcí pánevního dna při intravaginální kontrole gynekologem. Hlavním nedostatkem léčby v té době bylo nerozlišování typů inkontinence. V dnešní době se nejprve určí typ inkontinence s následnou terapií, poté se provede kineziologický rozbor se zaměřením se na postavení pánve. Fyzioterapie inkontinence využívá i tzv. mikční trénink, jehož podstatou je prodlužování pravidelných intervalů mezi močením, k tomu dopomáhá řádně zaznamenaný mikční deník pacienta, který pomůže určit mikční chyby a posléze dosažené výsledky. Časové vymezení rehabilitace je velmi individuální proces. V první fázi se hodnotí stav, psychika, motivace a znalosti pacienta, následuje cvičení svalstva pánevního dna. V poslední fázi se hodnotí a kontroluje nácvik cviků pacientem, které následně cvičí sám v domácím prostředí. I v dnešní době se stále můžeme setkat s nedostatečnou znalostí pacientů, hodně lidí je zatíženo starými dogmaty či nevhodnými doporučeními laickou populací či přehlcenými informacemi na internetu. Proto by se měla fyzioterapie stát součástí léčby inkontinence, aby došlo k předání správných informací. Je potřeba důkladné znalosti problematiky a individuálního přístupu personálu. Před samotným cvičením je nutno vyprázdnit

močový měchýř a v klidu se připravit na cvičení. Pacient se pohodlně položí na podložku na záda, ruce položené na břicho, provede hluboký nádech. Při výdechu jde pánev vstříc, při nádechu se vzdaluje. Uvolnění svalstva pánevního dna docílíme opakovaným podsazením a opětovným uvolněním pánve. Při cvičení je velký důraz kladen na dýchání a uvolnění (relaxaci). Po této sérii cviků na uvolnění se začíná se samotným posilováním svalstva pánevního dna. Je potřeba tolerance, může trvat i týdny, než se dostaví zlepšení

**Fixační fáze:**

Zopakování důležitých informací týkajících se pohybového režimu. Co nejvíce upozorňovat na důležitost pravidelnosti cvičení.

**Hodnotící fáze:**

Pacientka se aktivně zapojuje do cvičení. Je velmi odhodlaná pravidelně cvičit. Opět provedení zpětné vazby pomocí kontrolních otázek.

**Kontrolní otázky:** Jak často provádět cviky na posílení pánevního dna? Jak dlouho se provádí tohle cvičení? Popište, prosím, některé cviky a jak je provádět.

**Zhodnocení:** zhodnocením kontrolních otázek bylo zjištěno, že pacientka chápe důležitost a význam potřeby pohybové aktivity a její pravidelnosti. Pacientka se zajímala, byla motivovaná a pohybově aktivní, zapojovala se do dění kolem. Správně odpověděla na kontrolní otázky a dokázala popsat i názorně ukázat naučené a osvojené cviky.

**3. edukační jednotka:** získat informace, jaké jsou rizikové faktory inkontinence

**Téma:** rizikové faktory inkontinence

**Místo:** vyšetřovna urologické ambulance

**Čas:** 10:00 – 10:15 hod.

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacientka chápe potřebu znalosti rizikových faktorů svého onemocnění.

**Afektivní** – pacientka si osvojí zásady, které musí dodržovat, aby nedošlo ke zhoršení jejího zdravotního stavu.

**Forma:** individuální

**Prostředí:** vyšetřovna urologické ambulance

**Edukační metody:** rozhovor, vysvětlení, dotazy

**Edukační pomůcky:** edukační materiál – edukační leták

**Realizace:**

***Motivační fáze:***

Sdělení pacientce, že se jedná o poslední sezení. Po ukončení této edukační jednotky budou promítnuta všechny videa, která v průběhu celé edukace byla shlédnuta. Připomenutí si a zopakování informací, aby pacientka měla možnost se doptat na věci, které ji nejsou zcela jasné, zřejmé.

***Expoziční fáze:***

Rizikové faktory dělíme na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Hlavním neovlivnitelným rizikovým faktorem je pohlaví: inkontinence se vyskytuje častěji u žen. U žen sem řadíme věk, počet porodů, porodní cestu, menopauzu, chronický kašel, předcházející operace, poškození pánevních nervů a svalů, a také radioterapii. U mužů jsou to zvláště stavy po operaci prostaty, úrazy. Mezi ovlivnitelné faktory u obou pohlaví patří kouření, zácpa, obezita, celkově životní styl (pitný režim, strava, vyprazdňování moče a stolice).

***Fixační fáze:***

Upozornit na ovlivnitelné rizikové faktory, jak se jim vyhnout a nezhoršit si zdravotní stav a průběh léčby inkontinence.

***Hodnotící fáze:***

Pacientka projevila zájem a motivaci dozvědět se nové poznatky týkající se jejího onemocnění.

**Kontrolní otázky:** Uveďte ovlivnitelné rizikové faktory inkontinence. Uveďte neovlivnitelné rizikové faktory inkontinence.

**Zhodnocení:** výsledky poslední edukační jednotky byly velmi uspokojivé. Pacientka si je vědoma, že špatný pitný a mikční režim a návyky mohou vést ke zhoršení jejího stavu. Na otázky odpověděla správně, čímž bylo dosaženo předem stanovených cílů.

## **5. FÁZE: HODNOCENÍ**

Celkově lze edukaci hodnotit jako úspěšně provedenou a zvládnutou. Pacientka si během edukace osvojila nové cviky na posílení pánevního dna. Tyto návyky byla, na konci edukačních jednotek, schopna samostatně provést. V první edukační jednotce se podařilo pacientku namotivovat a zajímat se o mikční a pitný režim během dne.

Vše bylo ověřeno kontrolními otázkami, které byly součástí každé edukační jednotky. S pacientkou se pracovalo velice dobře.

Všechny edukační jednotky byly uskutečněny ve vyšetřovně urologické ambulance. Denní doba pro edukaci i potřebný čas byly vhodně zvoleny. Pacientka v průběhu edukace projevovala zájem, spokojenost a motivaci něco nového se naučit a změnit. Stanovené edukační cíle se podařilo splnit a edukaci lze považovat za úspěšně ukončenou.



## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při tvorbě bakalářské práce bylo zjištěno, při analýze a průběžném studiu různých zdrojů literatury, že je k dispozici velmi málo dokumentů, které by se věnovaly edukaci v oblasti režimových opatření při močové inkontinenci. Režimová opatření hrají důležitou roli při léčbě močové inkontinence, stav se může zlepšit až o 85 % díky správnému dodržování režimu. Proto byl vytvořen seznam několika základních pravidel, podle kterých je možné se řídit při komplexní léčbě, aby došlo k lepší efektivitě.

### **Pravidla pro všeobecné sestry působící na urologii:**

1. pacienti trpící inkontinencí jsou velice stydliví a citliví, proto je zapotřebí být trpělivý, empatický, vstřícný, vlídný a především tolerantní a respektovat soukromí pacientů
2. pacienti trpící inkontinencí potřebují pevný režim a jasně stanovený řád, které jim dodávají jistotu, sebevědomí a pomůžou při osvojení návyků a činností při režimových opatření (nutné je pacienty upozornit na trpělivost při léčbě)
3. je potřeba si vymezit hranice s pacientem při vzájemné spolupráci a komunikaci
4. brát ohled na individualitu pacientů (jejich možnosti, schopnosti, dovednosti) při poskytování informací (edukaci)
5. u starších lidí neopomenout edukaci i rodinného příslušníka či jeho opatrovníka.

### **Pravidla pro pacienta s močovou inkontinencí:**

1. inkontinence je časté onemocnění, je tedy nutné o ní hovořit a nestydět se, je potřebné na problémech pracovat a překonat je
2. důležité je – při léčbě inkontinence – si uvědomit, že je nutná trpělivost, zejména při cvičení svalů pánevního dna, kdy je potřeba „vydržet“ 3–5 měsíců; proto neztrácejte naději a vytrvejte
3. zlepšení léčby se docílí dodržováním režimových opatření podle doporučení lékaře (pitný režim, nácvik mikce během dne) a také všeobecné sestry.

## ZÁVĚR

**V teoretické části** bylo cílem práce popsat problematiku inkontinence, její rizikové faktory, příčiny, diagnostiku a následně léčbu, dále zmapovat specifika režimových opatření a zaměřit se na pitný režim, stravování, cvičení a posílení pánevního dna a také využití inkontinenčních pomůcek. V neposlední řadě byl popsán edukační proces a role všeobecné sestry – edukátorky.

**V praktické části** se práce zaměřila na vlastní edukační proces, jeho tvorbu a realizaci. Pro edukaci byla vybrána pacientka se stresovou inkontinencí v rámci špatných návyků získaných během své profese. O pacientce byly zjištěny důležité informace a byl jí předložen krátký test ke zhodnocení jejích znalostí. Po zhodnocení testu byl vytvořen edukační proces, který se skládal ze tří edukačních jednotek. Stanovené cíle byly splněny a edukační proces autorkou i pacientkou zhodnocen jako úspěšný.

**Závěrem** celé práce je nově vzniklý edukační materiál, který může být používán při edukaci pacientů v rámci práce všeobecné sestry pracující na urologické ambulanci. Jeho cílem je usnadnit pacientům první kroky a seznámení se s novým režimem v jejich životě a může být pro ně jakýmsi vodítkem ke změně návyků ohledně příjmu tekutin a močení. Součástí edukačního materiálu je také prostor na otázky a doplnění, poznámky, čímž plní funkci „živého“ materiálu s individuálním důrazem na specifika edukačního procesu u konkrétního pacienta.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON. Edukace. [online]. [cit. 23. 2. 2017]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>

BRABCOVÁ, Petra 2015. *Močová inkontinence žen*. [online]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/wiyooa/Finln\\_verze\\_Bc.\\_prce.pdf](http://theses.cz/id/wiyooa/Finln_verze_Bc._prce.pdf)

DZVINČUK, Petr et al., 2008. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Interní medicína pro praxi*, 10(2). 90-95. ISSN 1212-7299.

DZVINČUK, Petr et al., 2009. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Urologie pro praxi*, 10(4). 238-243. ISSN 1213-1768.

GENADRY, René a Jacek MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0.

HANÁKOVÁ, Monika, 2010. Funkční poruchy močení u žen. *Urologie pro praxi*, 11(3). 156-159. ISSN 1213-1768.

HERLE, Petr, 2016. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-749-6205-9.

HORČIČKA, Lukáš, 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-869-9858-9.

HORČIČKA, Lukáš, 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3741-9.

CHMEL, Roman, 2010. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2279-8.

JANČOVÁ, Bohumila, 2007. Inkontinence, problém nejen zdravotní, ale i společenský. *Urologie pro praxi*, 3. 138. ISSN 1213-1768.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2626-7.

KLEČKA, Jiří, 2007. Benigní hyperplazie prostaty a současné trendy v léčbě. *Urologie pro praxi*, 3. 120-126. ISSN 1213-1768.

KLÍMOVÁ, Barbora, 2008. *Operační řešení močové inkontinence*. [online]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/176641/lf\\_b/bakalarska\\_prace.txt](https://is.muni.cz/th/176641/lf_b/bakalarska_prace.txt)

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2657-1.

KOLÁŘOVÁ, Renata, 2011. *Problematika močové inkontinence u ženy*. [online]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/326325/lf\\_b/Problematika\\_mocove\\_inkontinence\\_u\\_zeny.pdf](https://is.muni.cz/th/326325/lf_b/Problematika_mocove_inkontinence_u_zeny.pdf)

KOLOMBO, Ivan et al., 2008. Stresová inkontinence u žen – 1. část. *Urologie pro praxi*, 9(6). 292-300. ISSN 1213-1768.

KOLOMBO, Ivan et al., 2009. Stresová inkontinence u žen – 2. část. *Urologie pro praxi*, 10(1). 11-20. ISSN 1213-1768.

KROFTA, Ladislav a Jaroslav FEYEREISL, 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2280-4.

LIU, Zhishun et al., 2013. The Efficacy and Safety of Electroacupuncture for Women with Pure Stress Urinary Incontinence: Study Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial. [online]. *Trials* 14, 315. PMC. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1186/1745-6215-14-315>

MACEK, Petr, Tomáš HANUŠ a Petr HERLE, 2011. *Urologie: pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. Ediční řada pro VPL. ISBN 978-80-863-0785-5.

MARTAN, Alois, 2015. New surgical techniques and medical treatment in urogynecology: treatment of stress urinary incontinence, pelvic floor defects, and overactive bladder in women. Prague: Maxdorf Publishing. ISBN 978-80-734-5411-1.

MICHALSKÝ, Rudolf a David MÍKA, 2011. *Urologie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-724-8676-2.

MÍŠOVÁ, Alice, 2012. *Výskyt hyperaktivního močového měchýře a jeho diagnostika*. [online]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/bfyn42/Bakalsk\\_prece.pdf](http://theses.cz/id/bfyn42/Bakalsk_prece.pdf)

NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2015-2017*. 3. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. [online]. 4. doplněné vydání. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/CookieAuth.dll?GetLogon?curl=Z2FPokladyZ2520kZ2520vuceZ2FStudijnZ25C3Z25ADZ2520materiZ25C3Z25A1lyZ2520proZ2520zdravotnic kZ25C3Z25A9Z2520obory.aspxZ2520ISBNZ2520978-Z252080-904955-9-3&reason=0&formdir=3>

NYGAARD, Ingrid. 2010. Idiopathic urgency urinary incontinence. *New England Journal of Medicine*, 363(12), 1156-1162. ISSN 0028-4793.

PACÍK, Dalibor, 2014. Když selže prevence i méně invazivní léčba, existuje stále účinná metoda?. *Practicus*, 8. 13-14. ISSN 1213-8711.

PEŠL, Michael et al., 2007. Farmakologická léčba hyperaktivního močového měchýře. *Medicína pro praxi*, 4. 172-176. ISSN 1214-8687.

PRACHÁROVÁ, Martina, 2009. *Význam posilování svalů pánevního dna v prevenci močové inkontinence*. [online]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/69883/fsps\\_b/Bakalarska\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/69883/fsps_b/Bakalarska_prace.pdf)

ROMŽOVÁ, Miroslava, 2011. Inkontinence moči z pohledu urologa. *Medicína pro praxi*, 8(5). 222-225. ISSN 1214-8687.

ROMŽOVÁ, Miroslava, 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*, 15(5). 221-226. ISSN 1213-1768.

RYŠÁNKOVÁ, Miroslava, 2016. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*, 17(2). 72-74. ISSN 1213-1768.

SOCHOROVÁ, Nataša, 2008. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi*, 9(2). 92-95. ISSN 1213-1768.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007a. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 3*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007b. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1- interna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

STAROSTOVÁ, Jarmila, 2016. *Stresová inkontinence v porodní asistenci*. [online]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/kj2lbg/Starostova\\_Jarmila\\_Stresova\\_inkontinence\\_v\\_porodni\\_asiste.pdf](http://theses.cz/id/kj2lbg/Starostova_Jarmila_Stresova_inkontinence_v_porodni_asiste.pdf)

ŠÁMAL, Miroslava a Jan MEČL, 2016. Využití botulinum toxinu při léčbě inkontinence. *Urologie pro praxi*, 17(4). 172-176. ISSN 1213-1768.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-739-4246-5.

THOMASET, Lois H et al., 2009. *Treatment of urinary incontinence after stroke in adults*. Cochrane Database of Systematic reviews, 1. 1-43. ISSN 1469-493X.

VAVRUŠOVÁ, Kateřina, 2014. *Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života*. [online]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27978/vavru%C5%A1ov%C3%A1\\_2014\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27978/vavru%C5%A1ov%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

VILHEMOVÁ, Libuše, 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*, 12(2). 97-99. ISSN 1213-1768.

VRTAL, Radovan, 2007. Diagnostika a léčba hyperaktivního měchýře. *Urologie pro praxi*, 8(5). 211-216. ISSN 1213-1768.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZÁMEČNÍK, Libor a Petr MACEK, 2012. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-734-5276-6.



# PŘÍLOHY

Příloha A – Vstupní test – správné odpovědi	I
Příloha B – Vstupní test pacientky Z. M.	II
Příloha C – Obrázková příloha – rigidní cystoskop	III
Příloha D – Obrázková příloha – flexibilní cystoskop	IV
Příloha E – Obrázková příloha – kontrola moči chemicky - papírkem	V
Příloha F – Obrázková příloha – OAB dotazník	VI
Příloha G – Obrázková příloha – mikční karta	VII
Příloha H – Rešeršní protokol	VIII
Příloha I – Výstup práce – edukační letáky	IX
Příloha J – Edukace	XXI
Příloha K – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XXIV

## **Příloha A – Vstupní test – správné odpovědi**

### **1. Jaké jsou rizikové faktory močové inkontinence, které lze ovlivnit ?**

- a. Obezita, zácpa, psychické onemocnění, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna**
- b. Obezita, zácpa, psychické onemocnění, snížená schopnost pohybu, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna, zbytnění prostaty
- c. Obezita, zácpa, psychické onemocnění, snížená schopnost pohybu, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna, porody a těhotenství

### **2. V jakých intervalech a množství je vhodné pít tekutiny?**

- a. Po menších doušcích (cca 1-2 dl) v maximálně půlhodinových intervalech**
- b. Co 3 hodiny 1 litr
- c. Po každém jídle 250ml

### **3. V jakých intervalech je nevhodnější močit?**

- a. Močit podle hodiněk maximálně po 3 hodinách**
- b. Močit podle mých osobních potřeb
- c. Močit podle mého pracovního/školního režimu – „Jak budu moct“

### **4. Jaké cviky pomáhají při úniku moči?**

- a. Cviky na protažení celého těla
- b. Relaxační cviky
- c. Kegelovy cviky**

### **5. Kolik litrů tekutin denně byste měl/a vypít?**

- a. 3 až 4 litry
- b. 2,5 až 3 litry**
- c. 1 až 1,5 litry

## **Příloha B – Vstupní test pacientky Z. M.**

### **1. Jaké jsou rizikové faktory močové inkontinence, které lze ovlivnit ?**

**a. obezita, zácpa, psychické onemocnění, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna**

b. obezita, zácpa, psychické onemocnění, snížená schopnost pohybu, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna, zbytnění prostaty

c. obezita, zácpa, psychické onemocnění, snížená schopnost pohybu, kouření, oslabené svalstvo pánevního dna, porody a těhotenství

### **2. V jakých intervalech a množství je vhodné pít tekutiny?**

**a. Po menších doušcích (cca 1–2 dl) v maximálně půlhodinových intervalech**

b. Co 3 hodiny 1 litr

c. Po každém jídle 250 ml

### **3. V jakých intervalech je nevhodnější močit?**

**a. Močit podle hodiněk maximálně po 3 hodinách**

b. Močit podle mých osobních potřeb

c. Močit podle mého pracovního/školního režimu – „Jak budu moct“

### **4. Jaké cviky pomáhají při úniku moči?**

a. Cviky na protažení celého těla.

**b. Relaxační cviky**

c. Kegelovy cviky

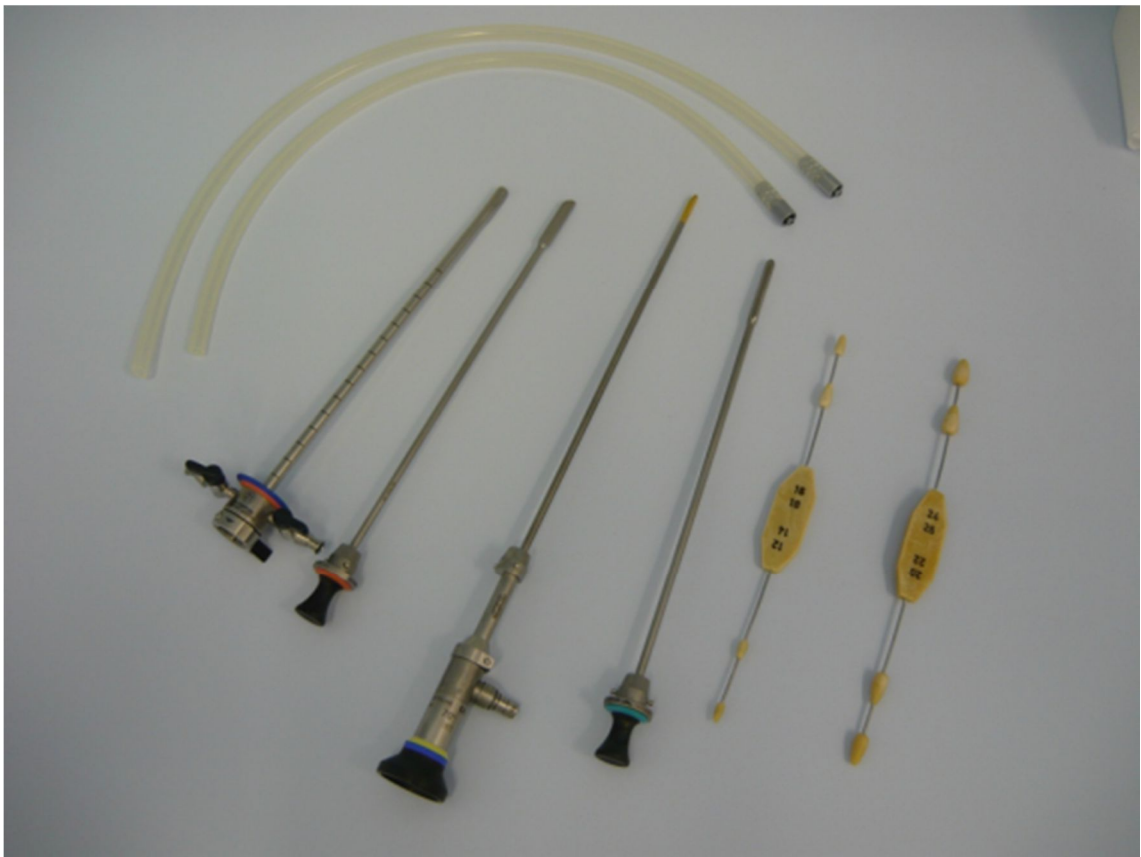
### **5. Kolik litrů tekutin denně byste měl/a vypít?**

a. 3 až 4 litry

b. 2,5 až 3 litry

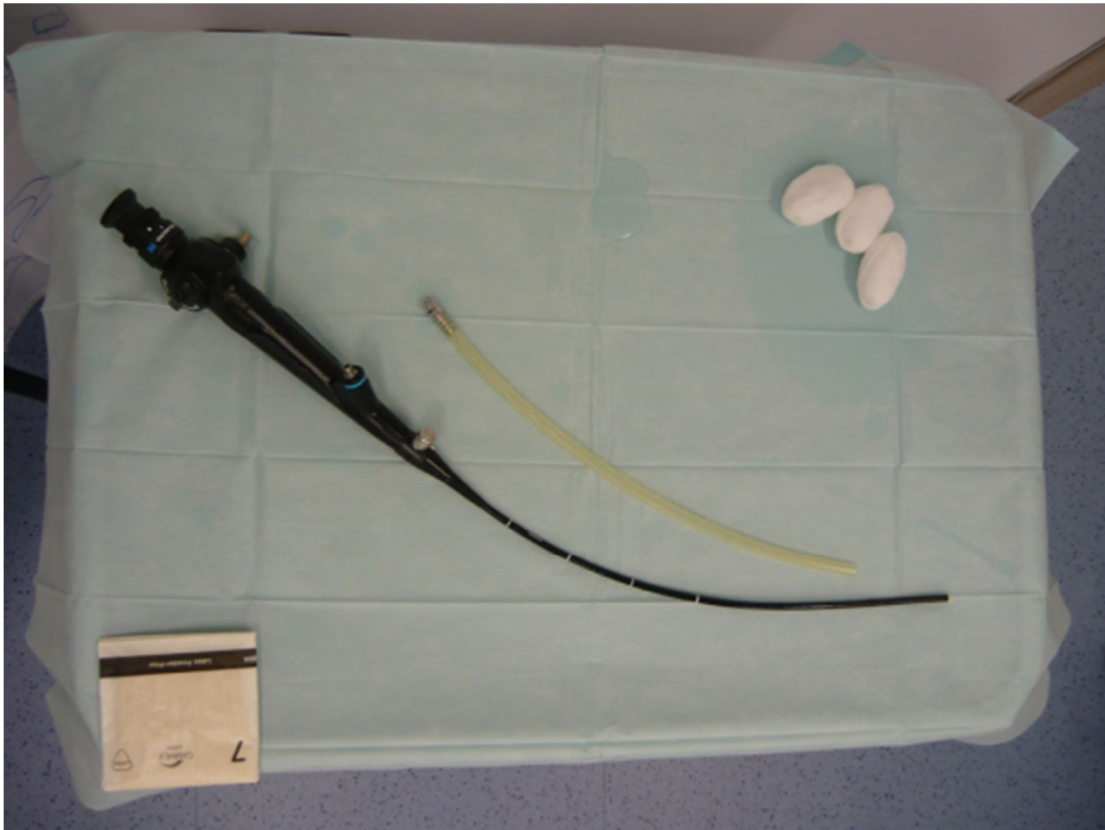
**c. 1 až 1,5 litry**

## Příloha C – Obrázková příloha – rigidní cystoskop



Zdroj: Petra Buriánková, 2016

## Příloha D – Obrázková příloha – flexibilní cystoskop



Zdroj: Petra Buriánková, 2016

## Příloha E – Obrázková příloha – kontrola moči chemicky – papírkem



Zdroj: Petra Buriánková, 2016

## Příloha F – Obrázková příloha – OAB dotazník

### OAB V8 Dotazník hodnotící hyperaktivní močový měchýř

Iniciály: \_\_\_\_\_

#### Nakolik Vás obtěžovalo...

Časté močení během dne?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Nepříjemné nucení na močení?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Náhlé nucení na močení s malými nebo žádnými varovnými projevy?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Nepředvídaný únik malého množství moče?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Noční močení?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Noční probuzení z důvodu potřeby se vymočit?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Nekontrolovatelné nucení na močení?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně
Pomočení při silném nucení na močení?	0 vůbec ne	1 trochu	2 docela	3 poněkud více	4 hodně	5 velmi hodně

Jste muž?

Muži si přidávají ke svému skóre 2 body.

Prosíme, spočtete Vaše odpovědi na výše uvedené otázky.

Pokud je Vaše skóre 8 nebo více, můžete mít hyperaktivní močový měchýř. na tento stav existuje účinná léčba. promluvte si s vaším lékařem o projevech vašeho onemocnění.

Zdroj: Uromedical Center Olomouc, 2016

## Příloha G – Obrázková příloha – mikční karta

Tento deník použijte pro záznam vašeho příjmu tekutin, frekvence chození na toaletu a záznam vymočených objemů (lze doma velmi snadno měřit pomocí odměrky). Současně je vhodné zaznamenávat silné pocity nucení na močení a případné úniky moče. Mikční deník pomáhá lékařům lépe zhodnotit Vaše příznaky.

Na příkladu je ukázáno, jak deník používat. Na každý den použijte novou stránku.

Datum:	Čas probuzení:	Čas, kdy jdete spát:
--------	----------------	----------------------

Čas	Nápoje (druh a množství)	Množství moči (ml)	Cítil/a jste silné nucení na močení?	Únik moči?
<i>Příklad</i>	<i>Hrnek čaje – 200ml</i>	<i>500 ml</i>	<input checked="" type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input checked="" type="radio"/> Ne
06:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
07:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
08:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
09:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
10:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
11:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
12:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
13:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
14:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
15:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
16:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
17:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
18:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
19:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
20:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
21:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
22:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
23:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
00:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
01:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
02:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
03:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
04:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne
05:00			Ano <input type="radio"/> Ne	Ano <input type="radio"/> Ne

Zdroj: Uromedical Center Olomouc, 2016



## Příloha H – Rešeršní protokol



### Specifikace edukace pacientů s močovou inkontinencí v doméně režimových opatření

#### Klíčová slova:

inkontinence, stresová inkontinence, urogynekologie, urologie, urodynamika, OAB, inkontineční pomůcky, cvičení pánevního dna

#### Rešerše č. 07/2017


#### Bibliografický soupis

<b>Počet záznamů:</b>	celkem 46 záznamů (kvalifikační práce – 5, knihy – 18, ostatní – 23)
<b>Časové omezení:</b>	2007 - současnost
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština, angličtina
<b>Druh literatury:</b>	kvalifikační práce, monografie, ostatní zdroje
<b>Datum:</b>	12. 12. 2016


#### Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5




### Cviky na posílení pánevního dna



### Cviky na posílení pánevního dna

- pomáhají zvýšit svalové napětí pánevního dna
- potřeba správného provádění cviků, pravidelnosti při cvičení a trpělivosti
- efekt se dostaví přibližně po 4 až 5 měsících pravidelného cvičení
- preventivní opatření u žen před porodem a u mužů před operací prostaty
- při důsledném cvičení se zdravotní stav může zlepšit až u 85 % pacientů
- doporučuje se s nácvikem začít pod dohledem fyzioterapeuta a po zvládnutí správné techniky ve cvičení pokračovat v domácím prostředí



### Zásady při cvičení

- před cvičením se vymočit
- pohodlné oblečení
- během cvičení pravidelně dýchat
- dodržovat předepsané postupy
- cviky provádět tahem
- cvičit optimálně 3x denně po 12–20 staženích pánevního dna a vydržet se stažením 6–8 sekund
- máte-li obavy, poraďte se s lékařem či fyzioterapeutem
- při potížích vyhledejte lékaře



### Cvik č. 1 Leh na zádech



- lehnete si na záda a pokrčte nohy, chodidla opřete o zem na šířku pánve
- pevně sevřete hýždě a výdechem je pomalu odlepujete od podlahy (až budou stehna a trup tvořit jednu linii)
- v této poloze střídavě zvedejte pokrčenou pravou a levou končetinu několik centimetrů od země
- nezapomeňte na pravidelné dýchání a vodorovné držení pánve
- cvik opakujte 5x na každou stranu, následně povolte
- proveďte 3 série cvičení

### Cvik č. 2 Na čtyřech



- klekněte si, paže a nohy tvoří s tělem pravý úhel
- hlava je s prodloužením těla, dívajte se na podlahu
- ruce jsou opřené o podlahu na šíři ramen
- s výdechem zvedejte kolena od podlahy, záda zůstávají stále rovná, 6–8 sekund vydržte v napnuté pozici, poté povolte
- opakujte 5x každou stranu
- proveďte 3 série cvičení

### Cvik č. 3 V kleku



- klekněte si, kolena od sebe na šíři kyčlí, záda narovnejte
- váha těla spočívá na obou kolenech
- ruce složte za krk a zpevněte tělo, podsadte pánev, protáhněte šíji
- s výdechem zpevněte celou oblast pánve a lehce se zakloňte dozadu (záda a hýždě musejí stále držet v jedné linii)
- po dobu 6–8 sekund vydržte, poté se vraťte do výchozí polohy
- opakujte 5x a následně povolte
- proveďte 3 série cvičení

### Cvik č. 4 V lehu na boku



- lehnete si na bok, nohy jsou lehce pokrčené, kolena přitiskněte k sobě
- hlavu položte na spodní paži
- horní paži opřete na podložce před hrudníkem (pomůže držet stabilitu)
- pánev je lehce sklopená
- s výdechem odklápejte horní stehno, tlačte paty k sobě, špičky a kolena od sebe, pánev je podsazená, svaly pánevního dna stažené, hruď vypnutá, záda rovná, šíje prodloužená
- s nádechem uvolněte svaly a vraťte se do výchozí polohy
- opakujte 5x
- proveďte 3 série cvičení

### Cvik č. 5 Vsedě



- posadte se rovně na židli s nohama mírně od sebe
- chytněte pravé koleno oběma rukama a vytáhněte jej mírně nahoru
- koleno držte ve stejné pozici a rukama se dotkněte dlaněmi nad hlavou
- vraťte se do výchozí pozice a zopakujte i na druhé noze
- opakujte 5x
- proveďte 3 série cvičení



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE 5, DUŠKOVA 7, 150 00 PRAHA 5

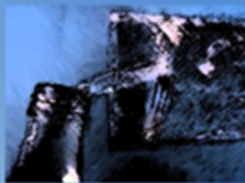
## REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

### u pacientů s močovou inkontinencí



### PITNÝ REŽIM

- dodržovat pitný režim cca 2 litry /den
- přijímat tekutiny po menších dávkách a častěji (nepít velké množství „naráz“)
- poslední příjem tekutin před spaním by měl být 2–3 hodiny před ulehnutím



### Omezit příjem nevhodných tekutin

- kávu
- kofeinové výrobky
- černý čaj
- Coca-Colu a „kolové“ nápoje
- alkoholické nápoje



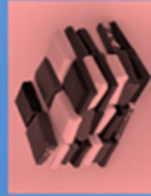
## STRAVOVÁNÍ

- doporučuje se dostatečný příjem vlákniny



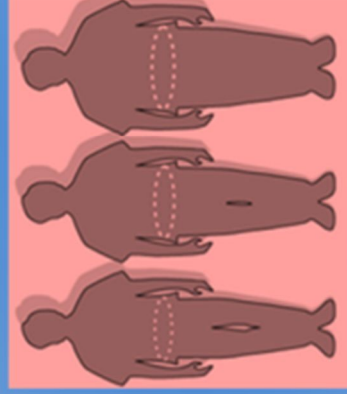
## Omezit příjem nevhodných potravin

- silně kořeněné potraviny a jídla
- čokoládu
- citrusové plody
- umělá sladidla
- ostrá jídla
- těžko stravitelné potraviny a jídla



## TĚLESNÁ HMOTNOST

- vhodné je udržení normální hmotnosti, příp. redukce váhy při nadváze či obezitě
- obezita je považována za jeden z rizikových faktorů vzniku inkontinence. Dochází při ní k poklesu orgánů v malé pánvi a tím k oslabení svalů pánevního dna
- samotná redukce hmotnosti může přispět k odstranění potíží u stresové inkontinence

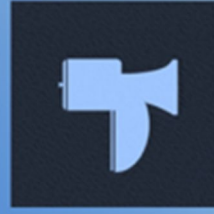


## VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE

- vytvořit vhodné podmínky pro vyprazdňování – tj. klidné, intimní prostředí
- močit ihned při pocitu plného močového měchýře
- močit v pravidelných 4 až 5hodinových intervalech a vždy před spaním
- důležité je i dodržování pravidelného vyprazdňování stolice
- chronická zácpa bývá příčinou oslabení svalů pánevního dna

### Prevence špatného návyku močového měchýře

- dodržování intervalů mezi jednotlivými mikcemi lze podle tzv. „*tréninkového kalendáře*“
- není vhodné jít na toaletu, aniž by tělo signalizovalo opravdovou potřebu vyprázdnění se



## HYGIENICKÉ NÁVYKY A PÉČE O POKOŽKU

- důležitou roli, zvláště u žen, hraje správná technika provedení intimní hygieny – od spony stydké směrem ke konečníku
- u žen se upřednostňuje sprchování před sedacími koupelemi, každodenní hygiena genitálu a nahrazení obyčejného mýdla výrobky pro intimní hygienu s pH 5,5
- u mužů by hygienické návyky péče o genitál měly mít dobrý základ už od dětství s důrazem na provádění denně a správnou technikou
- důležitá je častá výměna ložního i osobního prádla
- inkontinence má svůj podíl na vzniku dekubitů
- je vhodné časté sprchování genitálií a okolí za použití speciálního mýdla nebo pěny a ochranných krémů jako prevence vzniku dekubitů





## FYZICKÁ NÁMAHA

- při fyzické zátěži je nutno eliminovat zvedání těžkých břemen a omezení nadměrné zátěže
- zařadit vhodné cvičení, např. cviky k posílení pánevního dna a správného držení těla



## POZNÁMKY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

8848COVÁ, Petra, 2015. Močová inkontinence žen [online]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z: [http://meses.cz/id/vnyoaa/Finis\\_werze\\_BC\\_prce.pdf](http://meses.cz/id/vnyoaa/Finis_werze_BC_prce.pdf).

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007a. Ošetřovatelské postupy zdravotnické asistentky 3. Praha: Grada. ISBN 9788024722702.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007b. Ošetřovatelské postupy zdravotnické asistentky 1. - interna. Praha: Grada. ISBN 9788024717753.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. Ošetřovatelské postupy v gynecologii a porodnictví. Praha: Grada. ISBN 9788024733739.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I. - obecná část. Praha: Grada. ISBN 9788024734194.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II. - speciální část. Praha: Grada. ISBN 9788024734200.

**Vypracovala:** Petra Burišková, studentka bakalářského studia Vysoké školy zdravotnické v Praze  
**Odborná konzultace:** Mgr. et Mgr. Jan Chrástina, Ph.D.  
duben 2017



## Inkontinenční pomůcky



### Inkontinenční pomůcky

- základem používání je správně diagnostikovaný typ a stupeň inkontinence
- používání absorpčních pomůcek se nabízí při selhání léčebných postupů
- dostupné v lékárnách a zdravotnických potřebách
- předepisuje je praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog a geriatr na dobu maximálně tří měsíců
- zdravotní pojišťovna hraří určitý limit kusů na měsíc
- pomůcky jsou jednorázové, prodyšné, se savým jádrem, poskytují spolehlivou, nenápadnou ochranu bez zápachu
- alespoň částečně řeší inkontinenci a umožňují pacientovi návrat k obvyklým činnostem
- rozděleny podle pohlaví, stupně inkontinence, mobility pacienta a velikostně dle obvodu pasu
- moč se rychle odvádí do jádra, kde se mění na gel a tím se eliminuje charakteristický zápach a povrch zůstává suchý
- výměna pomůcky dle potřeby, stavu naplnění – indikátor zbarvení

Pomůcky určené osobám s lehkou inkontinencí

- ❖ pro ženy i muže
- ❖ při občasném úniku moči
- ❖ barevně rozděleny dle savosti – označeno kapkami



**MoliMed Micro Light**

- savost 180 ml

**MoliMed Micro**

- savost 260 ml



**MoliMed Mini**

- savost 340 ml



**MoliMed Midi**

- savost 490 ml



**MoliMed Maxi**

- savost 960 ml

- ❖ pro muže
- ❖ anatomicky uzpůsobeny
- ❖ při občasném úniku moči

**MoliMed for Men**

**Active**

- savost 365 ml
- sáček



**MoliMed for Men**

**Protect**

- savost 620 ml
- vložka



Pomůcky určené osobám se střední inkontinencí

- ❖ pro ženy i muže
- ❖ při častém úniku moči
- ❖ barevně rozděleny dle savosti – označeno kapkami

Vložné pleny MoliForm

Normal

- savost 1641 ml

Vložné pleny MoliForm Plus

- savost 1857 ml

Vložné pleny MoliForm Extra

Extra

- savost 2626 ml

Vložné pleny MoliForm Super

Super

- savost 3212 ml



Pomůcky určené osobám s těžkou inkontinencí

- ❖ pro ženy i muže

Natahovací plenkové kalhotky

MoliCare Mobile

- pro aktivní, mobilní pacienty s vyšším únikem moči



Zalepovací plenkové kalhotky

MoliCare

- pro imobilní (ležící) pacienty s trvalým únikem moči



Jednorázové podložky MoliNea

- dodatečná ochrana lůžka a ložního prádla u imobilních (ležících) pacientů



## Kosmetika vhodná pro péči o pokožku při úniku moči

### ❖ k čištění pokožky



#### **Čistící pěna**

- rychlé a šetrné čištění
- silně znečištěné pokožky
- při úniku moči i stolice

#### **Mycí emulze**

- jemné a účinné čištění zralé a namáhané pokožky

#### **Vlhké utěrky**

- rychlé čištění pokožky
- při úniku moči a stolice
- bez nutnosti použití tekoucí vody

### ❖ k ochraně pokožky

#### **Kožní ochranný krém**

- ochrana pokožky v intimních oblastech
- před agresivními složkami moči
- pohlcuje zápach



## Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Žilica, Monikub.cz [online]. © 2017 [cit. 2017-03-03]. Dostupné z <http://www.monikub.cz>.  
VTEJČKOVÁ, Renata. 2011. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada. ISBN 9788024734154.  
VTEJČKOVÁ, Renata. 2013. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. ISBN 9788024734200.

Vypracoval: Petra Burdínková, studentka bakalářského studia Vysoké školy zdravotnické v Praze

Odborný poradce: Mgr. et Mgr. Jan Chrástka, Ph.D.

duben 2017

## **Příloha J – Edukace**

### **Edukace**

Pojmem edukace rozumíme výchovu nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, kdy následně přebírá odpovědnost sám na sebe. Viditelným prospěchem v edukaci je zlepšení spolupráce pacienta a zdravotnického týmu. (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Edukace je „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Slovo edukace vzešlo z latinského slova *educare*, *educare* čili vychovávat, vypěstovat. Jejímž cílem je získat poznatky a pomoci pacientům ke změně chování, hodnot, návyků a postojů k nemoci a jejich léčbě i režimových opatření. (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

Hovoříme-li o edukačním procesu v ošetrovatelství, tak jde o tzv. zprostředkování poznatků subjektu čili nemocnému od druhého subjektu, tj. edukátora. Pomocí edukačního procesu rozvíjíme u pacientů jejich osobnost a vzdělávání. (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

*Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.* (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

V edukačním procesu by mělo být dosaženo pacientovy informovanosti, tedy předání informací tak, aby je zcela pochopil, procvičil určité činnosti, osvojil si je a uměl je použít v životě (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

### **Základní pojmy:**

Hovoříme-li o edukantovi (žák), mluvíme o člověku, který se něčemu učí, naproti tomu edukátor (učitel) je ten, kdo někoho učí, tedy edukuje. Nejčastěji v praxi edukují lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, atd. (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

### **Požadavky na sestru v roli edukátorky:**

Mezi požadavky na sestru patří za první, aby měla dobré teoretické znalosti a k tomu i praktické dovednosti; za druhé, aby byla empatická, snaživá a ochotná pomoci nemocnému; za třetí aby měla dobré verbální a nonverbální komunikační schopnosti; čtvrtým bodem je zájem o klienta, pátým bodem je navázání kontaktu a důvěry s klientem; a v posledním bodě, aby získala klienta pro spolupráci – motivaci (ANON, 2017).

### **Fáze edukačního procesu:**

Edukační proces rozdělujeme na pět fází. V první fázi (fáze počáteční pedagogické diagnostiky) se zjišťuje koho a z jakého důvodu je potřeba edukovat. Provádí se v první fázi, určujeme priority pacienta a jeho potřeb, zdali je připraven a chce se učit, a jaký styl, forma učení bude přijatelná pro daného pacienta. Z důvodu porozumění pacientovi je důležité s pacientem komunikovat, ptát se a zjišťovat v jaké životní a zdravotní situaci se nachází atd. Díky těmto informacím o pacientovi můžeme vytýčit cíl edukace, metody i vhodné prostředky/pomůcky. Ve druhé fázi (fáze projektování) společně s klientem plánujeme, jakým směrem se bude edukace ubírat, do plánování zahrnujeme časový harmonogram, cíle a postupné kroky k cíli. V další fázi – realizaci – působí prostředky (techniky) vybrané metody a dochází k osvojování vědomostí edukanta. Sleduje a hodnotí se, jak edukant v učení postupuje, zda pochopil a zvládá si vybavit předané informace, znalosti, dovednosti, jestli se následně vyskytly problémy či překážky, dále sledujeme reakce pacienta. Následuje čtvrtá fáze (tj. fáze upevnění a prohlubování učiva) – v této jde o upevnění, prohloubení učiva pomocí stálého opakování, pro lepší uchování vědomosti v dlouhodobé paměti. V poslední fázi (fáze zpětné vazby) hodnotíme dosažené výsledky: jak pacienta, tak i edukátora (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9), (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

### **Pomůcka k vytvoření edukačního procesu:**

1. zanalyzovat pacienta
2. stanovit cíl
3. výběr metody či materiálu
4. realizace metod
5. spolupráce, aktivita edukanta
6. zhodnot, popřípadě uprav dle potřeby (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

### **Faktory ovlivňující edukaci:**

Faktory, které ovlivňují edukaci, můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Do vnějších faktorů zahrnujeme, v jakém okolí se pacient vyskytuje, v jakém zdravotnickém zařízení se vyskytuje, jaké jsou vztahy v rodině, dále sem patří ekonomické a kulturní vlivy a demografický vliv. Kdežto vnitřní faktory můžeme dále dělit na fyzikální, jež obsahují osvětlení, dostatek prostoru, dobré světelné podmínky, barvy, nábytek, přiměřenou pokojovou teplotu, možnost větrání, nerušenost, dále se dělí na psychosociální, které se dále dělí na statické, což jsou vztahy trvalejší, rodiče, děti, partneři, na ošetrovací jednotce = učební klima. Následně můžeme rozdělit na proměnlivé – krátkodobé vlivy, charakter komunikace = učební atmosféra (ANON, 2017).

### **Formy edukace**

Často jsou uváděny dvě formy edukace, a to individuální a skupinová. Velkou výhodou individuální edukace je spolupráce mezi nemocným a zdravotníkem a přizpůsobování se individualitě pacienta. Naproti tomu nevýhodou je velká časová, ekonomická náročnost. Skupinová edukace se liší přístupem od individuální edukace, proto je potřebné vést diskuzi, vyrovnávat rozdíly ve skupině např. v procesu učení a osvojení vědomostí, poté i v podporování aktivit všech ve skupině. Znevýhodnění skupinové edukace je v nemožnosti individualizovaného přístupu. U obou forem je však důležité být trpělivý, mít víru, důvěru v edukátory (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9), (ANON, 2017), (ŠULISTOVÁ et al., 2012, s. 93).

### **Zásady správné edukace**

1. být motivován – vůle něčeho dosáhnout
2. jazyk jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu
3. mít systém – od základů k podrobnějšímu
4. využití modelových situací
5. individualizace na konkrétního pacienta – cíle, plány
6. opakování a kontrola
7. upozornění na chyby a zhodnocení. (ANON, 2017).



## **Příloha K – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **Specifika edukace pacientů s močovou inkontinencí v doméně režimových opatření** v rámci studia realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

**V Praze dne 27. 4. 2017**

.....

**Petra Buriánková**