

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Vladimíra Holá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Vladimíra Holá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**INFORMOVANOST VŠEOBECNÝCH SESTER O
PROBLEMATICE MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2013

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2013.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kašové Lucii za odborné vedení práce, poskytování rad, cenné připomínky, ochotu a trpělivost při konzultacích.

Anotace

Příjmení a jméno:	Holá Vladimíra
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Informovanost všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen
Vedoucí práce:	Mgr. Kašová Lucie
Počet stran – číslované:	56
Počet stran – nečíslované:	26
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	34
Klíčová slova:	diagnostika – edukace – informovanost - inkontinence močová - implantace TVT - Kegelovy cviky – léčba – prevence - stresová inkontinence - urgentní inkontinence – urodynamika - všeobecná sestra

Souhrn:

Tato bakalářská práce shrnuje poznatky všeobecných sester o močové inkontinenci u žen. Lze ji rozdělit do dvou základních částí. První část obsahuje teoretický souhrn o močové inkontinenci. Je zde stručně popsána anatomie dolních močových cest, základní typy močové inkontinence, diagnostika, léčba a edukace klientek s danou problematikou. Ve druhé části jsou zkoumány a porovnávány znalosti všeobecných sester o močové inkontinenci, které pracují v zařízení primární péče a na lůžkových odděleních. V závěru práce navrhuji informační brožuru se souhrnnými informacemi, týkající se močové inkontinence u žen.

Annotation

Surname and name:	Holá Vladimíra
Department:	Nursing and midwifery assistance
Title of thesis:	Foreknowledge of nurses of female incontinence problems
Consultant:	Mgr. Kašová Lucie
Number of pages – numbered:	56
Number of pages – unnumbered:	26
Number of appendices:	5
Number of literature items used:	34
Keywords:	diagnosis – education – knowledge - urinary incontinence - implantation TVT - Kegel's exercise – treatment – prevention - stress incontinence - urgent incontinence – urodynamics - nurse

Summary:

This bachelor thesis summarizes nurses' knowledge of urinary incontinence of women. We can divide it into two elementary parts. The first part includes theoretical summary of urinary incontinence. There is briefly described the anatomy of lower urinary tract, basic types of urinary incontinence, diagnosis, treatment and client's education of these issues. In the second part the nurses knowledge of urinary incontinence are studied and compared. The nurses work at the department of primary care and at the wards. In the end of my thesis I suggest information brochure with summarizing information about women's urinary incontinence.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 HISTORIE.....	11
2 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST.....	13
2.1 Močový měchýř (Vesica urinaria).....	13
2.2 Močová trubice (Uretra).....	13
2.3 Pánevní dno (Diaphragma pelvis).....	14
2.4 Pochva (Vagina).....	14
3 FYZIOLOGIE VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	15
Svalovina měchýře a uretry tvoří jeden funkční celek.....	15
4 MOČOVÁ INKONTINENCE.....	16
4.1 Definice močové inkontinence.....	16
4.2 Příčiny inkontinence moči.....	16
4.3 Rizikové faktory vzniku močové inkontinence.....	17
4.3.1 Predisponující rizikové faktory.....	17
4.3.2 Vyvolávající rizikové faktory.....	17
4.3.3 Dekompenzující rizikové faktory.....	18
4.3.4 Podporující rizikové faktory.....	18
4.4 Dělení močové inkontinence.....	19
4.4.1 Stresová močová inkontinence.....	19
4.4.2 Urgentní močová inkontinence.....	20
4.4.3 Smíšená inkontinence.....	20
4.4.4 Reflexní močová inkontinence.....	21
4.4.5 Paradoxní močová inkontinence.....	21
4.4.6 Enuresis nocturna.....	21
4.5 Management péče o inkontinentní klientky.....	21
4.6 Diagnostika močové inkontinence.....	22
4.6.1 Anamnéza.....	22
4.6.2 Gynekologické vyšetření.....	23
4.6.3 Pomocné testy v urogynekologii.....	24
4.6.4 Mikční deník.....	25
4.6.5 Laboratorní vyšetření.....	25
4.6.6 Speciální diagnostické metody.....	26
4.6.7 Urodynamické vyšetření.....	26

4.6.8	Ultrazvukové vyšetření.....	28
4.6.9	Magnetická rezonance	28
4.6.10	Kalibrace uretry a uretrocystoskopie.....	28
4.7	Konzervativní léčba stresové inkontinence	29
4.8	Chirurgická léčba močové inkontinence.....	30
4.8.1	Předoperační ošetrovatelská péče před implantací beznapěťové pásky	31
4.8.2	Pooperační ošetrovatelská péče po implantaci beznapěťové pásky	32
4.8.3	Možné komplikace po implantaci beznapěťové pásky.....	33
4.8.4	Kontraindikace implantace beznapěťové pásky	34
4.8.5	Implantace transobturátorové pásky.....	34
4.9	Léčba urgentní močové inkontinence	34
4.10	Edukace klientek s močovou inkontinencí.....	35
4.10.1	Absorpční pomůcky.....	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	FORMULACE PROBLÉMU	38
6	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
7	HYPOTÉZY	38
8	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
9	VZOREK RESPONDENTŮ	39
10	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ A JEJICH INTERPRETACE.....	40
11	DISKUSE	60
	ZÁVĚR.....	64
	LITERATURA A PRAMENY	66
	SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM OBRÁZKŮ	71
	SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

V dnešní době díky moderní medicíně dochází k prodlužování věku populace, ale bohužel s tímto fenoménem se vyskytují i některé civilizační choroby a nežádoucí problémy. Mezi ty nejčastější můžeme zařadit i močovou inkontinenci. (1)

Močová inkontinence je označována za biopsychosociální problém, neboť negativně ovlivňuje u klientky potřeby biologické, psychické i sociální. V rovině biologických potřeb se např. jedná o narušené vyprazdňování, narušený spánek, odpočinek a klid, sexuální potřebu. V rovině psychické je jistě poznamenána potřeba jistoty, bezpečí i aktivity. Ve sféře sociální je narušena potřeba kontaktu s ostatními lidmi. V důsledku toho dochází u ženy ke ztrátě důvěry v sebe sama, k pocitu nejistoty, marnosti, obavám, k pocitu osobního selhání. Vše může vést až k sociální izolaci a následné depresi. (2,3)

Problém úniku moči byl dříve doménou starší generace, ale vyskytuje se i v dětském věku, u žen po porodu a ve středním věku, trápí i vrcholové sportovkyně. Může postihnout kohokoli, bez ohledu na věk či pohlaví. Odhaduje se, že každá druhá žena má ve svém životě potíže s udržením moči a právě toto významně zasahuje do kvality jejího života. Dochází k narušení osobního, společenského, sportovního i pracovního života. (4)

Důležité je, aby zdravotnický personál měl pro tyto ženy dostatečné informace, uměl je v dané problematice správně edukovat, nejen v oblasti prevence, ale i diagnostiky a léčby. Všeobecná sestra je vždy důležitá osoba, která mnohdy pomáhá klientkám při rozhodování, jak s daným problémem naloží. Musí mít vždy na mysli, že nedobrovolný únik moči je v mnoha případech řešitelným problémem a neodkazovat klientku pouze na používání hygienických vložek. Jsou neustále vylepšovány a do praxe zaváděny nové miniinvazivní chirurgické zákroky, které řeší problémy s únikem moči a právě o těchto zákrocích by sestry měly mít přehled.

Postoj k řešení problémů s únikem moči je názorná situace toho, jak může všeobecná sestra díky své profesionální komunikaci, empatii, vstřícnosti, trpělivosti, ale především díky svým odborným znalostem kladně ovlivnit kvalitu života ženy s únikem moči. Vždyť právě všeobecná sestra je prvním důležitým prostředníkem mezi lékařem a klientkou.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože si myslím, že jde o poměrně aktuální problematiku, se kterou se často setkávám při své práci na gynekologickém oddělení a bohužel vidím, že v laické, ale i v odborné veřejnosti existuje hluboce

zakořeněná představa, že inkontinence moči je řešitelný problém pouze užíváním inkontinentních pomůcek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

Potíže spojené s únikem moči nejsou pouze nepříjemným problémem současných generací, ale vyskytovaly se již v dávné minulosti. V každém časovém období se názory a přístup společnosti k řešení těchto obtíží značně lišil. (1)

Již z doby před více než tři a půl tisíci lety jsou dochovány zmínky týkající se problémů s únikem moči. Tehdejší medicína byla pouze na přírodní bázi (cypřiš, jalovec, pivo). Používaly se pleny z listů, mechu a zvířecí kůže. Rovněž i v následujících etapách vývoje lidstva se prostředky na samovolný únik moči skládaly z bylinných lektvarů. Jsou známé také starověké drastické metody, kdy se úniku moči zabránilo tím, že byl postižený zavěšen hlavou dolů. (5)

Ve středověku panovaly špatné hygienické podmínky a běžnou součástí každodenního života byl zápach lidských a zvířecích exkrementů, proto se v tomto období problémy s únikem moči příliš neřešily a nebyly vůbec vnímány. Ani tehdejší medicína se na problémy s únikem moči nesoustředila. (5)

K velké změně dochází až na přelomu 18. a 19. století, díky zlepšujícím se hygienickým podmínkám a přístupu obyvatelstva k hygieně. Více se začaly řešit poruchy močení, které byly označovány za medicínský problém. (5)

V průběhu 19. století a v první polovině 20. století došlo k rozvoji chirurgické léčby močové inkontinence. V roce 1913 Dr. Howard Kelly navrhl techniku vaginální rekonstrukce, která příznivě ovlivnila inkontinenci moči. Další významnou osobností moderní gynekologie byl Dr. James Marison, který byl považován za otce americké gynekologie. (6)

Velkou zásluhu na pomoci ženám s inkontinencí moči má kalifornský gynekolog Arnold Kegel, který koncem 40. let začal problémy s únikem moči léčit pomocí cvičení svalů pánevního dna. Vymyslel a sestavil jednoduchou sérii cviků soustředěných na stahování a uvolňování svalů pánevního dna. Kegelovy cviky jsou využívány i v současné době. (6)

Docházelo také k rozvoji pesaroterapie, která řešila sestup či výhřez rodidel a problémy s únikem moči. Mechanismus účinku pesaru spočíval ve vyzdvižení hrdla močového měchýře, jeho imobilizaci a kompresi močové trubice. Prvními pomůckami byly označovány hysterophory, které měly kuželovitý tvar a zaváděly se do pochvy a aby

nevypadly, byly udržovány prostřednictvím třmenů. Předměty byly z různých materiálů (kámen, kov, porcelán, sklo). Také tvary pesarů byly rozmanité. Jednalo se různé kužely, tyčky, balony, hrušky, krychle, svorky, kroužky. Pesary procházely a procházejí neustálým vývojem. Některé kruhové silikonové se používají dodnes, hlavně u žen, kde není indikované operační řešení nebo u žen, které čekají na plánovanou operaci. Nejznámější je Mayerův silikonový pesar. (7)

Za další významnou pomoc ženám s daným problémem lze považovat v roce 1971 založení Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS - International Continence Society), která sdružuje přední světové odborníky z oboru gynekologie, urologie, dětské urologie, neurologie, fyzioterapeuty, pediatry, nefrology, sestry a vědecké pracovníky z výzkumu. Tato organizace velkou mírou přispívá k rozsáhlému rozvoji diagnostiky a léčby inkontinence moči. Mezi naše zástupce se například řadí prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., prim. MUDr. Jan Zmrhal, CSc. a další. (8)

V dnešní době nastává výrazný rozmach léčebných a vyšetřovacích metod. Zavádí se nová medikamentózní léčba, která vykazuje vyšší efekt a nižší procento vedlejších účinků. Do praxe jsou zaváděny a vylepšovány nové miniinvazivní chirurgické zákroky řešící problémy s únikem moči. (9)

2 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

2.1 Močový měchýř (Vesica urinaria)

Dolní močové cesty jsou tvořeny močovým měchýřem a uretrou. Každý uvedený orgán má dvě funkce. Močový měchýř je rezervoár, má za úkol shromažďovat moč a vyprazdňovat se. Uretra řídí odvod moči a odvádí ji z těla ven. (8)

Močový měchýř (Vesica urinaria) je dutý, svalový orgán, který je uložený v malé pánvi. Na měchýři se rozlišuje tělo a báze. Je tvořen třemi vrstvami. Uvnitř měchýře je epitel přechodného typu, který je ovlivňován ženskými hormony estrogeny. Výška tohoto epitelu se mění v závislosti, jak je měchýř naplněn. S roztahováním měchýře se tento epitel zplošťuje, vyrovnává, vyhlazuje, aby udržel celistvost bariéry. Další vrstvou je podslizniční vazivo, které je tvořené elastickými pružnými vlákny, které mají za úkol podporovat roztažlivost měchýře, jehož kapacita je 400-500 ml. Při objemu 300-400 ml začíná pocit nutkání na močení. Svalovina močového měchýře se nazývá detruzor, jedná se o vypuzovací sval. Na spodině močového měchýře je tzv. trigonum (trojúhelník), které se nachází mezi vnitřním ústím močové trubice a oběma uretrálními ústími. Zdejší oblast má jiný embryonální základ a proto zde chybí podslizniční vazivo. Jedná se o nejnižší položené místo močového měchýře a je nejčastěji napadáno bakteriální infekcí. Kontinenci zajišťují struktury, podílející se na uzávěrovém mechanismu (uretra, svaly pánevního dna). (1,10)

Cévní zásobení močového měchýře zajišťují arteriae iliacae internae. Horní část měchýře zásobuje arteriae vesicales superiores, dolní partii a bázi arteriae inferiores. Spolu se na výživě ještě podílí spojky z arteria uterina a arteria obturatoria. Žíly tvoří bohaté venózní plexy. Venae vesicales odvádí krev do vena iliaca interna.

Inervace přichází z plexus vesicalis, který se nachází po obou stranách měchýře v bázi postranního parametria (ligamentum cardinale). Sympatická vlákna (ze segmentů L1-L3) a parasympatická vlákna (segmenty S2-S4) se spojují a tvoří plexus pelvicus. Dále je zajištěna i inervace senzitivní a senzomotorická. (1,9)

2.2 Močová trubice (Uretra)

Močová trubice (uretra) je u žen dlouhá 3-5 cm, má průměr kolem 6 mm a slouží k odvádění moči z močového měchýře. Podle průběhu na ní rozlišujeme čtyři části. Část intramurální, která vede ve stěně měchýře, část pelvickou, diafragmatickou a poslední,

distální část je perineální. Svalovina v horní části je tvořena z hladkých vláken a je zde vnitřní uretrální svěrač, který je vůlí neovladatelný. V oblasti rozhraní střední a dolní třetiny močové trubice se nachází ve svalovém pánevním dnu zevní svěrač uretry, který je tvořen z vláken příčně pruhovaných, čili vůlí ovladatelný. V proximálních dvou třetinách uretry se nachází vrstevnatý přechodný epitel, který distálně přechází v nerohovější dlaždicový epitel. S poklesem hladiny estrogenů po menopauze dochází ke změnám epitelu, což souvisí se změnami na uzávěrovém mechanismu uretry.

Uretru zásobují tepny arteria vesicales inferiores a arteria vaginalis, jež je větví arteria uterina. Arteria pudenda interna zásobuje zevní část močové trubice. (1,11)

2.3 Pánevní dno (Diaphragma pelvis)

Pánevní dno je tvořeno pánevními svaly a urogenitálním diafragmatem. Diafragma pelvis je složena ze tří částí s různými úpony. Jedná se o pars publica, pars iliaca a musculus coccygeus.

Diaphragma urogenitale (perineální membrána) je vazivová struktura, trojúhelníkového tvaru, jde od synfýzy ke kostem sedacím. Diaphragma urogenitale spolu se svaly pánevního dna slouží jako podpůrný aparát pro orgány malé pánve. (1)

2.4 Pochva (Vagina)

Pochva je dutý fibromuskulární orgán, který jde od čípku dělohy k introitu. Je v intimním kontaktu s dolním močovým ústrojím a proto hraje v diagnostice a léčbě močové inkontinence významnou roli. Sliznice je tvořena nerohovějícím, mnohvrstevným, dlaždicovým epitelem. Závěsný aparát pochvy má tři úrovně. První etáž - tzv. Level I, druhá etáž - Level II, třetí etáž - Level III. (1)

3 FYZIOLOGIE VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Svalovina měchýře a uretry tvoří jeden funkční celek. Sensorická nervová vlákna vedou z měchýře informaci o zvýšeném nitroměchýřovém tlaku a zvýšeném napětí stěn během plnicí fáze do centrální nervové soustavy, čímž se zahájí vědomě ovlivnitelný reflex. U malých dětí po narození a u lidí s postižením CNS není možnost volní kontroly. Kontrola nad močením u dětí nastává teprve až od 2 do 3 let. Na počátku aktu močení ochabne pánevní dno a zevní svěrač uretry, dojde k poklesu báze močového měchýře, proximální část uretry se zkracuje a společně se otevírá i s hrdlem měchýře. Stažením detruzoru se zvyšuje tlak v měchýři a započne mikce, která končí při uzavěru zevního svěrače. (2)

4 MOČOVÁ INKONTINENCE

4.1 Definice močové inkontinence

Močová inkontinence není problém vzácný, ani ojedinělý. Vyskytuje se poměrně často. Udává se, že až 50% žen má občasný únik moči, ale pouze 10-20% navštíví lékaře. (12)

Inkontinencí moči se rozumí příznak (symptom), kdy klientka udává nekontrolovatelný únik moči nebo se jedná o projev (sing), čímž se rozumí objektivní únik moči. Dále se může močová inkontinence popisovat jako stav (condition), což je diagnóza stanovena na základě urodynamického vyšetření. (9)

Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society, ICS) ustanovila definici inkontinence jako *stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné*. (1, s. 5)

Močová inkontinence vzniká při poruše rovnováhy mezi vypuzovacím a uzávěrovým mechanismem dolních močových cest. (13)

4.2 Příčiny inkontinence moči

Příčiny vzniku výše uvedeného problému mohou být rozmanité. K nekontrolovatelnému úniku moči může dojít při abnormalitách močového měchýře nebo zvláštnostech na svěrači.

Mezi zvláštnosti močového měchýře se řadí např. zvýšená aktivita (vůli nekontrolovatelné stažení detruzoru), kvantitativní zvýšení reflexů detruzoru, k níž dochází hlavně při cévních mozkových příhodách, Parkinsonově chorobě, roztroušené mozkomíšni skleróze, mozkovém nádoru, atd. Poslední skupinou abnormalit močového měchýře je nestabilita detruzoru, ke které dochází bez zjevné neurologické příčiny. Řadí se sem hlavně stavy po radikálních operacích v malé pánvi, stavy po onkologické léčbě, hlavně zánět močového měchýře po ozáření, dlouhodobá katetrizace močového měchýře, kámen či tumor měchýře. (14)

K neobvyklým stavům svěrače se řadí nadměrná pohyblivost uretry a insuficience svěrače. Při hypermobilitě dochází ke změněnému přenosu tlaků a anatomickým změnám.

Mezi další příčiny vedoucí ke vzniku inkontinence se řadí oslabení svalstva pánevního dna, parita, stáří, úrazy spojené s porušením míchy, účinky léků, operace v malé

pánvi, možné iatrogenní postižení, stavy po radioterapii, stavy spojené s nedostatkem estrogenů, apod. (2)

4.3 Rizikové faktory vzniku močové inkontinence

Existuje mnoho faktorů, které se mohou podílet na vzniku močové inkontinence. Pro lepší přehlednost se rozdělují do několika hlavních skupin.

4.3.1 Predisponující rizikové faktory

Dle výzkumných studií lze dokázat, že větší sklon ke stresové situaci mají bělošské ženy, než černošky či asijské ženy. Černošky mají výše uložené hrdlo močového měchýře, delší močovou trubici, větší kontraktibilitu svalů pánevního dna, proto méně inklinují k problematice úniku moči. Toto vše může poukazovat na vliv rasy, kultury a prostředí. (6)

Dalším rizikovým faktorem této skupiny jsou vrozené defekty dolních cest močových, variabilita anatomie pánevního dna, úrazy a vrozené neurologické poruchy a genetika, která neustále ovlivňuje náš život. (2,15)

4.3.2 Vyvolávající rizikové faktory

Nejvýznamnější vliv na vznik inkontinence může mít průběh prvního těhotenství a porodu. Udává se, že další porody již danou problematiku výrazně neovlivní. Výzkumné studie ukazují, že prevalence stresové inkontinence v průběhu těhotenství je 8 – 85% a po porodu u žen dojde k úpravě stavu až plné kontinenci. U některých žen dochází v pozdějším věku k recidivám potíží. V průběhu těhotenství a po porodu může dojít k poškození struktur pánevního dna, k postižení inervace sfinkterů. Rizikovým faktorem je také porod plodu vážícího více než 4000 gramů, epiziotomie a klešťový porod. Provedením císařského řezu není sníženo riziko vzniku inkontinence. (2)

Mezi vyvolávající faktory se řadí i chirurgické odstranění dělohy (hysterektomie), která může způsobit poruchu nervového zásobení močového měchýře a hypermobilitu močového měchýře a uretry. Močovému měchýři chybí děloha, o kterou se jinak opírá. Dalším vyvolávajícím rizikovým faktorem je pánevní operace nebo onkologická léčba, hlavně ozařování malé pánve. (2,4)

4.3.3 Dekompenzující rizikové faktory

Tyto faktory mohou způsobit dočasnou nebo trvalou inkontinenci, samy o sobě nezpůsobují inkontinenci, ale u žen s výše uvedenými faktory mohou ke vzniku přispět. Řadí se sem např. věk, mentální poruchy (demence, debilita, poruchy kognitivních funkcí), vlivy prostředí, mobilita klientky a přidružené choroby (diabetes mellitus, cévní onemocnění). (2)

4.3.4 Podporující rizikové faktory

Do této skupiny se řadí některé poruchy pánevního dna, např. prolaps pánevních orgánů. Významným rizikovým faktorem uvedené skupiny je obezita ženy. Je možno pozorovat vyšší výskyt inkontinence moči s vysokým BMI (body mass indexem). *Obézní ženy trpí stresovou inkontinencí 4,2x více a 2,2x více urgentní inkontinencí ve srovnání se ženami s normální hmotností.* (2, s. 31) Obezita způsobuje dlouhodobý tlak nitrobřišních orgánů na dolní močové cesty, ale i pohlavní cesty. Následně tento tlak způsobuje zvýšenou pohyblivost hrdla močového měchýře a uretry, vše vede k nechtěnému úniku moči. Obezita také snižuje úspěšnost operační léčby, proto se vždy doporučuje před plánovanou operací redukce tělesné hmotnosti. (14)

Také uroinfekty, obstrukce (zácpa), hemoroidy, zánět konečníku, klimakterium, užívání některých léčiv, neurologická onemocnění, onemocnění plic a kouření mohou přispět ke vzniku močové inkontinence. (2)

U žen v klimakteriu se objevují problémy s močovou inkontinencí v souvislosti s postupně vyhasínající funkcí vaječníků, která vede ke snižování hladiny ženských pohlavních hormonů (estrogenů) a dochází k urogenitální atrofii. Obdobný mechanismus se uplatňuje u kojících žen, neboť laktace je spojena s nízkou hladinou estrogenů v krvi. Mohou se objevit potíže s udržení moči, které po skončení laktace zmizí v důsledku opětovného vyrovnání hladin hormonů. (4)

Kuřáctví a chronický kašel vede opět k vyššímu nitrobřišnímu tlaku, který se přenáší na močový měchýř a způsobuje únik moči. Nikotin má stimulační účinek na stažitelnost svaloviny močového měchýře, čímž způsobuje častější nucení na močení a zmenšení kapacity měchýře. (4)

Medikace může být dalším podporujícím rizikovým faktorem pro vznik inkontinence. Mnoho léků může mít vedlejší účinky, které inkontinenci ovlivní. Diuretika

způsobují noční močení (nykturii), alkohol vykazuje sedativní účinky a zapříčiní zhoršenou mobilitu. (2)

4.4 Dělení močové inkontinence

Močová inkontinence se může rozdělit na dvě základní skupiny podle délky trvání na akutní a chronickou. Za akutní (dočasnou, přechodnou) je označována např. močová inkontinence v důsledku infekce močových cest, následkem užívání některých léků, alkoholu, kofeinu. Terapie této inkontinence spočívá v odstranění základní příčiny. (2)

Za chronickou (trvalou) je označována tzv. „klasická inkontinence“, která se dle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) dělí na extrauretrální a uretrální. Při extrauretrální moč uniká např. při vrozených vývojových vadách močových cest nebo vzniklou píštělí. Při uretrální inkontinenci moč uniká močovou trubicí. (1)

Uretrální inkontinence se dále dělí na tzv. overflow, přepadovou, přetlakovou, kdy dochází k úniku moči z přeplněného močového měchýře (tzv. ischuria paradoxa), dále inkontinenci reflexní, což je projev zvýšené aktivity míšního mikčního reflexu netlumeného z centrálního nervového systému (CNS) a konečně na inkontinenci urgentní, stresovou a smíšenou. (1)

Terapii extrauretrální, reflexní a přepadové inkontinence řeší specializovaná urologická nebo urogynekologická pracoviště. Léčba klientek se stresovou a urgentní inkontinencí začíná již v primární péči. (1)

4.4.1 Stresová močová inkontinence

Stresová močová inkontinence (SI) je název, který vychází z anglické terminologie. Nejedná se o inkontinenci způsobenou psychickou zátěží, stresem, ale jde o mimovolní únik moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku přenášeném na močový měchýř, čímž se překoná uzavírací tlak v uretře. Klasickým momentem úniku moči při stresové inkontinenci je kašel, kýchnutí, poskočení, doskoky, smích, běhání, zvedání těžkých břemen (břemeno těžší než 2 kg). Tyto momenty jsou označovány tzv. stresovými manévry. Výskyt stresové inkontinence je častější u žen při sedavém povolání nebo při dlouhodobé práci v předklonu (švadleny, úřednice), protože je trvale zvýšen nitrobřišní tlak. (16,17)

Nejznámější hodnocení stresové inkontinence moči je klasifikace dle Ingelmanna – Sundbergra, který ji dělí na tři stupně:

- 0 (není inkontinence)
- I. stupeň (lehká forma) - je to zjevný únik moči po kapkách, zejména při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkých břemen. Moč uniká jen někdy, hlavně v souvislosti se zvýšením nitrobřišního tlaku
- II. stupeň (střední forma) - moč uniká i při poměrně menším nitrobřišním tlaku než u I. stupně, v průběhu běžných denních pohybových aktivit, při rychlejší chůzi, chůzi po schodech a lehčí fyzické práci.
- III. stupeň (těžká forma) - moč uniká neustále při chůzi, změně polohy. Stačí zde malý vzestup nitrobřišního tlaku. (4,18)

4.4.2 Urgentní močová inkontinence

Urgentní močová inkontinence (UI) patří mezi druhou nejčastější formu nechtěného úniku moči. Dnes tuto jednotku nazýváme hyperaktivní močový měchýř, OAB (overactive bladder). Jejím projevem je časté, náhlé a neovladatelné nucení na močení, spojené s únikem moči. Často je doprovázena příznaky dolního močového systému, mezi něž se řadí urgence (náhle vzniklý pocit nucení na močení bez možnosti toto odložit), polakisurie (časté močení, rozumí se více než 8 močení za 24 hodin) a nykturie (noční močení). (1,2)

Urgentní inkontinence se dělí na 2 formy. U motorické formy dochází k úniku moči, který je způsobený zvýšenou aktivitou detruzoru, žena nedokáže mikční reflex potlačit a musí nucení na močení vyhovět. Toto vyvolávají psychické stresové situace nebo degenerativní onemocnění.

Senzorická forma je způsobená zvýšenou senzitivitou receptorů detruzoru. Tuto formu vidáme při nádoru, uroinfektech a cystolitíaze. V tomto případě jsou receptory stimulovány a mikční reflex je vyvolán malými podněty, při malém plnicím objemu. Při této inkontinenci dochází k odtoku většího množství moči. (9,19)

4.4.3 Smíšená inkontinence

Jedná se o typ, kdy se kombinují příznaky výše uvedených inkontinencí, stresové i urgentní. (2)

4.4.4 Reflexní močová inkontinence

Je příznakem neurologického onemocnění, poraněním mozku a míchy. Jedná se o vyprazdňování močového měchýře bez nucení, reflexně, stejně jako u kojence. (2)

4.4.5 Paradoxní močová inkontinence

Je inkontinence z přetékání (ischuria paradoxa). Dochází vůlí k neovladatelnému úniku moči, když je přeplněn močový měchýř. Tlak v močovém měchýři převyšuje maximální uretrální tlak a není detruzorová aktivita. Dochází k častým únikům malého množství moči v minutových intervalech. (2)

4.4.6 Enuresis nocturna

Tento pojem zahrnuje noční pomočování, únik moči ve spánku. V dětském věku je označována za primární a u dospělého člověka za sekundární, což může být za následek různých patologií. Často se zaměňuje za nykturii (probuzení za účelem vykonání mikce). (2)

Všechny výše zmiňované typy močové inkontinence se považují za základní, ale světová literatura zařadila ještě např. koitální inkontinenci, post – void dribbling (po ukončení mikce ještě dojde k úniku moči močovou trubicí) a giggle incontinence (vyskytující se u mladých dívek i po 25. roce, není vyzralá neurogení kontrola mikce). (1)

4.5 Management péče o inkontinentní klientky

Péči o inkontinentní klientky můžeme rozdělit do tří úrovní: primární, sekundární a terciární.

Do primární péče se řadí praktický lékař, ženský lékař, urolog, méně často neurolog, pediatr a internista, kteří provádí aktivní vyhledávání pacientů, základní diagnostiku problematiky inkontinence moči. Lékaři odtud klientky zasílají k dalšímu speciálnímu vyšetření do specializovanějších ambulancí k diagnostice typu močové inkontinence a rozhodnutí o další terapii.

Do sekundární péče se řadí specializované urogynekologické a urologické pracoviště, která provádí speciální typy konzervativní léčby. Mezi tuto léčbu lze zařadit např. elektrostimulaci, léčbu biostimulačním laserem, apod. Do těchto zařízení spadá ambulantní i lůžková část. (2)

Terciární péče zahrnuje již specializované lůžkové zařízení, zaměřující se na chirurgickou léčbu močové inkontinence a rekonstrukční operace pánevního dna. (1)

4.6 Diagnostika močové inkontinence

Nejdůležitější je včas stanovit správnou diagnózu, zjistit typ inkontinence a zahájit adekvátní léčbu. Žádná žena nesmí podstoupit invazivní léčbu bez vyšetření.

Mezi základní diagnostické metody se například řadí anamnéza, fyzikální vyšetření, biochemické vyšetření moči. Mezi ty speciální pak vyšetření urodynamické, magnetická rezonance, ultrazvuk a další. (9)

4.6.1 Anamnéza

Vyšetření inkontinence probíhá již v ordinaci praktického lékaře nebo gynekologa cílenými dotazy – anamnézou, která je považována za nedílnou součást stanovení diagnózy v každém oboru. Lékař odebírá lékařskou anamnézu a všeobecná sestra ošetrovatelskou anamnézu a zároveň provádí ošetrovatelské vyšetření pohledem, poslechem, poklepem. (2,20)

Některé ženy se stydí za své problémy a bojí se svěřit, disimulují (zastírají problémy, podceňují své potíže, myslí si, že inkontinence je problém patřící k věku), jiné ženy naopak agravují (přehání své potíže). Proto je nutností pro všeobecné sestry mít dobré znalosti i z oboru psychologie. Důležité je, aby při komunikaci u klientky nedocházelo k devalvací. Zdravotnický personál se musí snažit, aby se choval evalvačně. (21,22)

Vždy je nutné ke každé klientce přistupovat přísně individuálně. Předpokladem správného odebrání anamnézy je vzájemná důvěra mezi klientkou a zdravotnickým personálem. Důležité je si na odběr anamnézy vyčlenit dostatek času, zajistit klidné, nerušené prostředí a intimitu. Nutné je vyjádřit zájem o klientku, empatii, trpělivost, vlídnost, nechat ženu vylíčit obtíže svými slovy, pak postupně klást dotazy k upřesnění údajů. Všeobecná sestra shromažďuje všechny důležité subjektivní i objektivní informace o klientce. Klientku hodnotí z biopsychosociálního a spirituálního pohledu. Zaměřuje se na aktuální potíže, rodinnou, osobní, sociální, pracovní, farmakologickou anamnézu. Informace zjišťuje přímo od klientky nebo příbuzných, známých, zdravotnického personálu, zdravotnické dokumentace. Vše zaznamenává a vyhodnocuje. (3,18)

Obvykle se začíná s nynějším onemocněním, gynekologickou anamnézou, osobní a rodinnou, při které zjišťujeme údaje o rodičích a blízkých příbuzných. Zaměřujeme se na

anomálie uropoetického traktu, výskyt vrozených vývojových vad, nádorů, uroinfektů, diabetes mellitus, Parkinsonovu chorobu, apod. (18,23)

V osobní anamnéze získáváme chronologický přehled všech nemocí, od narození po současnost a užívání farmak. Hodně léků může zasáhnout do funkce močového ústrojí nebo výrazně zhoršit močovou inkontinenci (antihypertenziva, spasmolytika, diuretika, tricyklická antidepresiva, apod.). Zjišťují se prodělané gynekologické operace na děloze, děložním čípku, úrazy, alergie, poruchy koagulace. Soustředíme se na výskyt hypertenze, cukrovky, endokrinních poruch, cévní mozkové příhody, roztroušené sklerózy, neurologických onemocnění – myastenia gravis, demence. Ptáme se na kouření, abusus alkoholu a kofeinu, na sportovní aktivity a sexuální život. Pro vysvětlení obtíží klientky je důležité odebrání i pracovní anamnézy, neboť i zaměstnání může mít vliv na problémy s únikem moči. Urgentní inkontinence se častěji vyskytuje u žen vystavených trvalému stresu (učitelky, úřednice). (12,17)

V gynekologické anamnéze zjišťujeme údaje o interrupcích, potratech, menarche, menstruaci, užívání antikoncepce, hormonální substituci. Dále se zaměřujeme na zjištění gynekologických zánětů a prodělaných operací. Součástí je porodnická anamnéza, která nás informuje o počtu porodů, způsobu vedení a ukončení porodu, o komplikacích v šestinedělí a hmotnosti porozených dětí. (1,24)

K objasnění problematiky močové inkontinence zjišťujeme informace o úniku moči a mikčních potížích. Mezi ně se např. řadí hematurie, dysurie, nykturie, polakisurie, urgence, bolest za sponou stydkou, dyspareunie. (25)

Při úniku moči se zajímáme o frekvenci, charakter moči a množství moči. Důležité jsou okolnosti, faktory při kterých k úniku došlo (smích, kašel, zvedání těžkých břemen, chůze po schodech, popoběhnutí). Zjišťujeme také příjem tekutin. Informujeme se, jaké tekutiny a v jakém množství klientka denně vypije. Nesmí se také zapomenout na frekvenci vyprazdňování stolice a její charakter. Anamnézu lze doplnit různými sestavenými dotazníky či mikční kartou. (1)

4.6.2 Gynekologické vyšetření

Využívá se hlavně fyzikální vyšetření, které představuje velký zdroj informací. Zařazujeme např. vyšetření pohledem, pohmatem. Při pohledu na zevní genitál můžeme zhodnotit mnoho věcí, např. celkovou hygienu, stav kůže, ochlupení, přítomnost opruzenin, jizvy po epiziotomii. Popisuje se stav poševní sliznice, která může být atrofická,

suchá, křehká. Dále se může objevit výtok, kontaktní krvácení, protruze přední stěny poševní (cystokéla), descenzus zadní stěny poševní (enterokéla) či konečníku (rektokéla). (18)

Alarmující je také přítomnost moči v pochvě, pak je nutné pátrat po vezikovaginální píštěli či ureterovaginální.

Nezbytným urogynekologickým vyšetřením je vyšetření per rektum a vyšetření rektovaginální. Při tomto vyšetření se zjišťuje stav závěsu zadní poševní stěny a funkce svěrače. (1)

4.6.3 Pomocné testy v urogynologii

Používají se pomocné testy, které jsou jednoduché, nenáročné a napomohou k určení etiologie močové inkontinence. Mezi ně se může zařadit Q-tip test, Marshallův - Bonnyeho test, Stres - test a Pad-weighing test.

- *Stres-test*

Používá se k objektivizaci úniku moči u stresové inkontinence. Nevymočená klientka se rozkročmo postaví, nohy pokrčí v kolenou a opře se o lokty. Tímto postojem vyřadí svalstvo pánevního dna, které se jinak podílí na uzávěru močové trubice. Pacientka je vyzvána k silnému zakašlání. Test je pozitivní, když uniká moč. (4)

- *Q-tip test*

Tento test slouží k orientačnímu posouzení močové trubice a uretrovesikálního spojení. Při tomto testu se do uretry zavádí vatová štětička navlhčená v Mesocain gelu. Pacientka je vyzvána k zatlačení jako na stolici. Při normálním stavu uretrovezikální junkce se poloha zavedené vatové štětičky nemění. Při změnách na uretrovezikálního spojení se posunuje štětička kraniálně. (1,14)

- *Marshallův test*

Močový měchýř se naplní 200 ml tekutinou a při kašli je zaznamenán únik moči. Při vyzdvižení přední stěny poševní v uretrovesikální junkci při kašli žádná moč neodtéká. Při takovém průběhu tohoto testu je klientka indikována k provedení závěsné operace, k provedení přední poševní plastiky. (1)

- *Pad-test*

Jedná se o jednoduchý standardní test, který trvá jednu nebo dvě hodiny. Při hodinovém testu pacientka popíjí doporučené množství tekutin, 500 ml za 15 minut, zůstane 45 minut v klidu sedět. Pak vykonává činnost, 30 minut chodí a během dalších 15 minut 10x vstane ze židle. Pacientka je vyzvána, aby 10x silně zakašlala a další 1 minutu běhala na místě. Při konečném testu se převažují vložky a zapisuje se vymočený objem. Pozitivita testu je, když se zvýší hmotnost vložek více jak o 2 gramy. (1,14)

4.6.4 Mikční deník

Mikční deník nás informuje o příjmu tekutin a výdeji moči, o frekvenci močení, velikosti mikčních porcí a frekvenci inkontinence či objemu uniklé moči. Existuje celá řada druhů, ale podstata je vždy stejná. Klientka zaznamenává alespoň po dobu 48 hodin svůj mikční režim a potíže s únikem moči. Z mikčního deníku pak lze vyčíst i to, že klientka se stresovou inkontinencí vydrží celou noc nemočit, kdežto pacientka s urgentní inkontinencí je probuzena na močení několikrát. Mikční deník může výrazně doplnit např. urodynamické vyšetření. (1)

Na některých pracovištích se anamnéza doplňuje pomocí Gaudenzova dotazníku, který obsahuje cílené dotazy na stresovou a urgentní inkontinenci. Dotazník vyplňuje klientka doma v klidu. Z odpovědí se sestavuje skóre na stresovou a urgentní inkontinenci. (1,2)

4.6.5 Laboratorní vyšetření

Z laboratorních vyšetření zajišťujeme základní chemické vyšetření moči, močového sedimentu a kultivační vyšetření. Někdy se provádí měření pH pochvy, stěr z pochvy nebo speciální kultivace, vyšetření na chlamydie. Nikdy by se neměla opomíjet ani onkologická cytologie.

Mezi doplňující vyšetření můžeme zařadit také vyšetření krve, krevního obrazu, zánětlivých a koagulačních parametrů, jaterní testy, ledvinný soubor a iontogram. Někdy se provádí vyšetření virologické, serologické, parazitologické. Důležité je vyloučit při opakovaných uroinfektech diabetes mellitus. (1,19)

4.6.6 Speciální diagnostické metody

Tato vyšetření provádí již specialista, gynekolog zabývající se močovou inkontinencí či urolog. Většinou se jedná o nebolestivé, neinvazivní vyšetřovací metody, které pomohou určit druh inkontinence. K zahájení správné léčby je důležité určit typ inkontinence. Do specializované diagnostiky můžeme zařadit urodynamické vyšetření, ultrazvukové, endoskopické vyšetřovací metody, magnetickou rezonanci a další. (2,13)

4.6.7 Urodynamické vyšetření

Urodynamika je považována za klíčové vyšetření při poruchách vyprazdňování moči. Jedná se o soubor metod, mezi které se řadí uroflowmetrie, plnicí cystometrie, profilometrie a EMG. (14)

Vždy začíná pečlivým zjištěním anamnézy, příznaků dysfunkce dolních močových cest. Navazuje na další vyšetření (ultrazvuk močového měchýře, endoskopii dolních močových cest, apod.). (1)

Provádí se ambulantně na gynekologickém stole, v gynekologické poloze, není bolestivé, ale může být pro klientku nepříjemné, doba trvání je asi 30 minut. Pokud obtíže s únikem moči klientce dovolí dostavit se na vyšetření s plným močovým měchýřem, tak je to vhodné. Před provedením uvedeného vyšetření je nutné, aby klientka měla negativní výsledek kultivace z moči. Při prokázané infekci je nutné eliminovat zánět a přeobjednat klientku.

Zdravotnický personál musí vědět, že se jedná o diagnostický výkon velmi intimní, proto je důležité nezapomínat na správnou komunikaci s klientkou, přistupovat s porozuměním, taktem, vysokou dávkou empatie, nutno respektovat stud a zajistit klientkám maximální soukromí (např. přikrytí podbřišku rouškou). (22)

Důležité je vždy ženám vysvětlit průběh a informovat je o možných komplikacích. Mezi možné komplikace řadíme krvácení z močové trubice, infekce dolních močových cest, infekce ledvin nebo přechodné potíže při mikci (pálení, řezání). Toto vše ustoupí spontánně do dvou dnů. Klientku upozorníme také na možný výskyt zimnice, zvýšené teploty. Pokud se toto objeví, žena musí neprodleně navštívit lékaře. Jinak po urodynamice nejsou nutná žádná speciální opatření. (4)

Uroflowmetrie zaznamenává průběh močení, jeho kvalitu a kvantitu. Klientka se samovolně vymočí do speciálně upravené židle, která je propojena s počítačem. Počítač vyhodnocuje křivky, které nám ukazují množství moče, které proteče močovou trubicí za jednotku času (ml/s), maximální a střední hodnotu proudu moči a postmikční reziduum. (19)

Plnicí cystometrie se řadí mezi nejběžnější metodu, která se užívá v urodynamice. Vyhodnocuje vztah mezi objemem močového měchýře a tlakem v močovém měchýři a v dutině břišní. Dává nám informaci o funkci detruzoru. (8)

Močový měchýř se plní sterilním fyziologickým roztokem (cca 200 ml) a rozdílou rychlostí přes speciální katetr. V průběhu vyšetření se zkouší různé provokační manévry (zakašláni, poklep nad sponou stydkou a podobně). Hodnotí se subjektivní pocity klientky (tlak, bolest, teplo, chlad, první slabé nucení na močení, normální nebo silné nucení). U klientek s urgentní inkontinencí se v průběhu tohoto vyšetření objeví urgence (stažení detruzoru) a žena udává náhlé, přechodné a silné nutkání na mikci. Na některých pracovištích se zavádí katetr i do konečníku, což ještě zvýší výtěžnost vyšetření. (1)

Profilometrie nám dává informaci o uretrálním uzávěrovém tlaku. Při vyšetření se provádí klidový a stresový profil. Při klidovém profilu se pomocí speciálního pulleru (táhla) vysouvá cévka z močového měchýře a počítač registruje křivku, podle které se pozná funkce močové trubice. Při stresovém profilu je klientka vyzvána ke krátkému, ale silnému zakašláni či zatlačení na stoličce a monitor vyhodnocuje, jak uretra reaguje při zátěži (zvýšeném nitrobřišním tlaku). (1)

Elektromyografie (EMG) zaznamenává elektrické potenciály ve svazech pánevního dna a v oblasti sfinkteru. Měření se provádí pomocí speciálních elektrod v oblasti análního svěrače, periuretrální oblasti. Slouží ke kvantitativnímu srovnání snížené nebo zvýšené aktivity při neuromuskulárním onemocnění (roztroušené skleróze, traumatických nebo nádorových procesech páteřního kanálu, míšních lézí, Parkinsonově chorobě). Využívá se nejčastěji na špičkových urogynekologických zařízeních a slouží pro experimentální studie. (1)

4.6.8 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření (UZ) se řadí mezi diagnostickou metodu dostupnou a nezatěžující. Upřednostňuje se před rentgenovým vyšetřením. Ve srovnání s magnetickou rezonancí se řadí mezi levnější vyšetřovací metody. Ultrazvuk lze provést různými sondami. Např. abdominální, transrektální, transvaginální. Zobrazuje orgány v malé pánvi (močový měchýř, dělohu) a případnou patologii (paravaginální defekt, zvýšenou pohyblivost močové trubice, divertikly nebo nádorové onemocnění močového měchýře). V urogynékológii se nejvíce využívá pro stanovení rezidua (objemu moče, která zůstane po vymočení v močovém měchýři) a k zjištění tloušťky stěny močového měchýře. Potřeba je mít před vyšetřením naplněný močový měchýř. (13)

Kontraindikací transvaginálního ultrazvukového vyšetření je neporušený hymen nebo poševní striktury. (23)

4.6.9 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (MRI) je v současné době pro klientky vhodná zobrazovací metoda, neboť je neinvazivní. Informuje nás o statické i dynamické struktuře a funkci uropoetického traktu. Při objevení prvních potíží s únikem moči se běžně toto vyšetření neprovádí. Jeho nevýhodou je ekonomická náročnost. Při indikaci k MRI nesmí mít klientka v těle žádné kovové svorky, kovové implantáty, starší typy kardiostimulátorů a nesmí trpět klaustrofóbií. Relativní kontraindikací je také nespolupracující klientka. (2)

4.6.10 Kalibrace uretry a uretrocystoskopie

Toto vyšetření se řadí mezi invazivní. Oba dva výkony se provádí ambulantně za přísně aseptických podmínek v místní anestezii (za použití lubrikačního gelu). Kalibrační sondou se zjišťuje průměr (průsvit) uretry, kdy se odhalí případná stenóza močové trubice, která se také u žen často vyskytuje.

Uretrocystoskopie slouží k vyšetření močového měchýře, jeho hrdla, dává nám informace o případných malformacích, nádorových procesech, stenózách. Vyšetření se nesmí provádět při akutním zánětu a při poranění uretry či močového měchýře, neboť by mohlo dojít k urosepsi. (1)

4.7 Konzervativní léčba stresové inkontinence

Před zahájením každé léčby je důležité vždy diagnostikovat druh močové inkontinence. Od diagnostiky se pak dále odvíjí terapie, případně prognóza.

Do léčby stresové močové inkontinence se zařazuje konzervativní postup, farmakologický postup a chirurgické řešení. Nejprve se doporučují konzervativní postupy, mezi které se řadí hlavně změna životosprávy, nezbytná je redukce obezity. Mnohdy již snížení nadváhy dokáže zmírnit příznaky stresové inkontinence. Dalším důležitým krokem je eliminace kouření, zácpy, správné dodržování pitného režimu. (4,15)

Významnou roli hraje i fyzioterapie, k níž patří mimo jiné gymnastika pánevního dna pomocí Kegelových cviků. Cílem používání těchto cviků je posílit ochablé svalové partie pánevního dna a zapojit je plně do své funkce. Tyto cviky se používají již od roku 1948, kdy Kegel dokázal vyléčit díky této rehabilitaci 84 % svých klientek. Klientku je nutno edukovat o pravidelnosti cvičení, neboť efekt je patrný až po delší době, minimálně po třech měsících. Existují různé fyzioterapeutické brožury, které klientkám nabízíme. Je vhodné, aby ženy toto cvičení prováděly pod dohledem zkušeného fyzioterapeuta. Cvičení je rozděleno do 4 fází (vizualizace, relaxace, izolace, vlastní posilování). (12)

Ve fázi *vizualizace* je třeba, aby si klientka uvědomila anatomické poměry pánevního dna a zevního genitálu pomocí zrcátka (pokus o vtažení konečníku) nebo při ranním močení, kdy je nejsilnější proud moči, se žena pokusí mikci přerušit. Pokud se toto podaří, jsou svaly pánevního dna v dobré kondici. Druhou částí cvičení je *relaxace*. Cvičení by mělo probíhat na klidném místě, doporučuje se s relaxační hudbou. Klientka provede leh na zádech s pokrčenými dolními končetinami v kolenou a soustředí se pouze na oblast pánevního dna. Třetí fáze - *izolace*- je nejnáročnější. Klientka nacvičuje stahy pochvy a konečníku. Poslední částí cvičení je *vlastní posilování*. V této fázi se klientky snaží udržet stah od jedné do sedmi sekund. Maximální počet stahů je 300 za den. (2)

Při cvičení je vhodné dodržovat některé zásady. Zajistit nerušené prostředí, cvičit vždy ve vyvětrané místnosti, ve vhodném oblečení, hodinu před cvičením nejíst, před cvičením se vymočit, cvičit pravidelně, dlouhodobě a důsledně, každý cvik opakovat 3-5x, klást důraz na správné dýchání (nádech nosem a výdech ústy). (17)

Pokud se cviky spojí s EMG, která snímá biopotenciály svalů pánevního dna, tak jde o *biofeedback*. Klientka má informace o síle stahu prostřednictvím zvukového a světelného signálu. Toto je možno provádět i v domácím prostředí. (2)

Další metodou k posílení svalů pánevního dna patří *kinestetické cviky*. Při těchto cvicích se používají různé prostředky (vaginální konusy), které se vkládají do pochvy. Jsou z různého materiálu a mají různou hmotnost. Klientka si konus zavede do pochvy a snaží se ho při chůzi co nejdéle udržet. Kontrakcí svalů pánevního dna brání, aby konus nevypadl, a tímto posiluje svalstvo.

Využívá se také *kolpexin*, což je vaginální kulička, která obsahuje menší kuličku, která se volně pohybuje uvnitř a při chůzi klientky se kulička dává do pohybu a naráží na poševní stěny, čímž dává impulzy svalům pánevního dna, které kontrahují a tím se posilují. (2)

Elektrostimulace je založena na elektrické stimulaci nervů a vybraných svalů pomocí slabých elektrických impulzů přes speciální sondy. Využívá se u klientek, které nemohou být operovány. Nevýhodou je podráždění sliznice pochvy a přechodný efekt, který většinou odezní při ukončení stimulace. (2)

Poševní pesary se užívají již dlouho, slouží ke korekci stresové inkontinence. Existují různé druhy, které se liší materiálem a velikostí. Mechanismus účinku spočívá ve vyzdvižení hrdla močového měchýře, pesary jej imobilizují a působí stlačení uretry. Využívá se u žen, jejichž obtíže se nezlepšují po konzervativní terapii nebo u žen, u kterých je operační výkon kontraindikován. Nevýhoda pesaru je, že při zvolení špatné velikosti může způsobit útlak, až dekubit a hnisavé výtoky. (2)

Mezi efekt *farmakologické léčby* se řadí stimulace stahů hladké svaloviny uretry a močového měchýře. Do farmakologické léčby se řadí léky různých skupin. Používá se hormonální substituční léčba, tricyklická antidepresiva, alfa-adrenergní agonisté, beta-adrenergní agonisté a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Při farmakoterapii může dojít k vedlejším účinkům léčby. Je nutné, aby lékař či všeobecná sestra klientku informovali o těchto možných účincích. Nejčastější nežádoucí účinky jsou sucho v ústech, obstipace, retence moči, rozostřené vidění, nauzea. (6)

4.8 Chirurgická léčba močové inkontinence

Chirurgická léčba je považována za dominantní metodu v léčbě stresové močové inkontinence. Obsahuje závěsné suprapubické operace (vezikopexe), vaginální operace (kolpoplastiky), slingové operační výkony (transuretrální aplikace silikonu, kolagenu) a operační výkon pro umělý svěrač močové trubice. (2)

Nejoblíbenější jsou minimálně invazivní metody, díky kterým se zkracuje pobyt v nemocnici, výhodou je i rychlá rekonvalescence klientek. Operace mají vysokou úspěšnost. K těm nejznámějším patří řešení stresové inkontinence pomocí TVT .

TVT (tension- free vaginal tape) je operační technika, kdy se používá speciální beznapěťová páska, která poskytuje podporu uvolněné močové trubici a navrácí schopnost kontinence. Implantovaná páska časem vrostle do tkáně. Výkon lze provést v lokální či celkové anestézii. (9)

4.8.1 Předoperační ošetrovatelská péče před implantací beznapěťové pásky

Předoperační péče začíná již několik dní před výkonem, kdy se klientka od lékaře, všeobecné sestry dozvídá o možnosti, případně nutnosti provedení operace metodou TVT .

Močová inkontinence je pro řadu žen velice citlivé téma, o kterém se nerady zmiňují, proto je nutná v předoperační péči důsledná psychická příprava a edukace ze strany zdravotnického personálu. Důležité je při hospitalizaci seznámit klientku s provozním řádem oddělení, signalizací, právy pacientů. V případě vyslovení přání pobytu na nadstandardním pokoji klientce pobyt zajistíme. Podáme také informace o možnosti návštěv, kontaktu s rodinou či přáteli. (26)

Předoperační péče zahrnuje provedení interního vyšetření, včetně registrace EKG, provedení laboratorních náběrů (hematologické a biochemické vyšetření krve včetně zánětlivých parametrů, vyšetření moči) a anesteziologické vyšetření. Po zrealizování anesteziologického vyšetření všeobecná sestra doplňuje laboratorní náběry (např. vyšetření krvácivosti při plánované svodné anestézii). Nadále zajišťuje další odborná vyšetření, která závisí na přidružených diagnózách klientky. Mezi doplňující vyšetření se řadí např. ECHO srdce, kardiologické vyšetření, ORL vyšetření, endokrinologické, plicní, neurologické, apod. (27)

Večer před chirurgickým zákrokem se provede oholení zevních rodidel. Holení rodidel závisí na zvyklostech oddělení. Na některých odděleních se klientky holí v den operačního zákroku. Samozřejmostí je u klientky také zajištění celkové osobní hygieny večer před výkonem nebo v den operačního zákroku.

U klientek je důležitá prevence TEN (tromboembolické nemoci), která zahrnuje režimová opatření: bandáže dolních končetin, použití antitrombotických punčoch, elevace dolních končetin po zákroku, včasné vstávání z lůžka a dostatečná hydratace organismu. Profylakticky se u klientky podávají antikoagulantia (např. Fraxiparin). (27,28)

Součástí předoperační péče je také večerní premedikace. Na noc před výkonem se podávají hypnotika ze skupiny bezodiazepinů (např. Diazepam 10 mg per os). Ranní premedikace v den výkonu opět obsahuje nejčastěji léky ze skupiny bezodiazepinů. Premedikace je důležitá, neboť navozuje klidný spánek a je nutné, aby klientka před výkonem byla dobře odpočatá a zklidněná. Důležitá součást zdravotnické dokumentace je informovaný souhlas s výkonem v tištěné podobě. Za správnost souhlasu zodpovídá lékař. (27)

Druhou část přípravy k provedení implantace TVT tvoří peroperační (bezprostřední) příprava, která se provádí v den výkonu. Klientka je od 24.00 hodin lačná. Lačnění snižuje riziko aspirace během chirurgického zákroku. Klientka nesmí přijímat potravu, žádné tekutiny per os, žvýkat žvýkačku, cucat bonbóny a kouřit. V ojedinělých, pouze indikovaných případech se zajišťuje přívod tekutin parenterální cestou.

Ráno v den operačního zákroku se měří krevní tlak a pulz. Vše se řádně zaznamenává do dokumentace, případné změny fyziologických funkcí se hlásí lékaři. 30 – 40 minut před operačním výkonem se podává ranní premedikace podle ordinace anesteziologa. Důležité je vše správně zaznamenat do dokumentace (datum, hodina, druh a množství podaného léku, způsob aplikace, jméno ordinujícího lékaře, jméno a podpis všeobecné sestry, která premedikaci podala). Nesmí se také opomíjet bezpečnost klientky po premedikaci do převozu na operační sál. Před podáním premedikace zajistíme, aby se klientka vymočila. Bandážování dolních končetin by mělo být provedeno, než klientka ráno vstane z lůžka. Nutností před operačním výkonem je kontrola dokumentace a operačního pole. Pokud má klientka zubní protézu, brýle, kontaktní čočky nebo jiné protetické pomůcky, je nutností vše vyjmout. Důležité je také odložit šperky a pyžamo. Klientku vezeme na operační sál, kde ji předáváme anesteziologické sestře s kompletní dokumentací, také provádíme záznam v dokumentaci o čase předání. (26,28,29)

4.8.2 Pooperační ošetrovatelská péče po implantaci beznapěťové pásky

Po provedení operačního výkonu je klientka předána od anesteziologické sestry všeobecné sestře na standardní pooperační pokoj, kde probíhá pooperační péče. Klientka se přebírá opět s dokumentací, kam je nutno provést zápis o čase převzetí.

U klientky se sleduje stav vědomí, fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, dech a tělesná teplota). Vše podle ordinace lékaře a zvyklostí oddělení. Na našem oddělení se kontrolují fyziologické funkce 4x po 15 minutách, 4x po 30 minutách a 4x po jedné

hodině. Při bolesti podáváme analgetika dle domluvy s lékařem, vše řádně dokumentujeme a zaznamenáváme do škály bolesti, nejznámější je Melsacova škála či VAS (Visual Analogous Scale), což je vizuální škála k zjištění intenzity bolesti. Pomáháme klientce najít polohu, při které si uleví od bolesti. (30)

Po operaci pokračujeme v infúzní terapii, vždy dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra sleduje stav okolí periferní kanyly, pátrá po známkách zánětu (klasifikuje tíži tromboflebitis) podle škály Maddona. (28)

Pokud byl výkon proveden v celkové anestézii, vstává a chodí klientka za 4 hodiny po výkonu, vždy pod dohledem zdravotnického personálu. Po 4 hodinách, dle stavu již, může klientka přijímat tekutiny per os a večer dostává večeři. V případě provedení zákroku ve svodné anestézii musí klientka odležet 24 hodin na lůžku. Velkou pozornost v pooperační péči věnujeme kontrole močení. Je důležité, aby se žena po výkonu vymočila do 6 hodin. Pokud nedojde ke spontánní mikci, provedeme jednorázové vycévkování pomocí Nelatónova katetru. Od klientky neustále zjišťujeme co nejvíce informací o průběhu močení (frekvenci, příznaky pálení, řezání při močení nebo zda má po vymočení pocit vyprázdněného močového měchýře). Nemalý význam věnujeme i krytí incizí, kde sledujeme, zda krev neprosakuje. Velký důraz klademe na psychický stav klientky, který hraje velkou roli při zvládnutí operačního zákroku a dobré rekonvalescence. (28)

Všeobecná sestra sleduje možné pooperační komplikace, mezi které se řadí např.: infekce operační rány, retence moči, infekce močových cest, krvácení, nevolnost, zvracení, podchlazení, neklid, apod. (9)

Všeobecná sestra sestavuje během hospitalizace u klientky ošetrovatelské diagnózy, které se odvíjí od momentálního zdravotního stavu, věku a přidružených chorob.

Při propuštění do domácí péče je důležitá edukace klientky. Informujeme o nutnosti správné životosprávy. Klademe důraz na dostatek tekutin, klidový režim, nezvedat a nenosit těžká břemena, možnost fyzické zátěže až za 3 týdny. Důležitá je informace o hygieně, častém sprchování, sexuální abstinenci po dobu 6 týdnů, vyvarování se prochlazení. Prevence obstipace je rovněž významnou součástí pooperačního období. (4)

4.8.3 Možné komplikace po implantaci beznapět'ové pásky

Mezi nejčastější komplikace při implantaci TVT pásky se řadí iatrogenní postižení uretry, močového měchýře (perforace při zavádění vodící jehly) nebo krvácení z porušených cév. Pooperačně může dojít k retenci moči. Za pozdější komplikace se řadí

infekce, poruchy mikce, recidiva stresové inkontinence nebo protruze pásky. Perforace střeva je velmi vzácná komplikace. (9)

4.8.4 Kontraindikace implantace beznapěťové pásky

Zárok se neprovádí u gravidních žen a u žen, které plánují další porod, neboť porod může pásku poškodit. Klientky, které užívají antikoagulantia (např. Warfarin) nebo antiagregancia (např. Anopyrin), je potřeba před výkonem adekvátně připravit. (2)

4.8.5 Implantace transobturátorové pásky

TVT-O (transobturátor tape) je jednodušší, bezpečnější, neboť se vyhýbá při zavádění močovému měchýři a uretry. Páska prochází skrze foramen obturatum, páska je vyvedena incizí v tříslech. Ošetrovatelská péče je totožná jako u TVT. (2)

4.9 Léčba urgentní močové inkontinence

Předpokladem efektivní léčby urgentní inkontinence je opět správná diagnostika. Mezi konzervativní metody léčby u tohoto typu inkontinence řadíme úpravu životního stylu (hlavně úprava pitného režimu, regulace zácpy, eliminace kouření, alkoholu, obezity), trénink močového měchýře (nácvik pravidelného močení, znovuobnovení volní kontroly CNS nad činností detruzoru močového měchýře), elektrostimulaci, medikamentózní léčbu a psychoterapii. (2)

Nejúčinnější léčebnou metodou je převážně farmakoterapie, neboť prokazuje vysokou účinnost a pohodlnou aplikaci. Léčebná účinnost je 60-80%. Z medikamentózní léčby se nejvíce používají anticholinergika a látky s antimuskarinovým efektem. Tyto medikamenty vedou k útlumu činnosti detruzoru a zvětšení objemu močového měchýře při pocitu urgencye. Kladem těchto léků je právě zmiňovaná vysoká a rychlá účinnost, dostupná cena. Vyskytují se bohužel nežádoucí účinky, mezi které se řadí obstipace, sucho v dutině ústní, poruchy zraku, tachykardie. (6)

Při použití tricyklických antidepresiv se začíná s nižší dávkou na noc, která se postupně zvyšuje až do ústupu problémů s močením. Opět se mohou vyskytnout nežádoucí účinky (únava, slabost).

K léčbě urgentní močové inkontinence se řadí také užívání estrogenů, které vedou ke zmírnění nykturie, urgencye a klimakterických obtíží. Používají se ve formě čípků, krémů, mastí a tablet. (4)

Chirurgická léčba urgentní inkontinence je indikována jen výjimečně, pouze jako poslední možnost. Indikují se např. augmentační enterocystoplastiky, kdy je možno zvětšit objem močového měchýře přes střevní segment nebo se provádí substituce močového měchýře. (2)

4.10 Edukace klientek s močovou inkontinencí

Důležitá v problematice močové inkontinence je edukace žen zdravotnickým personálem. Edukace klientky a jejích rodinných příslušníků je neoddelitelnou součástí moderního ošetrovatelství a ošetrovatelské péče, kterou všeobecná sestra se svou odbornou způsobilostí poskytuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Edukace je proces vzdělávání a výchovy jedince nebo skupiny, jedná se o dynamický děj.

Cílem edukace je neustále rozvíjet poznatky. Každá klientka má právo na edukaci. Správně edukované klientky se lépe zapojují do ošetrovatelského a léčebného procesu. Zdravotnický personál má za úkol redukovat negativní pocity u klientky, pocity úzkosti, strachu a nejistoty při léčení dané problematiky. Předpokladem správné edukace je vzájemná důvěra mezi klientkou a všeobecnou sestrou. Je zapotřebí sestavit vždy vhodný edukační plán. Důležité je podávat informace klientkám jednoduše, srozumitelně, informace zopakovat několikrát, nepoužívat příliš odborné výrazy, kterým klientky nerozumí a přesvědčovat se doplňujícími otázkami, zda informacím porozuměly. Způsob předání informací je důležitý přizpůsobit věku klientky, úrovni vzdělání, typu osobnosti, hendikepu. Při edukačním procesu se nesmí nikdy opomenout správné oslovení klientky a zajištění nerušeného prostředí. Kolik edukací proběhne, se odvíjí od nedostatku znalostí klientek. Některé klientky porozumí informacím ihned, informace vstřebají, ale u někoho bohužel jedno sezení nestačí. (31,32)

Při edukaci se využívají edukační metody, mezi které řadíme nejčastěji rozhovor, ukázkou, přednášku, apod. Vhodné je používat různé názorné pomůcky (letáky, informační brožurky, plakáty, obrázky, filmy na video, apod.). K těmto letákům, brožurám a videům je třeba na prvním místě s pacientkou citlivě mluvit, neboť žádné video či leták nenahradí lidské slovo a empatii. (33)

Všeobecná sestra musí mít vždy na mysli, že je důležitá osoba, která klientce pomáhá při rozhodování, jak s problémem inkontinence naloží. U žen, které mají potíže s únikem moči, se zaměřujeme při edukaci na redukci nadváhy, dostatek pohybu, vyváženou stravu (snížit příjem cukrů a tuků), eliminaci kouření, neboť chronický kuřácký kašel má negativní vliv na močový měchýř a vyvíjí velký tlak. (14)

Nepostradatelný je také s klientkou rozbor pitného režimu, upozornit na nevyhovující nápoje, které obsahují kofein či alkohol. Nevhodná je káva, neboť odvodňuje organismus. Vhodné je upozornit na rovnoměrné vypití tekutin během dne, tři hodiny před spaním již nepít nic. (4)

V případě užívání farmakologické léčby se zaměřujeme na ověření správného pochopení užití léků. Důležité je podat informace o možných vedlejších účincích, mezi které se řadí sucho v ústech, obtipace, poruchy vidění a jiné.

Upozorňujeme také na špatné vlivy obtipace, nutnost větší konzumace vlákniny, ovoce a zeleniny. Zdůrazníme nutnost kontrol v ambulancích u lékaře.

Poukážeme na vhodnost vést záznamy v mikčním deníku, naučíme klientku cviky na posílení pánevního dna. Důležité je umět předat informace o cvičení, ale také dané cviky umět předvést. Měly bychom umět doporučit fyzioterapeuta, který se těmito problémy zabývá.

Poučíme klientku o nutnosti zvýšené hygieny, neboť inkontinentní ženy mají větší náchylnost ke vzniku uroinfekce. (4)

V souvislosti s problematikou močové inkontinence byly založeny pro veřejnost různé internetové stránky (např.: www.incoforum.cz, www.pelvis-klub.cz), proto je nutné ženy o těchto internetových adresách informovat. Také je možno informovat o bezplatné telefonní lince

„Hyperaktivní měchýř“ (tel. 800 660 100), kde erudovaní odborníci podají informace týkající se problémů s únikem moči. Informace lze zjistit také prostřednictvím e-mailu na adrese pomoc@hyperaktivni-mechyr.cz. Společnosti, které se zabývají distribucí a prodejem inkontinentních pomůcek vydávají různé informační materiály (brožury, letáčky), které můžeme klientce nabídnout.

Nutná je informace o miniinvazivních výkonech, které jsou šetrné a mají velice vysokou úspěšnost. (9)

Těhotné upozornit na posilování svalstva pánevního dna, u žen v menopauze podat informace o vhodnosti hormonální substituce. Starší klientky edukovat o vhodnosti oblečení, doporučit oblečení, které se snadno svléká.

V případě selhání konzervativní léčby a chirurgické léčby je nutné umět nabídnout správné absorpční pomůcky. (2)

4.10.1 Absorpční pomůcky

Savé pomůcky se indikují v případě, když selhala konzervativní léčba či chirurgická léčba nebo když klientky čekají na vyšetření, chirurgický zákrok nebo se sleduje efekt nasazené terapie. (4)

Absorpčních pomůcek je v současné době na trhu velké množství, ale vždy musíme mít na mysli, že tyto pomůcky neléčí příčiny ani příznaky inkontinence, ale pomáhají překonat ženám trpícím inkontinencí psychosociální a hygienický problém a tím zkvalitnit život.

Absorpční prostředky (vložky, pleny, podložky, kalhotky) jsou vyrobeny tak, aby se moč dostala co nejrychleji z povrchu vložky do svého jádra, kde se přemění v gel, který zároveň odstraňuje zápach. (2)

Při výběru inkontinentních pomůcek bereme vždy v úvahu sebepěči klientky, pohyblivost, její zvládnutí manipulace s pomůckou, fyzickou i psychickou schopnost. Pomůcka musí být vždy pohodlná a účinná, příjemná k pokožce, která díky prodyšnému povrchu může dýchat a minimalizovat kožní problémy (opruzeniny, dekubity). Nesmí se opomíjet stupeň inkontinence, musí se posoudit množství uniklé moči a typ inkontinence. Při 1. stupni (lehkém) se volí hlavně vložky, kdy se ztráta moči pohybuje od 50 – 100 ml za 4 hodiny. Při 2. stupni (středím) se volí absorpční pleny, kdy ztráta moči se pohybuje do 200 ml za 4 hodiny. Při 3. stupni (těžkém) se využívají absorpční kalhotky, ztráta moči přesahuje 200 ml za 4 hodiny. (2)

Metodika preskripce pomůcek pro inkontinenci je v České republice definována zákonem (48/1997 Sb.), kde je stanoveno maximální množství pomůcek na určité období. Pomůcky předepisují praktičtí lékaři, gynekologové, urologové, neurologové a geriatr na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Preskripční období je maximálně 3 měsíce, musí být vždy proveden záznam v dokumentaci. (34)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Předmětem mé bakalářské práce je zkoumání informovanosti všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen. Všeobecná sestra je důležitá osoba, která často pomáhá klientkám při rozhodování, jak s daným problémem naloží. Musí mít vždy na mysli, že nedobrovolný únik moči je v mnoha případech řešitelným problémem a neodkazovat klientku pouze na používání hygienických vložek. Převážná část všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních nebo v zařízení primární péče se jistě denně setkávají se ženami, které trápí močová inkontinence. Vidí, že se jedná o rozšířený biopsychosociální problém, který zasahuje u klientky do všech rovin potřeb. Důležité je, aby pro tyto klientky všeobecné sestry měly základní informace o močové inkontinenci, uměly se správně orientovat v oblasti základní terminologie, prevence, diagnostiky a léčby. Jsou neustále vylepšovány a do praxe zaváděny nové miniinvazivní chirurgické zákroky, které řeší problémy s únikem moči a právě o těchto zákrocích by měly mít všeobecné sestry také přehled. Bohužel se setkávám s kolegyněmi, které pracují v zařízení primární péče a základní informace nemají.

6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tři **základní cíle** výzkumného šetření:

- 1) Zjistit, zda všeobecné sestry mají základní informace o močové inkontinenci u žen.
- 2) Zmapovat celoživotní vzdělávání všeobecných sester v oblasti močové inkontinence u žen.
- 3) Porovnat znalosti všeobecných sester o močové inkontinenci v primární péči se znalostmi všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních.

7 HYPOTÉZY

- 1) Většina všeobecných sester má dobré znalosti o močové inkontinenci u žen.
(Kritérium dobrá znalost jsem si stanovila, že z 13 otázek v dotazníku, které se týkají názvosloví, prevence, diagnostiky a léčby močové inkontinence, respondentky zodpoví alespoň 10 správně. (otázky: 4-16)

2) Více než polovina dotázaných všeobecných sester se vzdělává v oblasti ženské močové inkontinence.

(K této hypotéze se vztahuje otázka č. 17,18,19,20)

3) Všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních mají více informací o problematice močové inkontinence u žen, než všeobecné sestry pracující v primární péči.

(K této hypotéze se vztahují otázky týkající se znalostí o močové inkontinenci, otázky číslo 4-16)

8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 20 otázek, byl anonymní a vycházel z teoretické části bakalářské práce, ze stanovených cílů a hypotéz. Byly voleny otázky uzavřené, polouzavřené a filtrační. Z důvodu ověření srozumitelnosti otázek jsem před uskutečněním vlastního výzkumného šetření provedla pilotní studii na svém pracovišti. Po potvrzení srozumitelnosti všech otázek jsem již mohla přistoupit k distribuci vlastního dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo od prosince do ledna. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků (50 dotazníků sestrám v primární péči a 50 dotazníků sestrám na lůžkových odděleních), vrátilo se mi 72 dotazníků. Pro neúplnost jsem jich vyřadila 12. Pro zpracování výzkumného šetření jsem jich použila 60. Výsledný vzorek respondentů tvořilo 30 sester ze zařízení primární péče a 30 sester pracujících na lůžkových odděleních. Jednotlivé údaje byly zpracovány do grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel a doplněny slovním komentářem pro lepší orientaci v odpovědích respondentek.

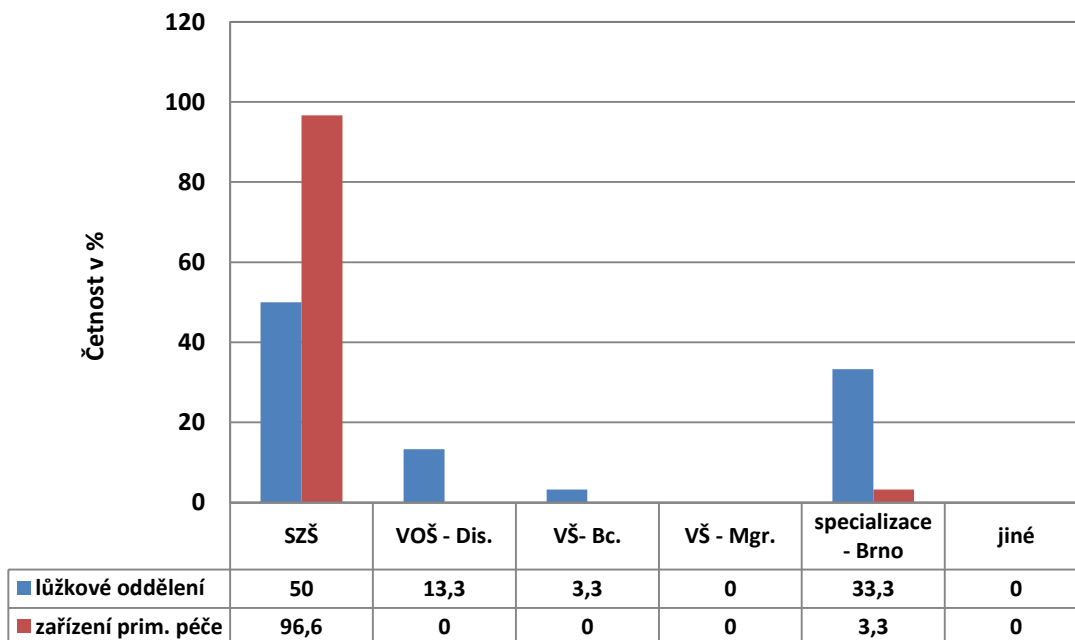
9 VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumné šetření jsem prováděla u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních v Klatovské nemocnici, a.s. po předchozím schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr. Veselou. Dotazníky byly rozdány mezi všeobecné sestry pracující na gynekologii, interně, neurologii, chirurgii, ortopedii, psychiatrii a traumatologii. Dále byly dotazníky distribuovány všeobecným sestrám pracujícím v primárním zařízení na Klatovském a Domažlickém okrese.

10 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ A JEJICH INTERPRETACE

Otázka č. 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání



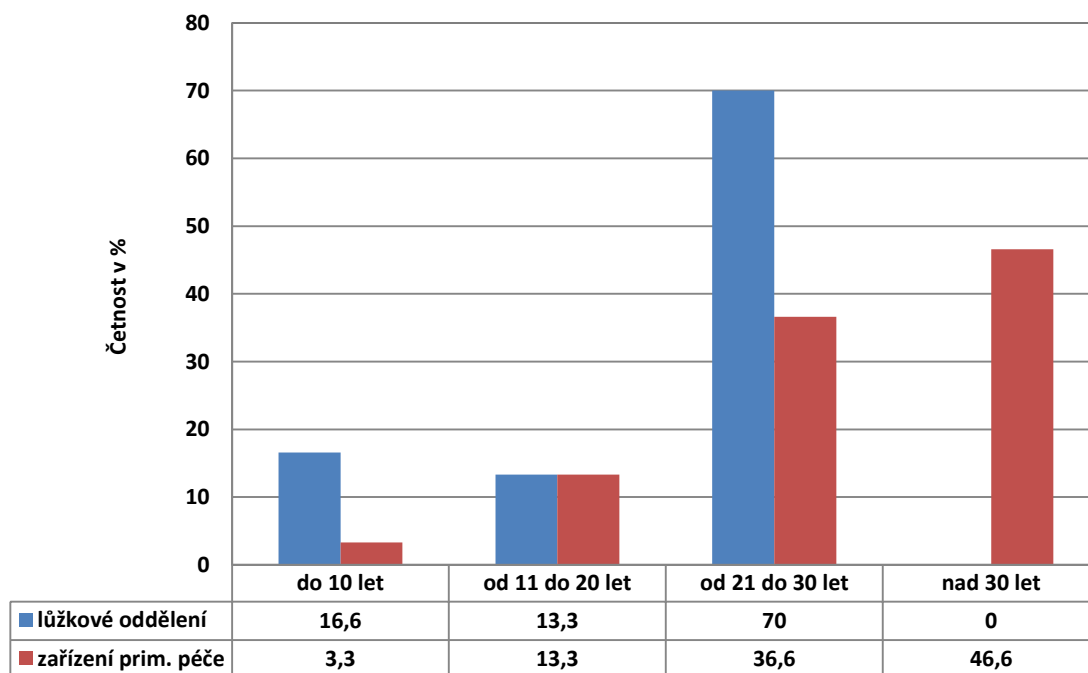
Zdroj: vlastní

Z 30 dotazovaných respondentek ve skupině sester pracujících na lůžkovém oddělení tvořily největší část sestry s vystudovanou střední zdravotnickou školou - 15 (50 %) sester. Následovala skupina 10 (33,3 %) sester, které mají specializační studium v Brně a 4 (13,3 %) sestry s vyšším odborným vzděláním. Bakalářské vzdělání měla pouze 1 (3,3 %) sestra. Magisterské vzdělání neuvedla ve skupině sester na lůžkovém oddělení ani jedna respondentka.

Ve skupině sester pracujících v zařízeních primární péče uvedla naprostá většina respondentek - 29 (96,6 %) středoškolské vzdělání s maturitou. 1 (3,3 %) sestra uvedla specializační studium v Brně. Zbýlé typy vzdělání nebyly ve skupině sester pracujících v zařízeních primární péče zastoupeny.

Otázka č. 2: Celková doba, po kterou pracujete v oboru, je v rozmezí?

Graf 2: Doba práce v oboru



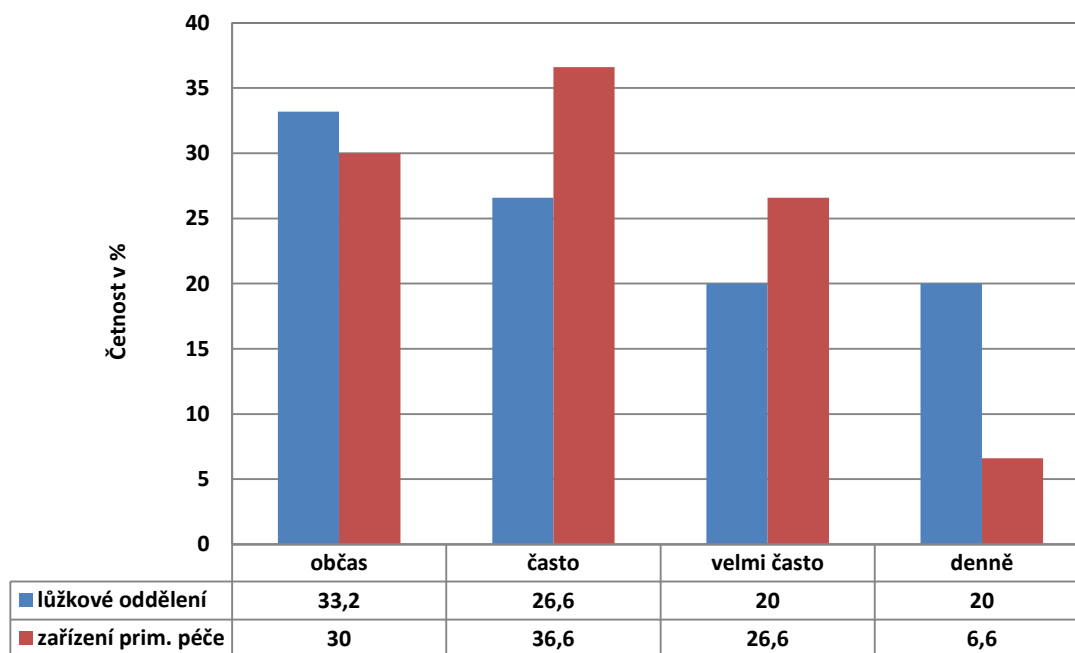
Zdroj: vlastní

Z 30 dotazovaných respondentek ve skupině sester, které pracují na lůžkových odděleních, tvořily většinu sestry pracující ve zdravotnictví od 21 do 30 let – 21 (70%). Následovala skupina 5 (16,6%) sester, které pracují v oboru do 10 let, respondentky pracující v oboru od 11 do 20 let byly 4 (13,3%). S délkou praxe nad 30 let zde nebyla ani jedna respondentka.

Ve skupině sester, které pracují v zařízení primární péče, uvedlo 14 (46,6%) sester délku praxe v oboru nad 30 let. Další skupinou bylo 11 (36,6%) sester, pracujících v oboru od 21 do 30 let. Respondentky pracující v oboru od 11 do 20 let byly 4 (13,3%). Délku praxe v oboru do 10 let uvedla pouze jedna respondentka, tj. 1 (3,3%).

Otázka č. 3: Jak často se ve své praxi setkáváte s močovou inkontinencí u žen?

Graf 3: Setkání se s močovou inkontinencí v praxi



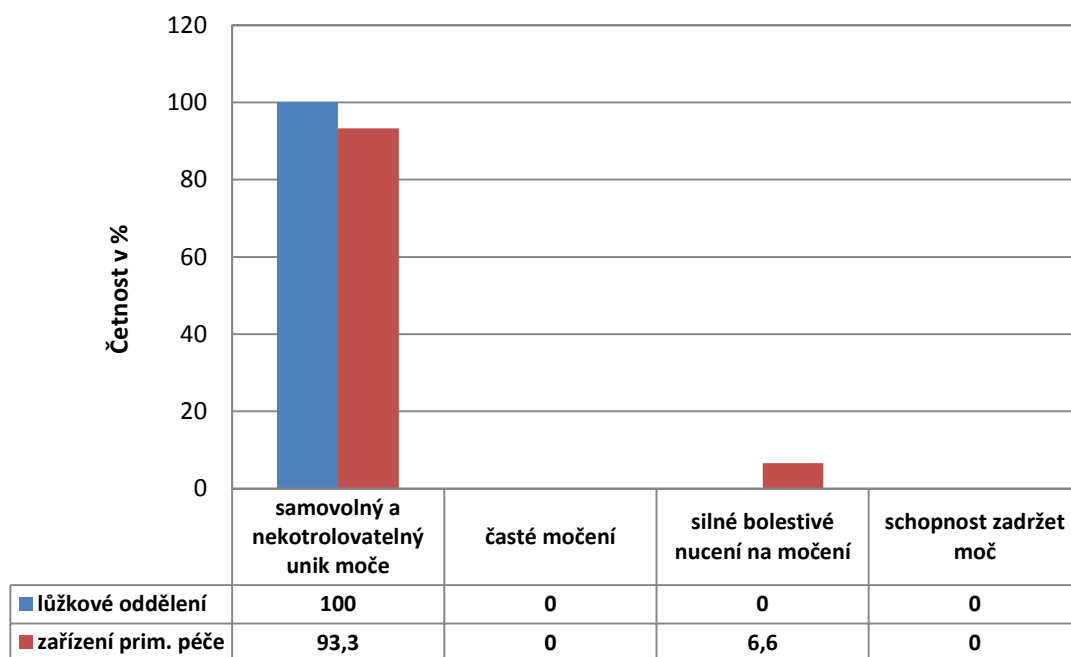
Zdroj: vlastní

Z 30 dotazovaných respondentek, které pracují na lůžkovém oddělení se 10 (33,2%) setkává ve své praxi s močovou inkontinencí občas. Často se s močovou inkontinencí setkává 8 (26,6%) dotázaných, velmi často 6 (20%) respondentek a denně také 6 (20%) sester.

Ve skupině sester, které pracují v zařízení primární péče, uvedlo nejvíce respondentek 11 (36,6%), že se setkává s močovou inkontinencí často, pak následovala skupina 9 (30%) sester, které uvádí, že se s močovou inkontinencí setkávají občas. Odpověď velmi často uvedlo 8 (26,6%) dotázaných a 2 (6,6%) respondentky uvedly možnost denně.

Otázka č. 4: Co zahrnuje pojem močová inkontinence?

Graf 4: Definice pojmu močové inkontinence



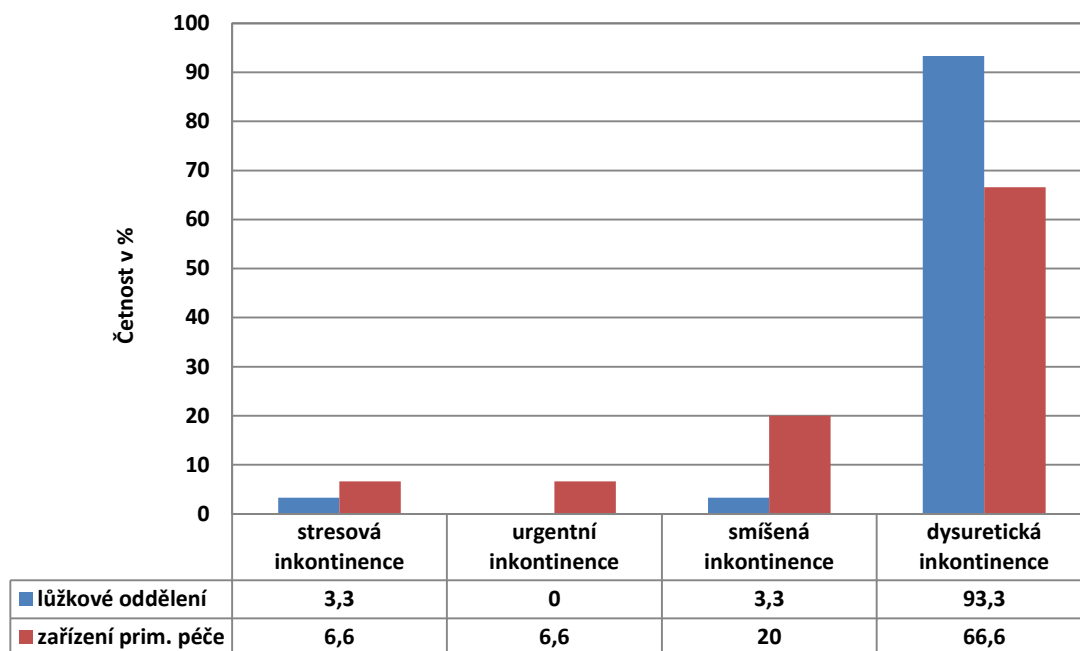
Zdroj: vlastní

Zde uvedlo všech 30 (100%) dotázaných, že pojem močová inkontinence zahrnuje samovolný a nekontrolovatelný únik moče. Další možné odpovědi nebyly skupinou sester na lůžkových odděleních označeny.

Ve skupině dotazovaných sester v primární péči umělo 28 (93,3%) respondentek správně definovat pojem močová inkontinence. Pouze 2 (6,6%) dotázané uvedly, že pojem močová inkontinence zahrnuje „silné a bolestivé nucení na močení“.

Otázka č. 5: Jaký typ močové inkontinence se nezařazuje mezi základní druhy močové inkontinence?

Graf 5: Typ inkontinence nepatřící mezi základní druhy



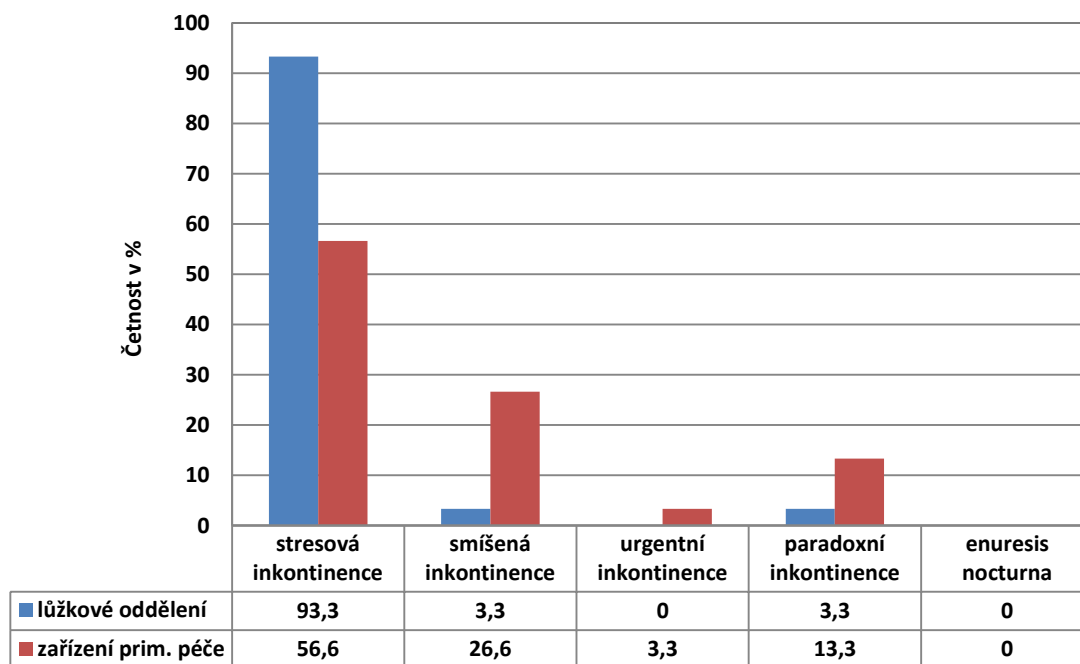
Zdroj: vlastní

Na otázku, jaký typ močové inkontinence se nezařazuje mezi základní druhy inkontinence, uvedlo 28 (93,3%) dotazovaných respondentek z lůžkových oddělení správnou odpověď „dysuretická inkontinence“. Objevily se zde i špatné odpovědi, kdy 1 (3,3 %) sestra uvedla, že mezi základní druhy nepatří stresová inkontinence a 1 (3,3%) respondentka z této skupiny se domnívá, že mezi základní typy inkontinence nepatří urgentní inkontinence.

Ve skupině sester pracujících v zařízení primární péče uvedlo správnou odpověď 20 (66,6%) respondentek. 6 (20%) sester se domnívá, že mezi základní druhy nepatří smíšená inkontinence. 2 (6,6%) respondentky uvedly „stresovou inkontinenci“ a zbylé 2 (6,6%) sestry uvedly „urgentní inkontinenci“.

Otázka č. 6: Jaký typ močové inkontinence se nejčastěji vyskytuje u žen?

Graf 6: Nejčastěji se vyskytující typ inkontinence



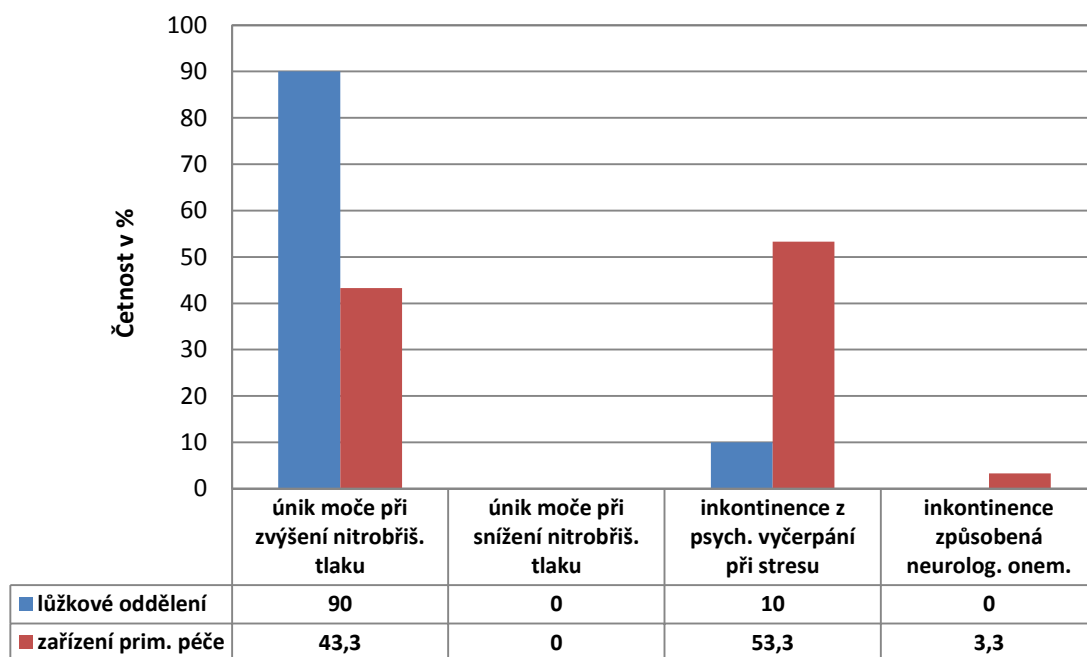
Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 byla zaměřena na zjištění, zda respondentky znají nejčastější typ močové inkontinence u žen. Z dotázaných sester pracujících na lůžkovém oddělení uvedlo správně 28 (93,3%) stresovou inkontinenci. Pouze 1 (3,3%) respondentka uvedla smíšenou inkontinenci a 1 (3,3%) sestra uvedla paradoxní inkontinenci. Odpověď, že nejčastěji se vyskytuje „enuresis nocturna“ neoznačila žádná dotázaná.

Z dotázaných sester pracujících v zařízení primární péče uvedlo 17 (56,6%) správně stresovou inkontinenci. 8 (26,6%) sester se domnívá, že mezi nejčastější typ močové inkontinence patří smíšená, 4 (13,3%) sestry označily možnost paradoxní inkontinence a urgentní inkontinenci uvedla 1 (3,3%) respondentka. Stejně tak, jako u sester pracujících na lůžkových odděleních i zde nebyla zaznamenána odpověď „enuresis nocturna“.

Otázka č. 7: Jak byste definovala pojem stresová inkontinence?

Graf 7: Definice stresové inkontinence



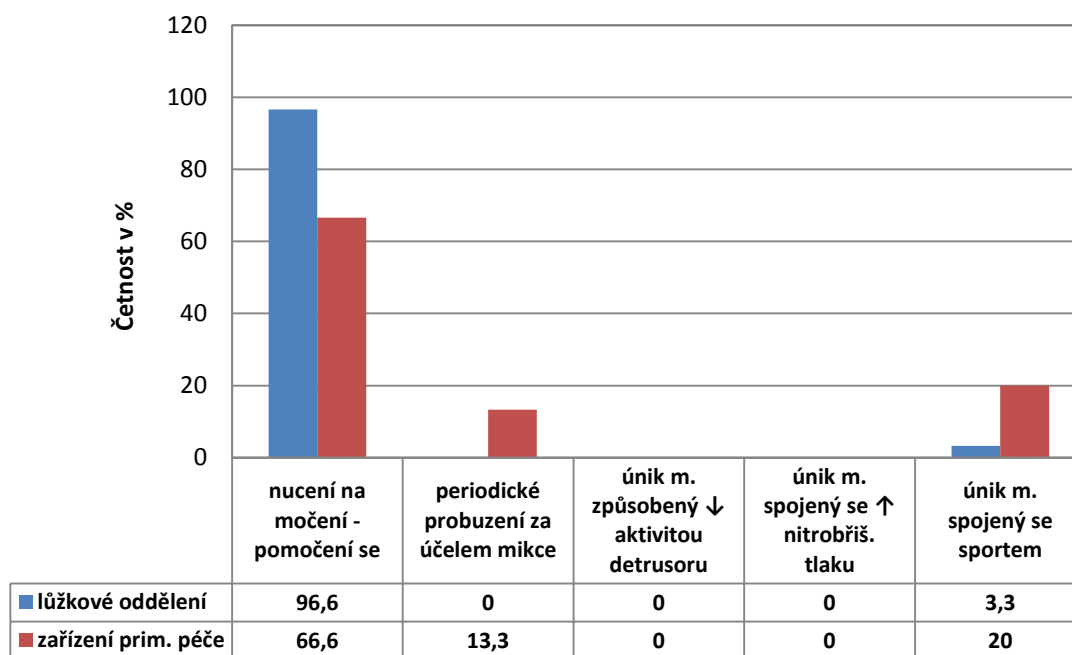
Zdroj: vlastní

Otázkou č. 7 bylo zjišťováno, zda respondentky znají pojem stresová inkontinence. 27 (90%) sester pracujících na lůžkových odděleních umělo správně definovat stresovou inkontinenci jako únik moče při zvýšení nitrobřišního tlaku. 3 (10%) respondentky se domnívají, že stresová inkontinence je inkontinence z psychického vyčerpání, při stresu. Špatné odpovědi, že stresová inkontinence je únik moče při snížení nitrobřišního tlaku či inkontinence způsobená neurologickým onemocněním zde nebyly zaznamenány.

Mezi sestrami pracující v zařízení primární péče bylo zjištěno, že 16 (53,3%) sester se domnívá, že stresová inkontinence je inkontinence z psychického vyčerpání, při stresu. 13 (43,3%) respondentek umělo správně definovat stresovou inkontinenci a 1 (3,3%) sestra udala definici stresové inkontinence jako inkontinenci způsobenou neurologickým onemocněním. Odpověď, že stresová inkontinence je únik moče při snížení nitrobřišního tlaku zde nebyla zaznamenána.

Otázka č. 8: Jak byste definovala pojem urgentní močová inkontinence?

Graf 8: Definice urgentní močové inkontinence



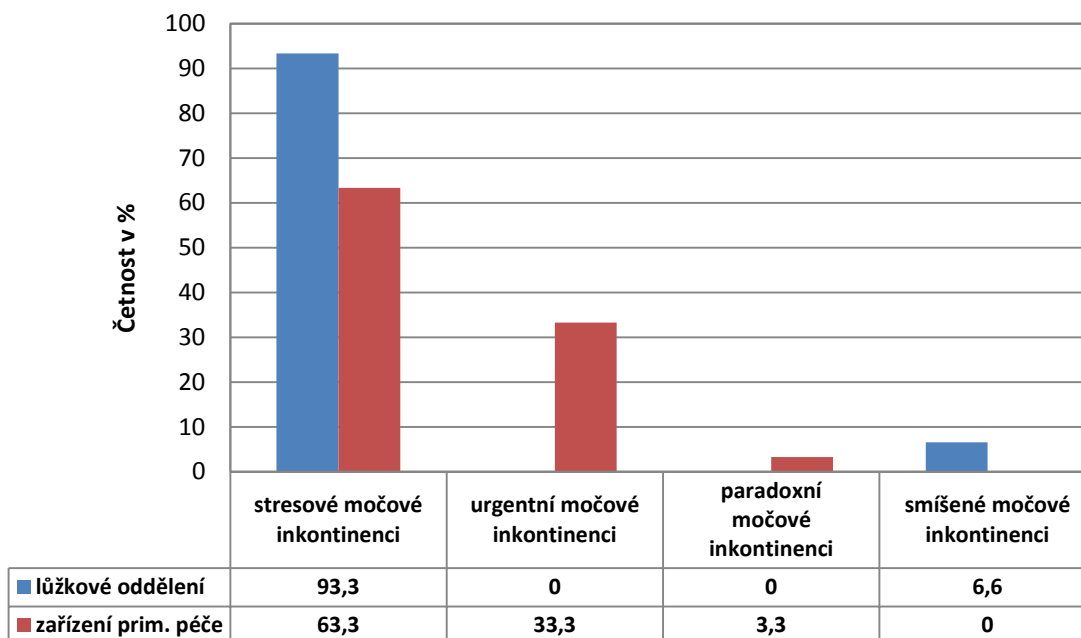
Zdroj: vlastní

Otázkou č. 8 bylo zjišťováno, zda respondentky znají pojem urgentní močová inkontinence. 29 (96,6%) sester pracujících na lůžkových odděleních umělo správně definovat pojem urgentní močová inkontinence. Byla zde zaznamenána jediná špatná odpověď, kdy 1 (3,3%) sestra se domnívá, že urgentní močová inkontinence je únik moče spojený se sportem. Odpovědi, že urgentní močová inkontinence je periodické probuzení ve spánku za účelem vykonat mikci nebo únik moče způsobený sníženou aktivitou detrusoru či únik moče spojený se zvýšením nitrobřišního tlaku, v této skupině sester nebyly zaznamenány.

Mezi sestrami pracující v zařízení primární péče bylo zaznamenáno, že 20 (66,6%) sester umí správně definovat pojem urgentní močová inkontinence. 6 (20%) sester se zde domnívá, že urgentní močová inkontinence je únik moče spojený se sportem a 4 (13,3%) respondentky se domnívají, že urgentní močová inkontinence je periodické probuzení ve spánku za účelem vykonat mikci. Zbýlé dvě možnosti v této skupině sester nebyly zaznamenány.

Otázka č. 9: Implantace beznapěťové pásky (TVT) je miniinvazivní metoda doporučovaná při jakém typu močové inkontinence?

Graf 9: Typ inkontinence léčený metodou TVT



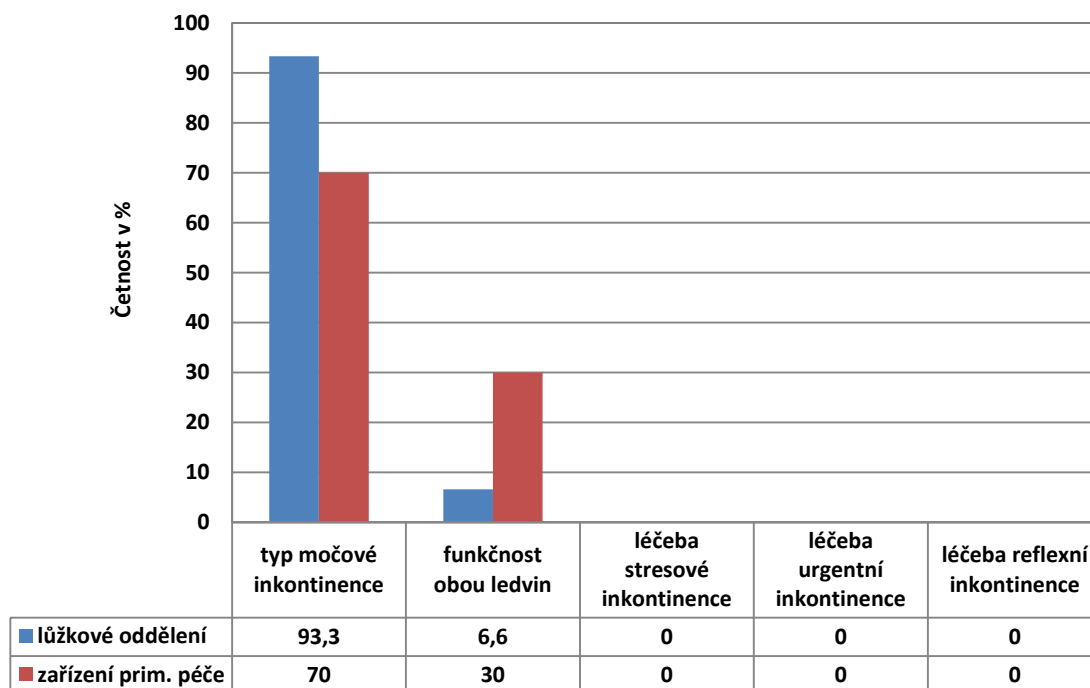
Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 byla zaměřena na zjištění, zda respondentky znají implantaci beznapěťové pásky (TVT). Z 30 dotazovaných sester, které pracují na lůžkovém oddělení, uvedlo 28 (93,3%) správně, že implantace beznapěťové pásky (TVT) je miniinvazivní metoda doporučovaná při léčbě stresové inkontinence. 2 (6,6%) sestry uvedly špatnou odpověď a to „smíšenou močovou inkontinenci“.

Správnou odpověď z 30 dotázaných sester v zařízení primární péče uvedlo 19 (63,3%) respondentek. 10 (33,3%) sester z primární péče uvedlo, že metoda TVT se používá k léčbě urgentní močové inkontinence, 1 (3,3%) sestra uvedla metodu TVT při léčbě paradoxní močové inkontinenci. Odpověď, že TVT metoda je doporučována při smíšené močové inkontinenci nevyužila žádná respondentka.

Otázka č. 10: Co stanovujeme urodynamikou?

Graf 10: Využití urodynamiky



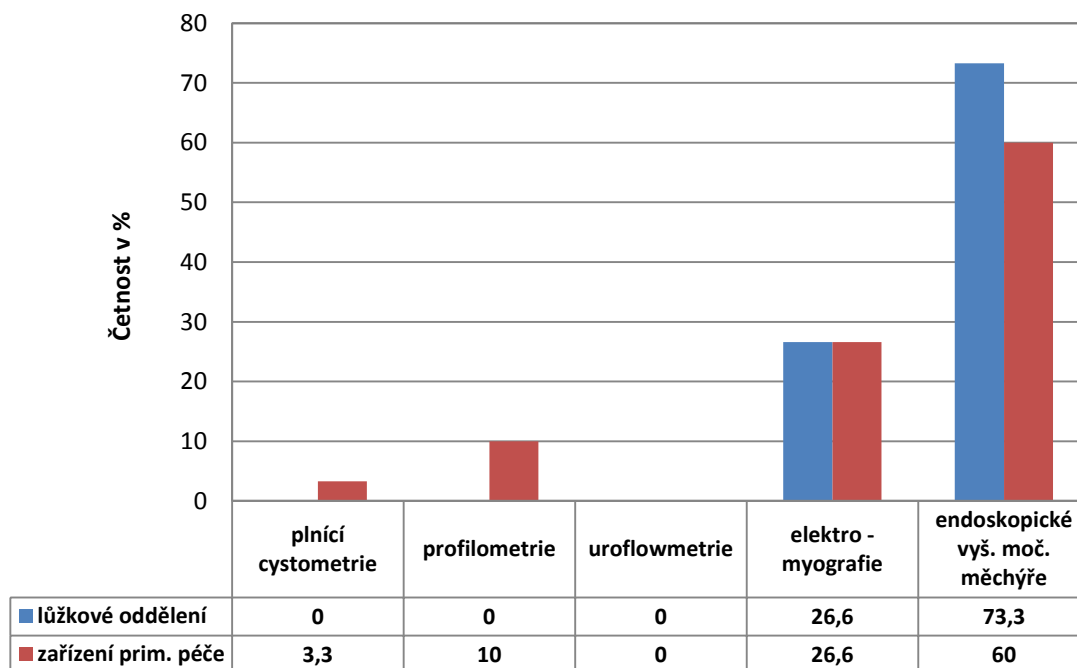
Zdroj: vlastní

Převážná část – 28 (93,3%) dotazovaných sester, které pracují na lůžkovém oddělení, správně uvedlo, že urodynamickým vyšetřením se stanovuje typ močové inkontinence. Pouze 2 (6,6%) sestry označily odpověď, že se urodynamikou stanovuje funkčnost obou ledvin. Další možné chybné odpovědi nebyly zaznamenány.

Správnou odpověď z 30 dotázaných sester v zařízení primární péče uvedlo 21 (70%) respondentek. 9 (30%) sester udalo, že urodynamika slouží ke stanovení funkce obou ledvin. Ostatní chybné možnosti zde nebyly zaznamenány.

Otázka č. 11: Jaká metoda není součástí urodynamického vyšetření?

Graf 11: Metoda nesouvisející s urodynamikou



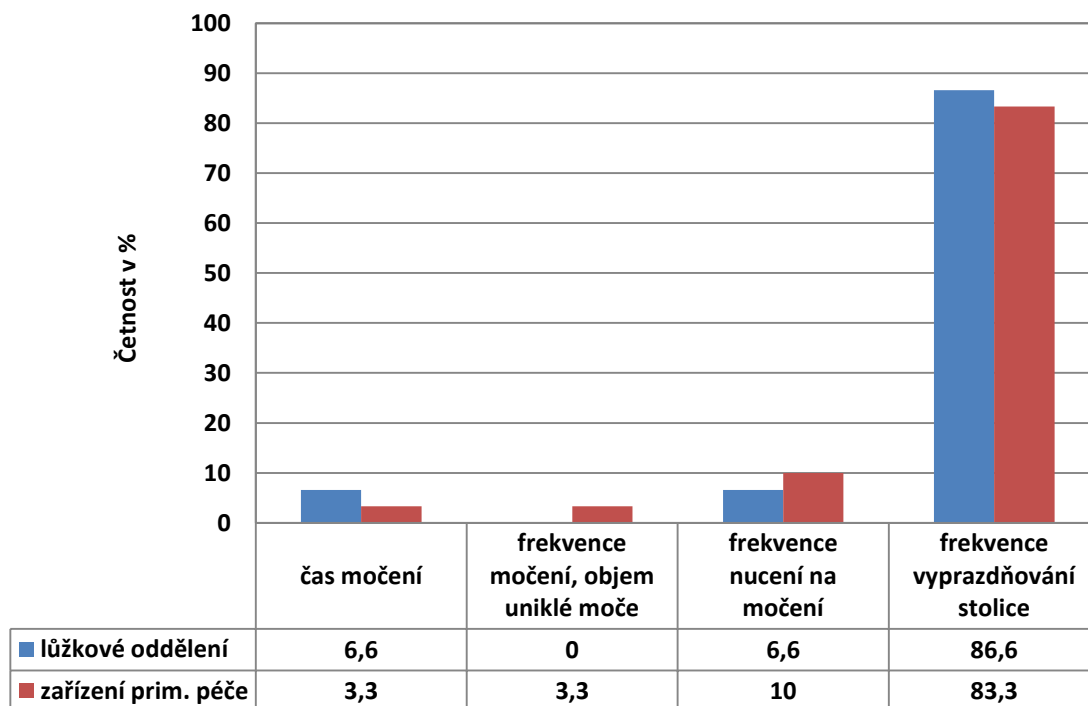
Zdroj: vlastní

Z následujícího grafu je patrné, že respondentky pracující na lůžkových odděleních znají metody používané při urodynamice. 22 (73,3%) sester správně uvedlo, že endoskopické vyšetření močového měchýře není součástí urodynamického vyšetření. 8 (26,6%) respondentek uvedlo špatnou odpověď – elektromyografii. Další možné chybné odpovědi zde nebyly zaznamenány.

U skupiny sester pracující v primární péči uvedlo správnou odpověď 18 (60%) respondentek. 8 (26,6%) sester uvedlo špatnou odpověď - elektromyografii, stejně jako u předešlé skupiny sester. Ještě zde byly zaznamenány další špatné odpovědi, kdy 3 (10%) sestry se domnívají, že součástí urodynamiky není profilometrie a 1 (3,3%) sestra uvádí, že plnicí cystometrie taktéž není součástí urodynamického vyšetření.

Otázka č. 12: Co se nezaznamenává do mikčního deníku?

Graf 12: Mikční deník



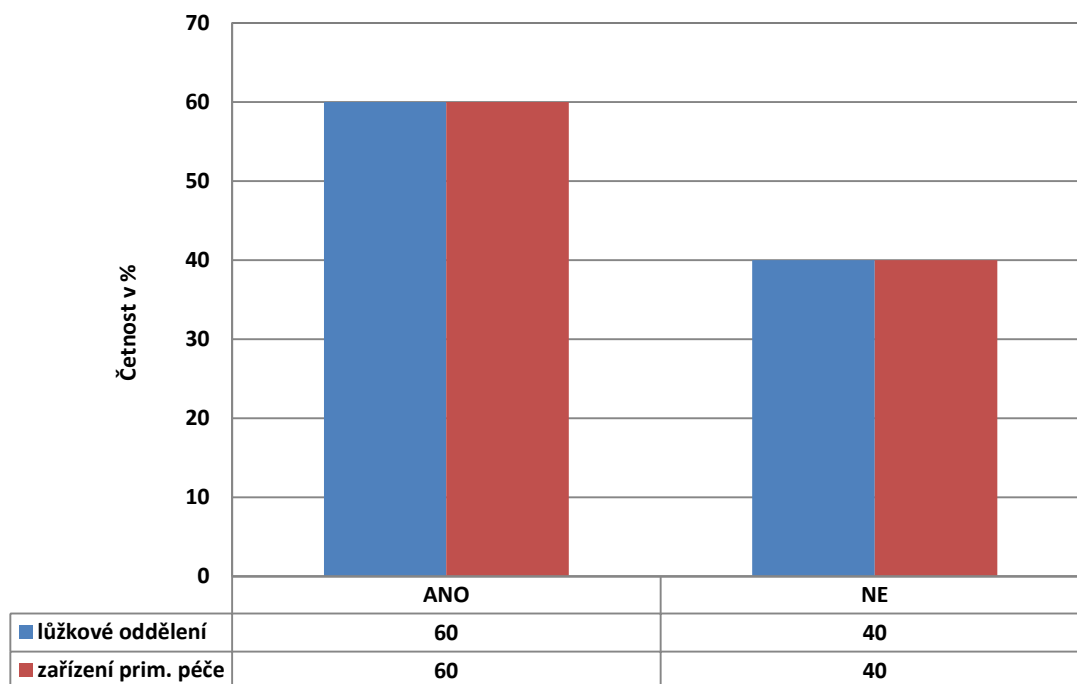
Zdroj: vlastní

Otázka č. 12 byla zaměřena na zjištění, zda respondentky znají mikční deník. Z 30 dotazovaných respondentek ve skupině sester pracujících na lůžkovém oddělení, uvedlo správně 26 (86,6%), že se do mikčního deníku nezaznamenává frekvence vyprazdňování stolice a obstipace. Pouze 2 (6,6%) sestry udaly špatnou odpověď- čas močení. Další 2 (6,6%) sestry udaly špatnou odpověď- frekvence nucení na močení.

U sester pracujících v primární péči byly odpovědi přibližně stejné ve srovnání s předešlou skupinou, kdy správně odpovědělo 25 (83,3%) sester. 3 (10%) sestry udaly špatnou odpověď- frekvence nucení na močení, 1 (3,3%) sestra udala odpověď – frekvence močení, objem uniklé moče. Další zaznamenanou špatnou odpovědí byl čas močení, což udala 1 (3,3%) sestra.

Otázka č. 13: Znáte pojem Kegellovy cviky?

Graf 13: Znalost pojmu Kegellovy cviky

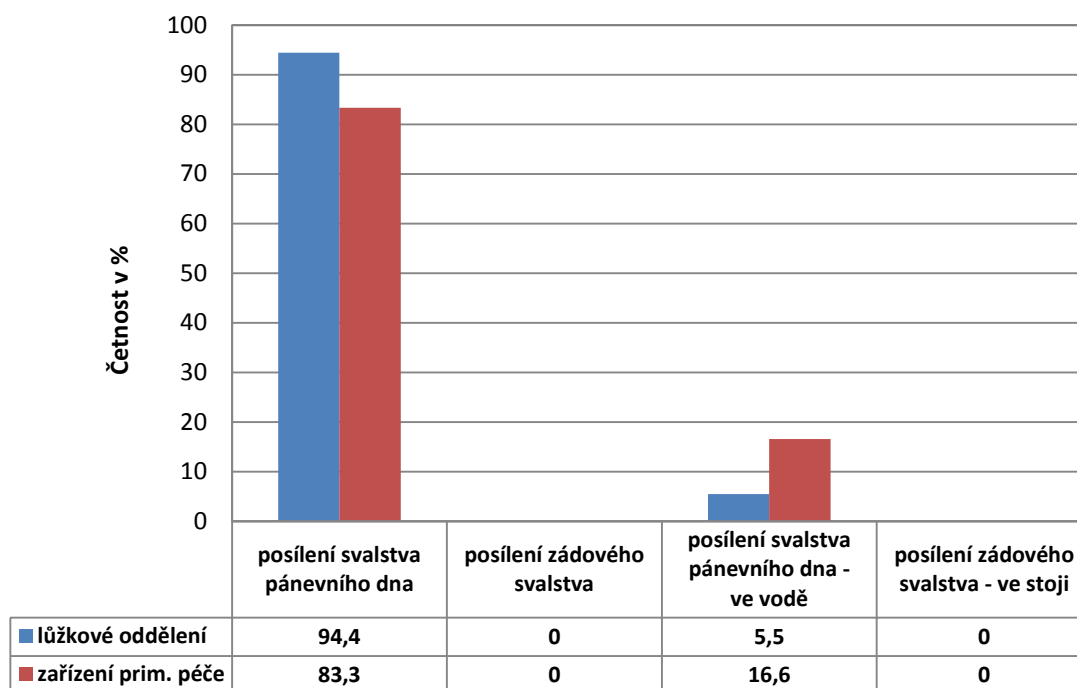


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda respondentky znají pojem Kegellovy cviky, odpověděly obě skupiny sester shodně. 18 (60 %) respondentek se domnívá, že ví, co pojem znamená. 12 (40 %) dotazovaných sester Kegellovy cviky nezná.

Otázka č. 14: K čemu slouží Kegellovy cviky?

Graf 14: Využití Kegellových cviků



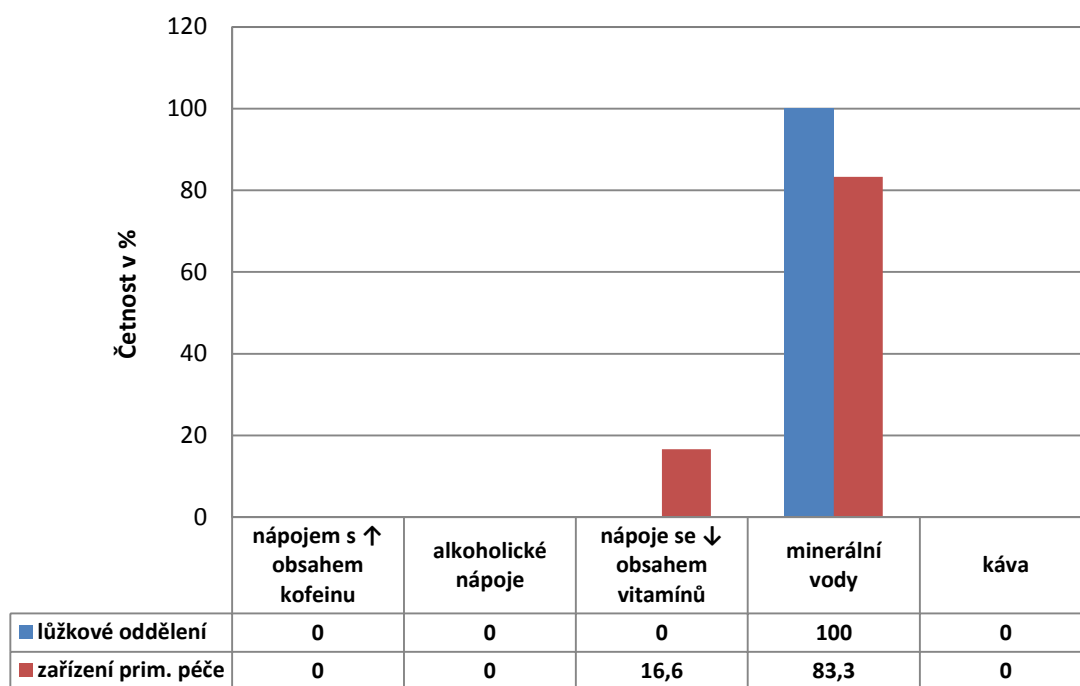
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce č. 13 uvedly, že znají pojem Kegellovy cviky. Ze skupiny sester pracujících na lůžkovém oddělení odpovídalo celkem 18 respondentek. Z toho 17 (94,4 %) sester správně označilo, že Kegellovy cviky slouží k posílení pánevního dna, 1 (5,5 %) sestra uvedla, že se jedná o posílení svalstva pánevního dna, které se ale provádí výhradně ve vodě.

Sester pracujících v zařízeních primární péče odpovídalo také 18. Z toho 15 (83,3 %) se domnívá, že cviky slouží k posílení pánevního dna. 3 (16,6 %) respondentky z této skupiny uvedly, že se jedná o cviky prováděné ve vodě a slouží k posílení svalstva pánevního dna. Ostatní možné odpovědi nebyly žádnou z respondentek označeny.

Otázka č. 15: Jaké nápoje jsou pro klientky s močovou inkontinencí vhodné?

Graf 15: Nápoje vhodné při inkontinenci



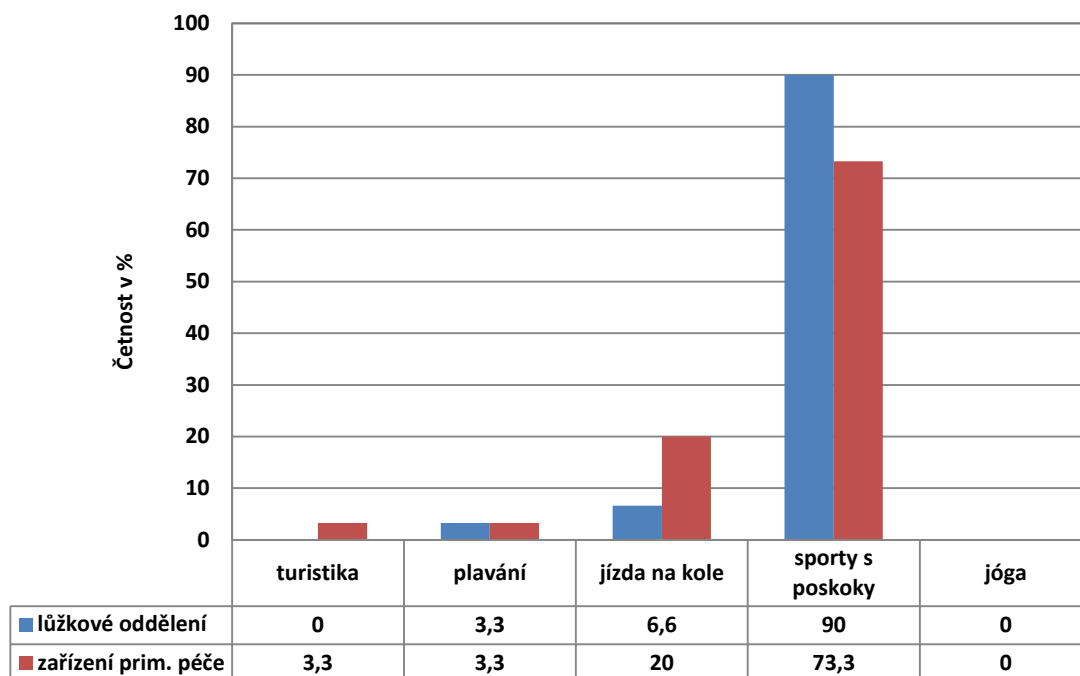
Zdroj: vlastní

Z následujícího grafu je patrné, že respondentky ví, jaké nápoje jsou pro klientky s močovou inkontinencí vhodné. Sestry pracující na lůžkových odděleních udalo správně, že jsou vhodné minerální vody – 30 (100%). Ostatní odpovědi v této skupině nebyly zaznamenány.

Sestry pracující v zařízení primární péče udalo správně minerální vody – 25 (83,3%). Chybně zde uvedlo 5 (16,6%) sester, že vhodné jsou nápoje se sníženým obsahem vitamínů.

Otázka č. 16: Jaké jsou nevhodné pohybové aktivity pro ženy s močovou inkontinencí?

Graf 16: Pohybové aktivity nevhodné při inkontinenci



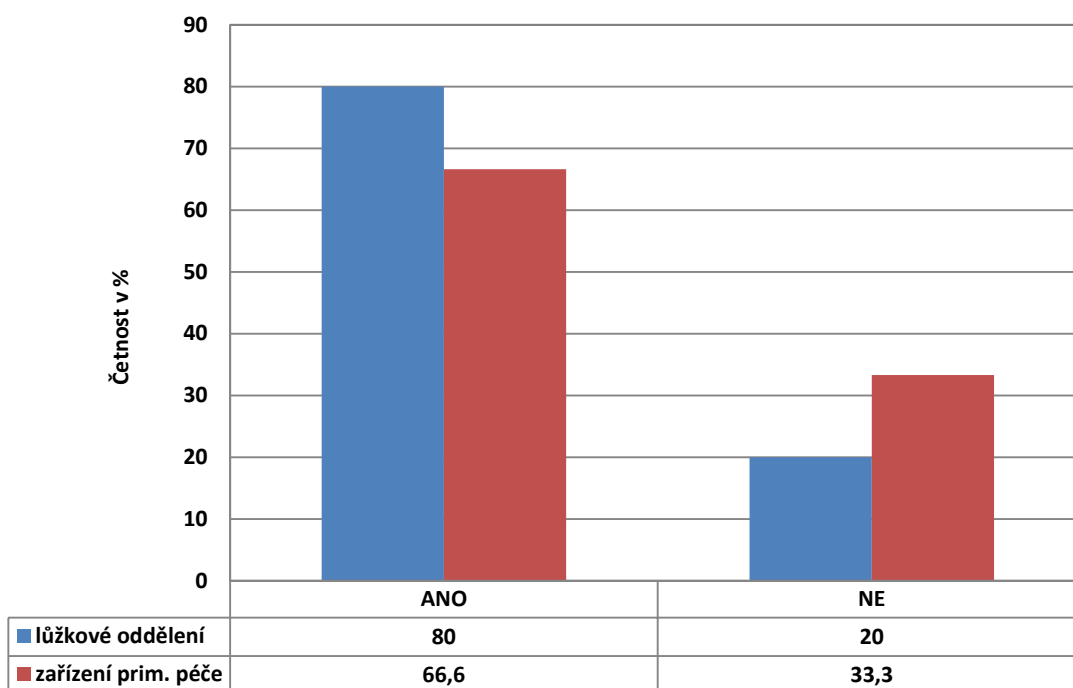
Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu je patrné, že dotazované respondentky ví, jaké jsou pro ženy s močovou inkontinencí vhodné pohybové aktivity. 27 (90%) sester z lůžkových oddělení ví, že pro ženy s inkontinencí nejsou vhodné sporty s poskoky. 2 (6,6%) sestry udaly špatnou odpověď- jízdu na kole a 1 (3,3%) sestra udala plavání. Jógu a turistiku jako nevhodnou pohybovou aktivitu neuváděla ani jedna dotázaná.

22 (73,3%) sester ze zařízení primární péče také zná vhodné pohybové aktivity pro ženu s močovou inkontinencí. 6 (20%) sester zde udalo špatnou odpověď- jízdu a kole a 1 (3,3%) respondentka se domnívá, že není vhodné plavání, 1 (3,3%) sestra udala, že je nevhodná turistika.

Otázka č. 17: Vzděláváte se aktivně v problematice močové inkontinence u žen?

Graf 17: Vzdělávání v problematice inkontinence



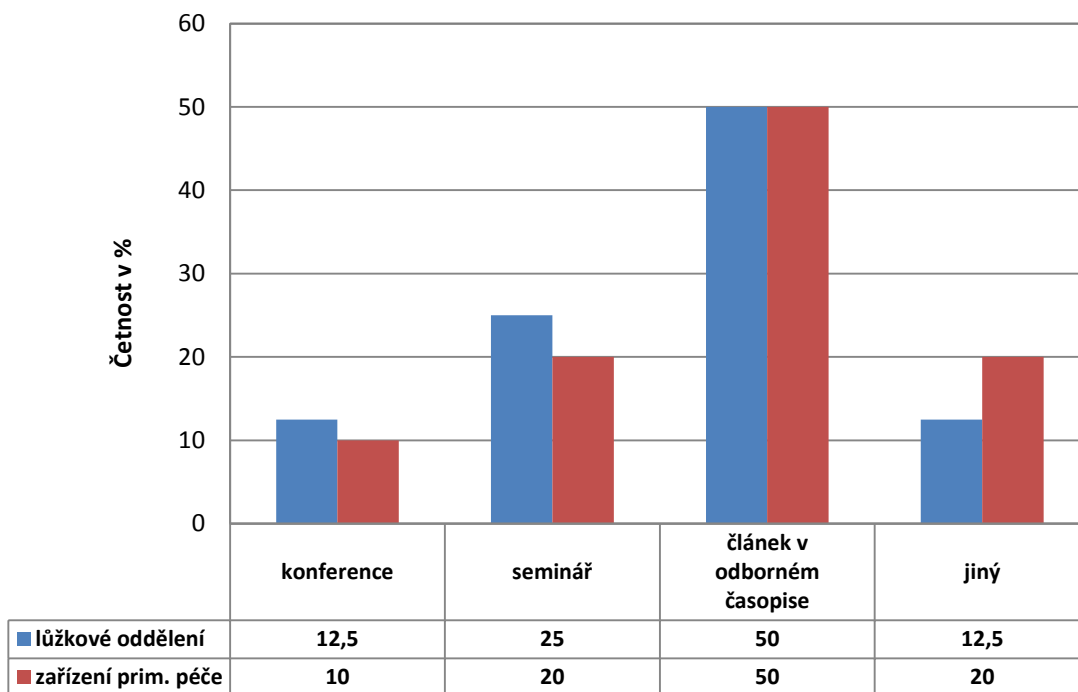
Zdroj: vlastní

Z grafu je zřejmé, že převážná většina dotazovaných se aktivně vzdělává v problematice močové inkontinence u žen. U sester z lůžkového oddělení uvedlo možnost ano - 24 (80%) respondentek, zbylých 6 (20%) sester se v problematice močové inkontinence u žen aktivně nevzdělává.

U sester z primární péče uvedlo možnost ano - 20 (66,6%), zbylých 10 (33,3%) respondentek uvedlo, že se v dané problematice nevzdělává.

Otázka č. 18: V případě, že jste u předchozí otázky odpověděla „ano“, uveďte, o jaký zdroj informací nebo vzdělávací akci se jednalo?

Graf 18: Zdroje informací



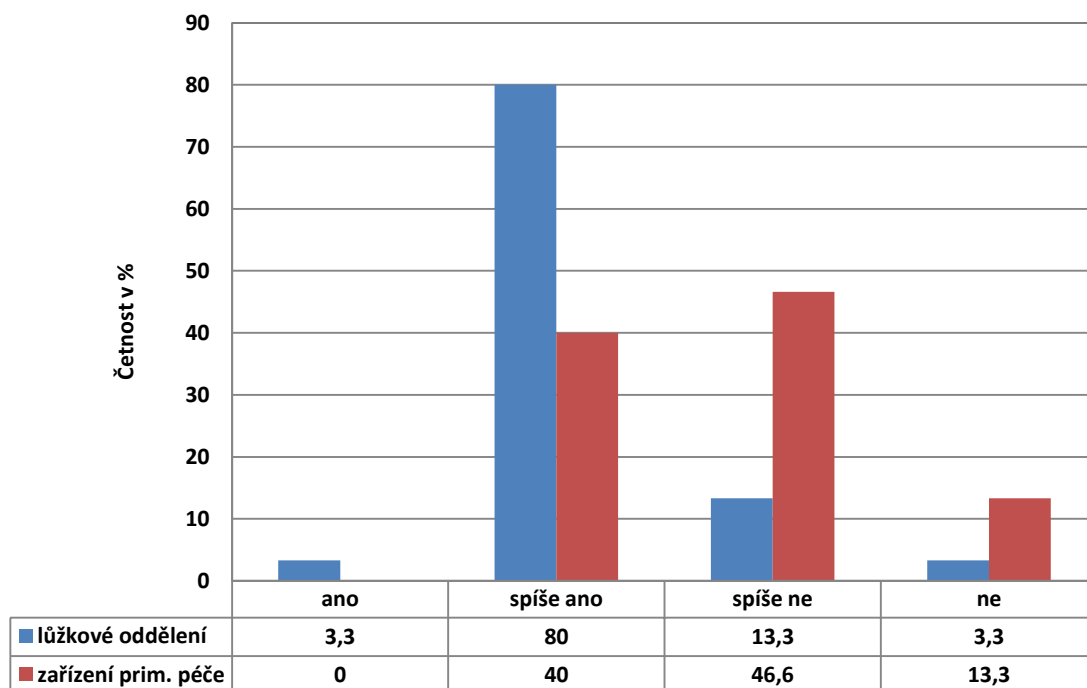
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli u předchozí otázky č. 17, že se aktivně vzdělávají v problematice močové inkontinence u žen. V první skupině se jednalo o 24 a v druhé o 20 respondentek. Z grafu vyplývá, že většina – 12 (50%) sester pracujících na lůžkových odděleních získává informace přečtením článku v odborném časopise, dalších 6 (25%) sester uvedlo seminář, konferenci uvedly 3 (12,5%) sestry. 3 (12,5%) sestry uvedly jiný zdroj.

U sester pracujících v primárním zařízení je to podobné, kdy 10 (50%) sester čerpá informace prostřednictvím článku v odborném časopisu, 4 (20%) sestry uvedly seminář, 4 (20%) respondentky jiný zdroj informací, vyskytly se odpovědi jako škola či internet. Zbylé 2 (10%) sestry udaly jako zdroj informací konferenci.

Otázka č. 19: Myslíte si, že máte dostačující informace o močové inkontinenci u žen?

Graf 19: Dostačující informace o inkontinenci



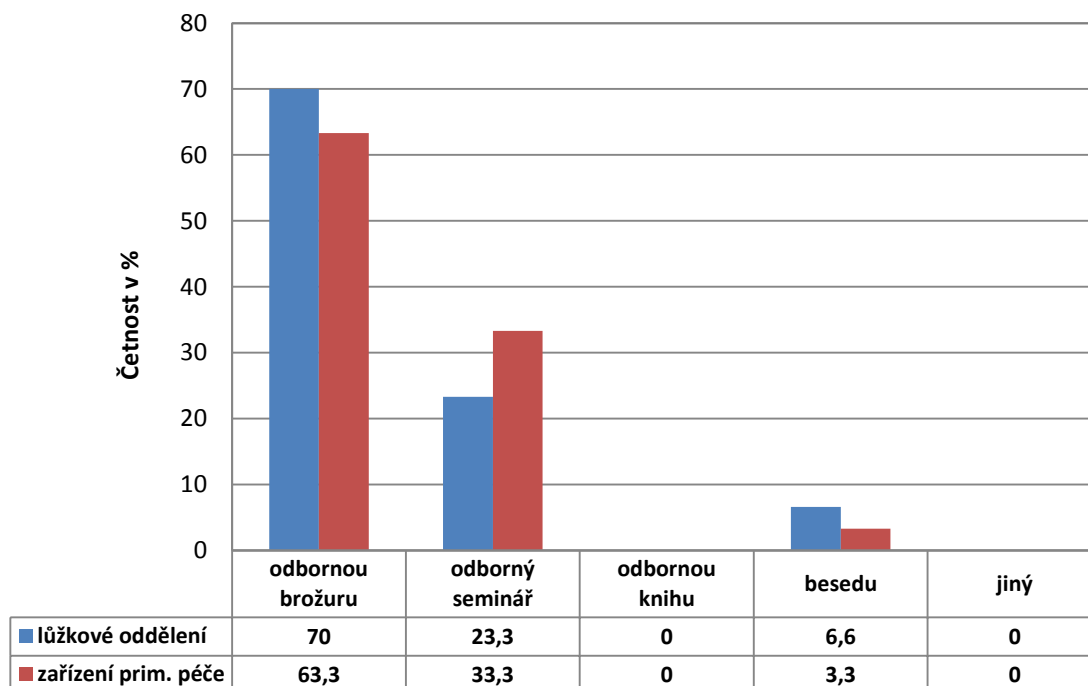
Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 zjišťovala, zda si respondentky myslí, že mají či nemají dostačující informace o močové inkontinenci. 24 (80%) sester pracujících na lůžkovém oddělení uvedlo, že mají dostačující informace o močové inkontinenci, další 4 (13,3%) sestry uvedly odpověď „spíše ne“. Pouze 1 (3,3%) sestra si je zcela jistá, že má dostačující informace a 1 (3,3%) respondentka naopak uvedla, že má informace zcela nedostatečné.

14 (46,6%) sester v zařízení primární péče uvedlo odpověď „spíše ne“, 12 (40%) sester udalo, že má dostačující informace a 4 (13,3%) sestry si myslí, že má informace zcela nedostatečné. V této skupině sester není ani jedna, která si je zcela jistá, že má informace.

Otázka č. 20: Jaký informační materiál o močové inkontinenci byste uvítala?

Graf 20: Preferovaný informační materiál



Zdroj: vlastní

Na otázku, jaký informační materiál o močové inkontinenci by uvítaly, uvedlo 21 (70%) sester pracujících na lůžkovém oddělení zájem o odbornou brožuru, dalších 7 (33,3%) sester o odborný seminář a 2 (6 %) respondenty by preferovaly besedu. Zájem o odbornou knihu v této skupině sester nevedla žádná respondentka.

U sester pracujících v zařízení primární péče uvedlo 19 (63,3%) dotázaných zájem o odbornou brožuru, 10 (33,3%) respondentek by preferovalo odborný seminář a 1 (3,3%) respondentka by uvítala besedu. Zájem o odbornou knihu nevedla ani jedna dotázaná.

11 DISKUSE

Močová inkontinence je velmi rozšířený biopsychosociální problém u žen, který zasahuje do všech složek života a významně ovlivňuje kvalitu života klientek. Je narušena sféra sociální, psychická i biologická. Problém úniku moči není jen doménou starší generace, ale vyskytuje se i u mladších žen. Přesně tak i uvádí Chmel ve své knize „Ženská močová inkontinence“ z roku 2010.

Pracuji na gynekologicko-porodnickém oddělení, kde se s tímto problémem setkávám velmi často a sestry pracující na našem oddělení umí správně pacientky edukovat s ohledem na tuto problematiku. Zajímalo mě, zda i sestry pracující na jiných odděleních nebo v zařízení primární péče jsou orientovány v tomto problému, neboť si myslím, že je důležité, aby zdravotnický personál měl pro tyto ženy, které trápí močová inkontinence dostatečné informace, uměl je v dané problematice správně edukovat, nejen v oblasti prevence, ale i diagnostiky a léčby. Všeobecná sestra je důležitá osoba, které se klientka velmi často s tímto intimním problémem svěří více, než lékaři. Sestra musí mít vždy na mysli, že nedobrovolný únik moči je v mnoha případech řešitelným problémem a neodkazovat klientku pouze na používání hygienických vložek. Jsou neustále vylepšovány a do praxe zaváděny nové miniinvazivní chirurgické zákroky, které řeší problémy s únikem moči a právě o těchto zákrocích by sestry měly mít také přehled.

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo ověřit znalosti všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen. Druhým cílem bylo zjistit, zda se všeobecné sestry v dané problematice vzdělávají a posledním cílem bylo porovnat znalosti všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních a v primárních zařízeních.

V mé bakalářské práci jsem použila šetření formou kvantitativního výzkumu, šetření bylo prováděno u sester pracujících na lůžkových odděleních a u sester pracujících v zařízení primární péče. Výsledné odpovědi obou skupin sester byly vzájemně porovnány.

První otázky v dotazníku se vztahovaly na demografické údaje, neboť mě zajímalo, zda má na informovanost sester vliv délka praxe a dosažené vzdělání. Z mého šetření jsem zjistila, že všechny tyto výše uvedené údaje hrají v informovanosti významnou roli. S délkou praxe se zákonitě prohlubují znalosti. Zvyšováním vzdělávání se taktéž rozšíří rozhled v dané problematice. Při vyhodnocování otázky týkající se vzdělání, jsem předpokládala, že na lůžkových odděleních a v zařízení primární péče pracuje stále nejvíce sester se středoškolským vzděláním, což se také potvrdilo, 44 (73%) dotázaných má

ukončenou zdravotnickou školu. Překvapilo mi, že bakalářské vzdělání měla pouze jedna respondentka a magisterské vzdělání neuvedla ani jedna. Dalším ukazatelem v informovanosti tohoto problému je četnost výskytu pacientek s močovou inkontinencí. Časté dotazy pacientek sestru přinutí vyhledat odborné informace, aby byla schopna na dotazy uspokojivě odpovědět. Toto mi potvrdil i výsledek otázky, zda jsou lépe informovány sestry v lůžkové či primární péči. Hospitalizovaná klientka si vytvoří se sestrou těsnější kontakt a neostýchá se na dané téma hovořit.

Cíl 1: Zjistit, zda všeobecné sestry mají základní informace o močové inkontinenci u žen.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 4-16. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění, v jakém měřítku se orientují sestry v problematice močové inkontinence.

Hypotéza 1: Většina všeobecných sester má dobré znalosti o močové inkontinenci u žen. Kritérium dobrá znalost jsem si stanovila, že z 13 otázek v dotazníku, které se týkají názvosloví, prevence, diagnostiky a léčby močové inkontinence, respondentky zodpoví alespoň 10 správně.

Ze zjištěných údajů lze vyvodit, že všeobecné sestry znají pojem močová inkontinence, druhy močové inkontinence, nejčastější vyskytující se typ inkontinence u žen, léčebné metody a umí správně edukovat klientky o režimových opatřeních, která souvisí s touto problematikou. Potěšilo mě, že sestry umí doporučit vhodné nápoje, sportovní aktivity, jsou seznámeny s moderními metodami léčby stresové inkontinence, mezi které patří implantace beznapěťové pásky (TVT) a ví, co si mají představit pod pojmem Kegelovy cviky. Hoříčka uvádí, že nejjednodušší metodou při močové inkontinenci je fyzioterapie, provádění Kegelových cviků, kdy jejich efekt je při správném provádění uváděn až v 80%.

Mezi klíčovou diagnostickou metodu k potvrzení typu močové inkontinence patří urodynamické vyšetření. Při vyhodnocování otázky, zda všeobecné sestry znají tuto metodu, jsem byla potěšena, neboť správných odpovědí všech dotazovaných bylo 49 (82%), pouze 11 (18%) respondentek odpovědělo chybně.

Pacientky s močovou inkontinencí by měly znát, jak vyplňovat mikční deník, neboť jak uvádí Halaška ve své knize „Urogynekologie“ z roku 2004, mikční karta je základní, jednoduchou diagnostickou pomůckou u dysfunkcí dolních močových cest. S tímto úkonem by je měla seznámit sestra. Měla by vědět, k čemu mikční deník slouží, jak ho správně vést a umět toto vše klientkám vysvětlit. Tuto znalost u sester jsem ověřovala

otázkou číslo 12, kdy 51 (85%) dotázaných respondentek odpovědělo správně, pouze 9 (15%) odpovědělo chybně. **Hypotéza se mi potvrdila.**

Cíl 2: Zmapovat celoživotní vzdělávání všeobecných sester v oblasti močové inkontinence u žen.

K tomuto druhému cíli se vztahovaly otázky číslo 17,18,19,20. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění vzdělávání sester v problematice močové inkontinence u žen.

Hypotéza 2: Více, než polovina dotázaných všeobecných sester se vzdělává v oblasti ženské močové inkontinence.

Tímto druhým cílem jsem chtěla zmapovat vzdělávání a to nejenom celkové zvyšování kvalifikace, ale i aktivní vzdělávání se zaměřením na problematiku močové inkontinence. Potvrdilo se mi, že se aktivně vzdělávají sestry v primární péči, ale i v lůžkové péči. Vzdělávání u většiny respondentů probíhá návštěvou seminářů, ale i četbou článků v odborných časopisech. Pouze 5 (8%) respondentů z celkového množství dotazovaných uvedlo zdroj jiný, kdy se v odpovědích, jako zdroj informací vyskytla škola či internet.

Za pozitivní výsledek výzkumného šetření považuji vyjádření zájmu většiny respondentů, 40 (67%) všech dotázaných o informační brožuru, která by jim pomohla lépe se orientovat v dané problematice a mnohdy usnadnit odpovídat klientkám na některé dotazy. Proto jsem vypracovala souhrnnou informační brožuru, která je výstupem této práce. Je v ní shrnuta problematika, prevence, diagnostika, edukace a léčba tohoto onemocnění. Předpokládám, že po přečtení této brožury všeobecné sestry získají základní přehled a doplní si některé informace v problematice močové inkontinence.

Při zjišťování, zda si sestry myslí, že mají dostatečné informace o močové inkontinenci, jsem předpokládala, že kladně odpoví více sester z lůžkové péče. Je to dáno tím, že se s tímto problémem více setkávají, s pacientkami o problému hovoří a v průběhu hospitalizace vedou ošetřovatelskou dokumentaci, jejíž součástí je ošetřovatelská anamnéza, která obsahuje mimo jiné i údaje o způsobu vyprazdňování moči, frekvenci, vzhledu moče a ostatní problémy s močením. Z výzkumného šetření je zřejmé, že je otázky nepřekvapily a v problému močová inkontinence se dobře orientují. **Hypotéza se mi potvrdila.**

Cíl 3: Porovnat znalosti všeobecných sester o močové inkontinenci v primární péči se znalostmi všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky týkající se znalostí o močové inkontinenci, jednalo se o otázky číslo 4-16.

Hypotéza 3: Všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních mají více informací o problematice močové inkontinence u žen, než sestry pracující v primární péči.

Při porovnávání znalostí mezi sestrami pracujícími v lůžkové a primární péči jsem zjistila, že sestry z lůžkových oddělení jsou lépe informovány o problematice močové inkontinence. Vše je patrné z výsledků zveřejněných v praktické části mé práce. U každé otázky týkající se znalostí o močové inkontinenci u žen (otázky číslo 4-16), odpovídaly správně s převahou respondentky ze skupiny sester pracujících na lůžkových odděleních, oproti skupině sester pracujících v primární péči. Jako důvod se mi jeví větší kontakt mezi sestrou a klientkou. Při hospitalizaci si klientka naváže se sestrou těsnější kontakt, ztrácí ostych a hovoří spolu. Sestra problémy vyhodnotí a dále poskytuje ošetrovatelskou péči dle ošetrovatelského procesu. **Hypotéza se mi potvrdila.**

Svou práci jsem neporovnávala s žádnou konkrétní studií, jelikož jsem nenašla ani jednu, která by byla zaměřena na informovanost všeobecných sester o močové inkontinenci u žen. Naprostá většina bakalářských prací byla zaměřena na informovanost klientek či zaměření na jejich kvalitu života s danou problematikou.

ZÁVĚR

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají základní informace o močové inkontinenci u žen. Druhým cílem bylo zmapovat celoživotní vzdělávání všeobecných sester v oblasti močové inkontinence u žen a posledním cílem bylo porovnat znalosti všeobecných sester o močové inkontinenci v primární péči se znalostmi všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních. Všechny cíle se podařilo splnit za pomoci dotazníkového šetření, které bylo určeno všeobecným sestřím pracujícím na lůžkových odděleních a v primární péči.

Výzkumné šetření ukázalo, že většina všeobecných sester má základní informace o močové inkontinenci u žen, které se týkají názvosloví, prevence, diagnostiky a léčby močové inkontinence.

Dále bylo vyhodnocením výzkumného šetření zjištěno, že všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v dané problematice.

Při porovnávání znalostí o močové inkontinenci u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních se sestrami v primární péči bylo zjištěno, že více informací mají sestry, které pracují na lůžkových odděleních.

Podle mého šetření, které se týkalo zmapování vzdělávání sester, by všeobecné sestry uvítaly informační leták či brožuru, kde by byly základní informace o močové inkontinenci, prevenci, diagnostice, edukaci a léčbě. Výstupem mé bakalářské práce je zpracovaná brožura pro sestry. Jejím obsahem je seznámení s prevencí, diagnostikou, edukací a léčbou. Brožuru jsem uvedla do praxe a doufám, že bude přínosem pro všechny sestry, jež se s močovou inkontinencí u klientek ve své praxi setkávají, neboť z mého pohledu považuji za důležité, aby se všeobecné sestry v dané problematice orientovaly.

LITERATURA A PRAMENY

1. **HALAŠKA, Michael.** *Urogynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2272-2.
2. **ČERMÁK, Aleš a PACÍK, Dalibor.** *Inkontinence moči*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. **TRACHTOVÁ, Eva.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: průvodce ošetrujícího lékaře*. 2. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
4. **CHMEL, Roman.** *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
5. **GUT, Josef, DOLEŽAL, Jiří a ŽANÍŠEK, Jaroslav.** Pomočování u dětí – Druhé rozšířené vydání. Galén, Praha 1999. [online]. [cit. 2012-07-17]. Dostupné na: http://www.pharmanews.cz/2009_04/site/clanek5.html
6. **MARTAN, Alois a kol.** *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2006. ISBN 80-7345-094-1.
7. **HOŘIČKA, Lukáš.** Pesary v urogynologii. *Praktická gynekologie*. 2002, 02, 6-7 s. ISSN 1211-6645.
8. **HANUŠ, Tomáš.** *Standardizovaná terminologie*. Praha: StudiaGeo s.r.o., 1998. ISSN-1211-0795.
9. **MARTAN, Alois a kol.** *Nové operační postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči a defektu pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2011. ISBN 978-807-3452-339.
10. **NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava.** *Přehled anatomie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, spol. s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
11. **SLEZÁKOVÁ, Lenka.** *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
12. **GALAJDOVÁ, Lenka.** *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. ISBN 80-7169-950-0.

13. **MARTAN, Alois a kol.** *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen.* Praha: PanMed, s.r.o., 2001. ISBN 80-903049-0-7.
14. **ABRAMS, Paul.** *Clinical manual of incontinence in women.* Paris: Health Publications, 2005. ISBN 0-9546956-3-1.
15. **KOLOMBO, Ivan, KOLOMBOVÁ, Jitka a PORŠ, Jaroslav.** Stresová inkontinence u žen. *Urologie pro praxi.* 2008, 09, 259-296 s. ISSN 1213-1768.
16. **KAWACIUK, Ivan.** *Urologie.* 1. vydání. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-60-9.
17. **MORÁVKOVÁ, Vladimíra.** Fyzioterapie při stresové inkontinenci. *Sestra.* 2011, 12, 48-51 s. ISSN 1210-0404.
18. **ROZTOČIL, Aleš a kol.** *Moderní gynekologie.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
19. **ZIKMUND, Jiří.** *Inkontinence moči u žen.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.
20. **NEJEDLÁ, Marie.** *Fyzikální vyšetření pro sestry.* 1 vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.
21. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava.** *Duševní hygiena zdravotní sestry.* 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0784-5.
22. **VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela.** *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.
23. **CITTERBART, Karel, et. al.** *Gynekologie.* 1. vydání. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
24. **TKÁČOVÁ, Lubomíra a DLUGOŠOVÁ, Anna.** Močová inkontinence – teorie a praxe. *Sestra.* 2012, 05, 48-49 s. ISSN 1210-0404.
25. **RICHTEROVÁ, Romana.** Urologické diagnózy a jejich příznaky. *Florence.* 2012, 01, 24 s. ISSN 1801-464X.

26. **MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie a ZAJÍČKOVÁ, Marie.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1443-4.
27. **HOLUB, Zdeněk, KUŽEL, David a kol.** *Minimálně invazivní operace v gynekologii.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0834-5.
28. **KAPOUNOVÁ, Gabriela.** *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
29. **RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon.** *Repetitorium pro zdravotní sestry.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0932-5.
30. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Psychologie nemoci.* 1. vydání, Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
31. **JUŘENÍKOVÁ, Petra.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
32. **RAKOVÁ, Jana a ČIČÁKOVÁ, Ľubomíra.** Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí. *Sestra.* 2012, 04, 28-29 s. ISSN 1210-0404.
33. **ZÁVODNÁ, Vlasta.** *Pedagogika v ošetrovatel'stve.* 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.
34. **HOŘIČKA, Lukáš a KUČERA, Zdeněk.** Absorpční prostředky a produkty pro péči o pokožku při inkontinenci. *Florence.* 2012, 04, 35-36 s. ISSN 1801-464X.

SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK

BMI	Body mass index
CNS	Centrální nervový systém
ECHO	Echokardiografie
EMG	Elektromyografie
ICS	Mezinárodní společnost pro kontingenci
MRI	Magnetická rezonance
OAB	Hyperaktivní močový měchýř
ORL	Otorhinolaryngologie
SI, GSI	Stresová močová inkontinence
TEN	Tromboembolická nemoc
TVT-O	Transobturatorová páska
TVT	Beznapěťová páska
UI	Urgentní močová inkontinence
UZ	Ultrazvukové vyšetření
VAS	Vizuální škála bolesti

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	40
Graf 2: Doba práce v oboru	41
Graf 3: Setkání se s močovou inkontinencí v praxi.....	42
Graf 4: Definice pojmu močové inkontinence	43
Graf 5: Typ inkontinence nepatřící mezi základní druhy	44
Graf 6: Nejčastěji se vyskytující typ inkontinence.....	45
Graf 7: Definice stresové inkontinence	46
Graf 8: Definice urgentní močové inkontinence	47
Graf 9: Typ inkontinence léčený metodou TVT	48
Graf 10: Využití urodynamiky	49
Graf 11: Metoda nesouvisející s urodynamikou.....	50
Graf 12: Mikční deník	51
Graf 13: Znalost pojmu Kegelovy cviky	52
Graf 14: Využití Kegelových cviků	53
Graf 15: Nápoje vhodné při inkontinenci	54
Graf 16: Pohybové aktivity nevhodné při inkontinenci	55
Graf 17: Vzdělávání v problematice inkontinence	56
Graf 18: Zdroje informací	57
Graf 19: Dostačující informace o inkontinenci	58
Graf 20: Preferovaný informační materiál.....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Gynekologické křeslo	81
Obrázek 2: Gynekologické křeslo s urodynamikou	81
Obrázek 3: Křeslo pro uroflowmetrii	82
Obrázek 4: Urodynamická jednotka	83

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Vážená paní
Mgr. Veselá Vladislava
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Klatovská nemocnice, a.s.
Plzeňská 569
339 38 Klatovy II

Věc: Žádost o schválení výzkumného šetření.

Vážená paní magistro,

prosím o schválení provedení dotazníkového šetření na lůžkových odděleních Klatovské nemocnice, a.s. z důvodu mé bakalářské práce na téma: Informovanost všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen.

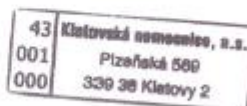
Žádost bude sloužit jako podklad mé bakalářské práce a výsledky výzkumného šetření budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce. Dotazníky budu distribuovat osobně.

Velmi děkuji.

Vladimíra Holá
gynkologicko – porodnické oddělení
Klatovská nemocnice, a.s.

Goablařová

V. Veselá



Klatovy, 1.11.2012

Příloha č. 2

Dobrý den,

vážená kolegyně, jmenuji se Vladimíra Holá a jsem studentkou třetího ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Nyní pracuji na své bakalářské práci s názvem „Informovanost všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen“.

Pokud v dotazníku není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu správnou odpověď zakroužkováním. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky použiji výhradně ke zpracování bakalářské práce.

Předem velmi děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou (SZŠ)
- b) vyšší odborné - (Dis.- diplomovaná sestra)
- c) vysokoškolské - Bakalářské
- d) vysokoškolské - Magisterské
- e) specializační studium (Brno)
- f) jiné (prosím, uveďte jaké?).....

2. Celková doba, po kterou pracujete v oboru, je v rozmezí?

- a) do 10 let
- b) od 11 do 20 let
- c) od 21 do 30 let
- d) nad 30 let

3. Jak často se ve své praxi setkáváte s močovou inkontinencí u žen?

- a) občas
- b) často

- c) velmi často
- d) denně

4. Co zahrnuje pojem močová inkontinence?

- a) samovolný a nekontrolovatelný únik moče
- b) časté močení
- c) silné, bolestivé nucení na močení
- d) schopnost zadržet moč

5. Jaký typ močové inkontinence se nezařazuje mezi základní druhy močové inkontinence?

- a) stresová inkontinence
- b) urgentní inkontinence
- c) smíšená inkontinence
- d) dysuretická inkontinence

6. Jaký typ močové inkontinence se nejčastěji vyskytuje u žen?

- a) stresová inkontinence
- b) smíšená inkontinence
- c) urgentní inkontinence
- d) paradoxní inkontinence
- e) enuresis nokturna

7. Jak byste definovala pojem stresová inkontinence?

- a) únik moče při zvýšení nitrobřišního tlaku
- b) únik moče při snížení nitrobřišního tlaku
- c) inkontinence z psychického vyčerpání, při velkém stresu
- d) inkontinence způsobená převážně neurologickým onemocněním

8. Jak byste definovala pojem urgentní močová inkontinence?

- a) imperativní nucení na močení, jemuž žena nestačí vyhovět a pomoci se
- b) bolestivé a periodické probuzení ve spánku za účelem vykonat mikci
- c) únik moče způsobený sníženou aktivitou detrusoru
- d) únik moče spojený se zvýšením nitrobřišního tlaku
- e) únik moče spojený s provozováním sportu

9. Implantace beznapěťové pásky (TVT) je miniinvazivní metoda doporučována při jakém typu močové inkontinenci?

- a) stresové močové inkontinenci
- b) urgentní močové inkontinenci
- c) paradoxní močové inkontinenci
- d) smíšené močové inkontinenci

10. Co stanovujeme urodynamikou ?

- a) typ močové inkontinence
- b) funkčnost obou ledvin
- c) jedná se o léčebnou metodu při stresové inkontinenci
- d) jedná se o léčebnou metodu při urgentní inkontinenci
- e) jedná se o léčebnou metodu při reflexní močové inkontinenci

11. Jaká metoda není součástí urodynamického vyšetření?

- a) plnicí cystometrie
- b) profilometrie
- c) uroflowmetrie
- d) elektromyografie
- e) endoskopické vyšetření močového měchýře

12. Co se nezaznamenává do mikčního deníku?

- a) čas močení
- b) frekvence močení a velikost objemu uniklé moče
- c) frekvence nucení na močení
- d) frekvence vyprazdňování stolice, hlavně obstipace

13. Znáte pojem Kegelovy cviky?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na otázku č. 13 odpověděla „ne“, pokračujte v otázce č. 15

14. K čemu slouží Kegelovy cviky?

- a) k posílení ochablého svalstva pánevního dna
- b) k posílení ochablého zádového svalstva
- c) cviky k posílení ochablého svalstva pánevního dna, které se provádí výhradně ve vodě
- d) cviky k posílení ochablého zádového svalstva, které se provádí výhradně ve stoji

15. Jaké nápoje jsou pro klientky s močovou inkontinencí vhodné?

- a) nápoje s vysokým obsahem kofeinu
- b) alkoholické nápoje
- c) nápoje se sníženým obsahem vitamínů
- d) minerální vody
- e) káva

16. Jaké jsou nevhodné pohybové aktivity pro ženy s močovou inkontinencí?

- a) turistika
- b) plavání
- c) jízda na kole
- d) sporty s poskoky
- e) jóga

17. Vzděláváte se aktivně v problematice močové inkontinence u žen?

- a) ano
- b) ne

18. V případě, že jste u předchozí otázky odpověděla „ano“, uveďte, o jaký zdroj informací nebo vzdělávací akci se jednalo?

- a) konference
- b) seminář
- c) článek v odborném časopise
- d) jiný (prosím, uveďte jaký).....

19. Myslíte si, že máte dostačující informace o močové inkontinenci u žen?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

20. Jaký informační materiál o močové inkontinenci byste uvítala?

- a) odbornou brožuru
- b) odborný seminář
- c) odbornou knihu
- d) besedu
- e) jiný (prosím, uveďte jaký).....

Děkuji za Vaši trpělivost a za čas strávený vyplňováním dotazníku.

Dotazník prosím nechte na Vašem pracovišti, vyzvednu si ho osobně.

Zdroj: vlastní

Příloha č. 3

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 00004 Riziko infekce
- 00016 Porušené vyprazdňování moči
- 00023 Retence moči
- 00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin
- 00047 Riziko porušení kožní integrity
- 00093 Únava
- 00095 Porušený spánek
- 00108 Deficit sebeděže při hygieně
- 00110 Deficit sebeděže při vyprazdňování
- 00126 Deficitní znalost
- 00134 Nausea
- 00148 Strach
- 00155 Riziko pádů
- 00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti
- 00166 Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči
- 00167 Ochota zlepšit sebepojetí

Zdroj: MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1399-3.

Příloha č. 4

MIKČNÍ DENÍK

Datum: _____

Čas vstávání: ____:____

Čas ulehnutí do postele: ____:____

Čas (hh:mm)	Močila (X)	Množství (ml)	Inkon- tinance (X)	Naléhavost (urgence) (X)	Výměna vložky (X)	Přerušeni spánku (X)
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: HALAŠKA, Michael. Urogynekologie. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2272-2.

Příloha č. 5

Obrázek 1: Gynekologické křeslo



Zdroj: vlastní

Obrázek 2: Gynekologické křeslo s urodynamicou



Zdroj: vlastní

Obrázek 3: Křeslo pro uroflowmetrii



Zdroj: vlastní

Obrázek 4: Urodynamická jednotka



Zdroj: vlastní