

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Edukace u pacientek se stresovou inkontinencí moči

Lucie Chrudimská

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Chrudimská**
Osobní číslo: **Z08009**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace u pacientek se stresovou inkontinencí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Studium soudobých poznatků, vyhledání vhodné literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Návrh otázek do dotazníku a jejich konzultace s vedoucím práce.
4. Vyhledání vhodných respondentů a sběr informací.
5. Analýza získaných informací.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. ČIHÁK, R. Anatomie 2. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
2. CHMEL, R. Ženská močová inkontinence- nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
3. JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. KROFTA, L.; FEYEREISL, J. Průvodce ženy s močovou inkontinencí. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2280-4.
5. ZIKMUND, J.; HANUŠ, T. Inkontinence moči u žen. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. ISBN 80-7013-096-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Petrásková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26.4.2012

.....

Lucie Chrudimská

Poděkování

Mé velké poděkování patří Mgr. Evě Petráskové za vedení práce, za její ochotu, čas a užitečné rady. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli s vypracováním této práce a v neposlední řadě také respondentkám, které vyplnily dotazník. Díky patří také MUDr. Evě Vanáčové, která mi pomohla s tvorbou edukačního materiálu.

Děkuji příteli a celé své rodině za podporu a trpělivost během celého mého studia.

ANOTACE

Tato práce je zaměřena na edukaci u pacientek se stresovou inkontinencí moči. V teoretické části rozebírám anatomii a fyziologii močových cest, dysfunkce močových cest a podrobněji se věnuji stresové inkontinenci moči a edukaci. Praktická část obsahuje výzkum, jehož cílem bylo zjistit jak jsou pacientky trpící stresovou inkontinencí edukovány a zda-li nemají v nějaké oblasti mezery. Na základě získaných výsledků byl vytvořen edukační materiál.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stresová inkontinence, močový měchýř, uretra, svaly pánevního dna, edukace

TITLE

Stress incontinence

ANNOTATION

This work is focused on an education concerning female patients with stress urinary incontinence. The theoretical part of this work analyzes anatomy and physiology of a urinary system, dysfunctions of urinary systems and it is devoted in greater detail to stress urinary incontinence and its education. Practical part contains research, whose goal was to find out to what extent were, the patients with stress urinary incontinence educated on the matter, and if they need a help to fill in the blanks concerning this subject. An educational material was created based on acquired results.

KEYWORDS

Stress urinary incontinence, urinary bladder, urethra, muscles of pelvic cavity, education

Obsah

I	Teoretická část	9
1	Základy anatomie a fyziologie dolních močových cest ženy	9
1.1	Močový měchýř (vesica urinaria)	9
1.2	Močová trubice ženy (urethra femina)	9
1.3	Svaly pánevního dna	10
1.3.1	Pánevní dno (diafragma pelvis)	10
1.3.2	Diaphragma urogenitale	11
2	Fyziologie dolních močových cest	12
2.1	Mechanismus kontinence	12
2.2	Mikční cyklus	12
2.2.1	Plnicí fáze mikčního cyklu	12
2.2.2	Vypuzovací fáze mikčního cyklu	13
3	Dysfunkce dolních močových cest u žen	14
3.1	Inkontinence moči	14
3.1.1	Uretrální inkontinence	14
3.1.2	Extrauretrální inkontinence	16
4	Stresová inkontinence	17
4.1	Rizikové faktory	17
4.1.1	Genetické předpoklady	18
4.1.2	Porod	18
4.1.3	Obezita	18
4.1.4	Hysterektomie	18
4.1.5	Nedostatek estrogenů	19
4.1.6	Kouření	19
4.2	Vyšetřovací metody	19
4.2.1	Anamnéza	19
4.2.2	Gynekologické vyšetření	20
4.2.3	Jednoduché funkční testy	20
4.2.4	Zobrazovací metody	21
4.2.5	Vyšetření moči	21
4.2.6	Urodynamické vyšetření	21
4.2.7	Cystoskopie	22
4.3	Léčba stresové inkontinence	23
4.3.1	Konzervativní léčba	23
4.3.1.1	Fyzioterapie	23

4.3.1.1.1 Kinestatické cviky	23
4.3.1.1.2 Gymnastika pánevního dna	24
4.3.1.2 Elektrostimulace	24
4.3.1.3 Farmakoterapie	24
4.3.1.4 Absorpční pomůcky	24
4.3.2 Chirurgická léčba	24
4.3.2.1 Kolposuspenze podle Burche	25
4.3.2.2 Moderní páskové operace	25
5 Edukace.....	27
5.1 Základní pojmy v edukaci	27
5.2 Dělení edukace.....	28
5.3 Základní zásady edukace	29
5.4 Metody edukace:.....	29
5.5 Pomůcky k edukaci	30
5.6 Realizace edukačního procesu	30
II Praktická část	32
1 Výzkumné otázky	32
2 Metodika výzkumu.....	33
3 Analýza dat	34
4 Diskuze	45
5 Závěr	49
6 Soupis použité literatury.....	51
7 Seznam zkratk	53
8 Seznam obrázků	54
9 Seznam příloh	55

ÚVOD

Název mé bakalářské práce zní „Edukace u pacientek se stresovou inkontinencí“. Téma zabývající se edukací jsem si vybrala, protože si myslím, že edukace ve zdravotnictví je klíčová, ale bohužel není ještě zcela automatické se jí v ordinacích zabývat. Téma stresové inkontinence moči (dále SIM) je pro mě zajímavé zejména proto, že se může týkat každé z nás. Myslím, že je tedy důležité, aby ženy věděly o SIM více.

Stresová inkontinence způsobuje ženám velmi nepříjemný hygienický a potažmo i společenský problém. Následky močové inkontinence jsou velkým náparem zejména na psychiku a sebevědomí postižené a výrazně snižují její kvalitu života. Zlepšením edukace a prohloubením podvědomí žen o léčbě a prevenci SIM by se snadno dalo předcházet komplikacím a omezením pacientek v běžném životě. Existuje řada prostředků, které ženu mohou zcela vyléčit nebo alespoň zmírňují nepříjemný dopad SIM, ne vždy jsou však ženy o všem pečlivě informované.

Ve své bakalářské práci se zabývám zejména zjišťováním kvality edukace, u žen, které již trpí stresovou inkontinencí. V neposlední řadě si však myslím, že je třeba klást důraz na edukaci i u žen, kterých se zatím tento problém netýká, aby ve chvíli, kdy se jich týkat začne, věděly co a jak.

CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, jestli se pacientky trpící stresovou inkontinencí močí cítí být subjektivně dobře informované.
2. Zjistit, jestli si zdravotnický personál ověřuje, zda pacientka porozuměla informacím, které jí poskytli.
3. Zjistit, jestli ženám vadí řešit choulostivý problém týkající se kontinence s lékařem – mužem.
4. Zjistit, jestli ženy, které pravidelně používají inkontinenční pomůcky, vědí, že mají nárok na jejich úhradu od pojišťovny
5. Zjistit, jestli ženy, které trpí stresovou inkontinencí, cvičí/cvičily cviky na posílení svalstva pánevního dna.

I Teoretická část

1 Základy anatomie a fyziologie dolních močových cest ženy

Základní funkcí vylučovacího systému je evakuace odpadů metabolických procesů a toxických látek z těla ven ve formě moči. Tento akt zajišťuje v těle udržení stálého vnitřního prostředí, tzv. homeostázy. Do vylučovacího systému patří ledviny a močové cesty, které tvoří ledvinové kalichy, ledvinná pánvička, pravý a levý močovod, močový měchýř a močová trubice (Čihák, 2002)

Moč je čirá, kyselá, zažloutlá tekutina. Specifická hmotnost je asi 1015 – 1024kg/m³. Fyziologicky obsahuje v jiných koncentracích všechny složky krevní plazmy, kromě glukózy, aminokyselin a bílkovin. Nejvíce v ní nacházíme močovinu, kyselinu močovou a amoniak. Denní diuréza je okolo 1 až 1,5 litrů moče za 24hodin (Mourek, 2005).

1.1 Močový měchýř (vesica urinaria)

Za symfysou v malé pánvi je umístěn močový měchýř, kam proudí uretery moč z ledvin. Jedná se o dutý orgán, který slouží jako rezervoár moči před vyprázdněním. Při vyprazdňování zase přispívá svou kontrakcí k vypuzení moči ven. Skládá se ze sliznice, podslizničního vaziva a svalové stěny- detrusoru. Na povrchu je kryt místy serosní vrstvou a jinde vazivem. Při plnění měchýře močí dochází k roztahování stěny při nízkém napětí. Při vyprazdňování naopak dojde k zvýšení intravezikálního tlaku a následně ke kontrakci stěny (m. detrusor) a vypuzení moči. Tato funkce je podpořena inervací močového měchýře vegetativním nervstvem, inervací vláken příčně pruhovaných svalů a CNS (Čihák, 2002 ; Zikmund, 1995).

Fyziologická kapacita močového měchýře je 250-300ml. Dosažením tohoto objemu pocítujeme nucení na močení. Tvar močového měchýře závisí na náplni, stavu svaloviny na stěně, a také na pohlaví a věku člověka. Anatomicky dělíme močový měchýř na 4 části: fundus vesicae, cervix vesicae, corpus vesicae a apex vesicae (Čihák, 2002 ; Krofta a Feyereisl, 2010).

1.2 Močová trubice ženy (urethra femina)

Močový měchýř je spojen s močovou trubicí v místě zvaném ostium urethrae internum. Ženská močová trubice je dlouhá 3 – 4 cm a široká asi 6 mm. Je umístěna za symfysou,

ventrokaudálně před vaginou. Na povrch ústí v místě zvaném ostium urethrae externum mezi malými stydkými pysky (Čihák, 2002).

Její funkce je ovlivněna zevním a vnitřním svěračem močové trubice. Vnitřní svěrač se skládá z hladké svaloviny. Udržuje určité napětí uretery. Zevní svěrač je tvořen příčně pruhovanou svalovinou, čili ho můžeme ovládat vůlí. Tento svěrač je součástí urogenitální membrány. Při vaginálním porodu často dochází k poškození právě tohoto svěrače. Hlavní funkce zevního svěrače je ta, že se okamžitě stáhne, jakmile dojde k zvýšení intraabdominálního tlaku (Krofta, 2010) Uretra leží na vrstvě, skládající se z endopelvické fascie a přední stěny pochvy. Stabilita je umožněna bilaterální fixací k arcu tendineus fasciae pelvis (Martan a kol., 2006).

1.3 Svaly pánevního dna

Pánevní východ není uzavřen. Uzavření je opatřeno svaly. Perineum (poševní hráz) nese váhu pánevních orgánů. Podílí se také na jejich fixaci, odpružení a uzávěru. Zejména kvůli funkci podílející se na uzávěru dutých tubicovitých orgánů procházejících tímto místem, jsou svaly pánevního dna velice významné ve spojitosti s kontinencí. Svalové pánevní dno je tvořeno dvěma přepážkami: diafragma pelvis a diafragma urogenitale. Oba tyto svalové komplexy jsou kryty pánevními fasciemi (Dylevský, 2009).

1.3.1 Pánevní dno (diafragma pelvis)

Typický je tvar nálevky, která odstupuje od pánevních stěn. Vrchol má kaudálně obrácený k rektu. Vpředu a na bocích zde nacházíme m. levator ani a dorzolaterálně m. coccygeus (Dylevský, 2009).

Musculus levator ani

Jde o plochý sval umístěný za stydkou sponou. Je to hlavní část pružného pánevního dna. Hlavní funkcí je svírat duté orgány a zdvihat konečník i pánevní dno. Inervován je pomocí plexus sacralis. Mediální úseky vpravo i vlevo obkružují štěrbinu, kterou prochází u žen močová trubice, pochva i konečník. M. levator ani dělíme ještě na pars iliaca a pars pubica (Dylevský, 2009).

Musculus coccygeus

Tento sval dorzolaterálně doplňuje diafragma pelvis. Jedná se o svalové snopce uložené v ligamentu sacrospinale. Hlavní funkcí je táhnout kostrč ventrálně. Vrací ji zpět například při porodu nebo po defekaci. Inervován je také z plexus sacralis (Dylevský, 2009).

1.3.2 Diaphragma urogenitale

Trojúhelníková ploténka umístěná mezi dolními raménky stydké a sedací kosti. Je umístěna kaudálně od m.levator ani, čili zesiluje pánevní dno ventrálně- v místě největšího zatížení. Diaphragma urogenitale se skládá z m. transversus perinei profundus et superficialis, m. sphincter urethrae, m. ischiocavernosus a m. bulbospongiosus. V kontextu námi probíraného tématu je zde asi nejvýznamnější částí m. sphincter urethrae, který fixuje močovou trubici a pochvu, současně uzavírá močovou trubici (Dylevský, 2009).

2 Fyziologie dolních močových cest

2.1 Mechanismus kontinence

Přirozeně je vyšší tlak ve stěně uretry než tlak ve stěně močového měchýře. To je základní předpoklad k udržení moči. Tyto podmínky musí být splněny i v případě, že provádíme nějakou činnost, při které dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku. Pouze tehdy člověk udrží moč. Pro zajištění kontinence je velice důležitá koordinace činnosti detrusoru a uretry. Další podíl na kontinenci má stav svaloviny svěrače na vnitřním ústí uretry. Nejedná se o svěrač, ale strukturálně je zde spíše převaha longitudinálních pruhů. Významná je zde tedy přítomnost velkého množství elastických fibril v cervixu vesicae a proximální části uretry. V neposlední řadě má svou roli při kontinenci m. sphincter externus, který udržuje napětí, zejména při zvýšení intraabdominálního tlaku působícího na močový měchýř. Velice důležitým aspektem pro kontinenci je normální funkce příčně pruhovaných svalů v malé pánvi- m. levator ani, urogenitální membrána a také fascie pánevní (Čihák, 2002).

2.2 Mikční cyklus

Mikční cyklus (příloha A) je proces, který umožňuje vyloučení moči z těla ven. Je to cyklus, který je umožněn souhrou několika na sebe navazujících jevů. Dělí se na dvě základní fáze (Mourek, 2005).

2.2.1 Plnicí fáze mikčního cyklu

Pro tuto fázi je typické hromadění moči v močovém měchýři. V tuto chvíli tedy hovoříme o močovém měchýři jako o rezervoáru moči. V průběhu této fáze se močový měchýř plní močí, která přitéká močovody. Intravezikální tlak v této době stoupá fyziologicky jen velice nepatrně. Jak se postupně měchýř plní, dochází k uvolnění svaloviny měchýře a jeho roztahování. Svalovina močové trubice a svaly pánevního dna se naopak stahují. Předpokladem kontinence je, jak již bylo řečeno, vyšší intrauretrální tlak než tlak intravezikální. Po překročení fyziologické kapacity měchýře se dostaví pocit nucení na močení. Podněty jdou do mikčního centra. U dětí dochází při určité náplni automaticky ke kontrakci detrusoru a následnému vyprázdnění močového měchýře. Později dochází vlivem výchovy a postupnou myelinizací k tlumení mikčního centra vyšším nervovým centrem. Mikční centrum je inhibováno sympatikem. Mikci lze tedy do jisté míry vědomě ovlivňovat (Krofta, Feyereisl 2010; Zikmund, Hanuš, 1995).

2.2.2 Vypuzovací fáze mikčního cyklu

Je-li vhodná doba k vyprázdnění dojde k vyvolání mikce. Proprioreceptivní podněty z močového měchýře jsou vedeny nn. pelvici přes zadní míšní provazce do mozku, kde dojde k zrušení inhibice mikčního centra a tím dojde k umožnění vyprázdnění moči. Bezprostředně před mikcí dojde k uvolnění svaloviny močové trubice a svalů pánevního dna. Zároveň dochází ke kontrakci detrusoru močového měchýře a vědomému stažení břišní stěny. Působením břišního lisu výrazně stoupá intraabdominální tlak. Dojde k otevření vnitřního ústí uretery (ostium urethrae internum). Působením mikčního tlaku dochází k odtoku moči z těla ven. V této chvíli dochází k poklesu intrauretrálního tlaku a na druhé straně růstu intravezikálního tlaku. Moč vytéká z těla ven přes ostium urethrae externum. Toto trvá až do úplného vyprázdnění měchýře. Na konci vypuzovací fáze dojde k opětovnému stažení svalstva pánevního dna a svaloviny močové trubice. Tok moči je v této chvíli přerušen a zbytky v močové trubici se vracejí do močového měchýře (Zikmund, Hanuš, 1995).

3 Dysfunkce dolních močových cest u žen

Poruchy funkce dolních močových cest se mohou týkat jak shromažďování moči, tak i jejího vyprázdnění. Jedná se tedy o inkontinenci nebo o retenci. Příčin zde může být více. Často se jedná o poruchu kontrolní nervové činnosti, jindy je zde přítomna porucha detruzoru, výjimečná není ani porucha psychogenního rázu. Souhrnně se jedná o neuromuskulární dysfunkce. Problémem se zabývá Mezinárodní společnost pro inkontinenci (International Continence society) (Zikmund a Hanuš, 1995).

3.1 Inkontinence moči

Inkontinence moči je nechtěný únik moči. Pro ženu toto znamená více než zdravotní potíže sociální problém, protože nedokáže vyprazdňování moči řídit a mít jej tak pod kontrolou. Často tento stav pro pacientku znamená velký stres.

Příčin a dělení se v literatuře objevuje hodně. Zjednodušeně dělíme inkontinenci takto (Martan a kol., 2006):

Uretrální inkontinence:

stresová inkontinence

urgentní inkontinence

reflexní inkontinence

paradoxní inkontinence

Extrauretrální inkontinence

kongenitální

získaná

3.1.1 Uretrální inkontinence

Moč uniká dolními močovými cestami. Evakuace moči tedy probíhá přirozenou cestou ovšem nekontrolovatelně. Do této skupiny patří drtivá většina pacientek trpící inkontinencí. Rozlišujeme několik druhů uretrální inkontinence (Krofta a Feyereisl, 2010):

Stresová inkontinence

Pasivní unik moči močovou trubicí při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku (kašel, smích, chůze, zvedání břemene apod.) (Zikmund, Hanuš, 1995). Tímto druhem inkontinence se budeme podrobně zabývat v další kapitole.

Urgentní inkontinence

Poměrně častá forma inkontinence. Charakterizuje ji časté, náhlé a neovladatelné nucení na močení, které končí únikem většího množství moči. Toto je způsobeno křečovitými stahy svalstva močového měchýře (Chmel, 2010).

Je nutné rozlišovat urgentní a fyziologické nucení na močení. Fyziologické přichází pozvolna a lze mu odolat. Urgentní je náhlé a často mu odolat nelze (Krofta a Feyereisl, 2010).

Odborníci v poslední době zastávají názor, že pojem urgentní inkontinence je nepřesný. Ne vždy mají pacientky příznaky v plné šíři. Není pravidlem, že vždy při imperativním dráždění dojde k samotnému úniku moči. Z tohoto důvodu se v současné době hovoří spíše o hyperaktivním močovém měchýři s inkontinencí nebo bez inkontinence (Chmel, 2010).

Patofyziologicky bývá urgentní inkontinence způsobená velkým množstvím senzoryckých impulsů z receptorů ve stěně močového měchýře. Další příčinou může být také nedostatečná inhibice mikčního reflexu (Martan a kol., 2006).

Velmi často ženy trpí tzv. smíšenou inkontinencí. Jedná se o kombinaci inkontinence stresové s urgentní (Krofta a Feyereisl, 2010).

Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence je následkem nějakého neurologického postižení. Objevuje se u pacientů s neurologickým onemocněním nebo s poraněním mozku a míchy. Vzniká v případě, že mozkové struktury ztrácí schopnost inhibice močového reflexu. Dochází zde tedy k reflexnímu vyprázdňování moči podobně jako tomu je u kojenců (Chmel, 2010).

Paradoxní inkontinence

Zpočátku se projevuje neúplným vyprázdněním měchýře a zvyšováním postmikčního rezidua (zbytek moči v močovém měchýři po vyprázdnění). Důsledkem zvyšování rezidua dochází k nadměrnému rozšíření svaloviny močového měchýře. Zvyšuje se jeho kapacita a současně dochází k oslabení jeho stažitelnosti. Zvyšuje se potřeba zapojit břišní lis při močení. V nejhorším případě dochází k samovolnému odkapávání moči (Chmel, 2010).

K paradoxní ischurii může docházet dočasně, a to i v mládí- například při zánětu. Závažnější stav je trvalý, zejména po menopauze- při poklesu dělohy a poševních stěn, nebo při porušení motorického neuronu- postoperačně nebo při traumatu (Zikmund, Hanuš, 1995).

3.1.2 Extrauretrální inkontinence

Moč zde uniká jinou než přirozenou cestou. Časté jsou stavy po operacích v malé pánvi nebo na vnitřních pohlavních orgánech ženy, tedy jedná se o získanou extrauretrální inkontinenci. Patologicky dojde ke vzniku komunikace mezi močovým měchýřem nebo močovodem a pochvou- píštěl (fistula). Pokud je fistula větších rozměrů, může moč unikat neustále a ve velkém množství. Tento druh inkontinence je poměrně vzácný (Krofta, Feyereisl, 2010). Do této skupiny patří také vrozené vývojové vady močopohlavní soustavy- neboli kognitivní extrauretrální inkontinence (Krofta, Feyereisl, 2010).

4 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je stav, kdy nechtěně uniká moč močovou trubicí a kdy intravezikální tlak překoná intrauretrální tlak. Nárůst tlaku v močovém měchýři ovšem nemůže být způsoben činností vlastní svaloviny močového měchýře. Inkontinence je spojena s fyzickou námahou- čili dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku. Velmi často je žena inkontinentní například při kýchnutí, kašli, běhu, skoku nebo při zvedání břemen (Krofta, Feyereisl, 2010). Působení intraabdominálního tlaku způsobí, že tento tlak zvýší tlak na močový měchýř tak, že poté intravezikální tlak překoná tlak v uretře a dojde k úniku moči. Jakmile dojde k úniku, žena je schopna močení zastavit stahem pánevního dna, ovšem pozdě (Zikmund, Hanuš, 1995). Podle ICS: „*Stresovou inkontinencí se rozumí mimovolná ztráta moči, při které $p_{ves} > p_{ura,max}$ bez současné kontrakce detruzoru*“ (Martan a kol., 2006, s.35).

Stresová inkontinence je způsobena nedostatečností uzavíracího mechanismu hrdla močového měchýře a močové trubice. Toto může být způsobeno nadměrnou pohyblivostí hrdla močového měchýře nebo slabostí sfinkteru uretry (ISD- Intrinsic Sphincter Deficiency). Únik moči je spojen s fyzickou aktivitou a před samotným únikem moči se nedostavuje pocit nucení na močení, čili žena nemůže úniku zabránit, i kdyby chtěla (Chmel, 2010).

Příčinu nelze často velmi přesně určit, inkontinence bývá multifaktoriální. K tomu je třeba přihlídnout při volbě terapie. V populaci se tato funkční porucha vyskytuje poměrně často.

Stresová inkontinence se dělí na 3 stupně závažnosti (Chmel, 2010):

- I. stupeň (lehká forma) - inkontinence při velkém zvýšení intraabdominálního tlaku; např. při kašli, kýchnutí
- II. stupeň (střední forma) - inkontinence již při nižším vzestupu intraabdominálního tlaku; např. při chůzi, domácích pracích
- III. stupeň (těžká forma) - inkontinence téměř neustále, i po minimální námaze

4.1 Rizikové faktory

Na vzniku a rozvoji stresové inkontinence se podílí velká řada rizikových faktorů. Jak již bylo řečeno, je zde zapotřebí vzít v potaz celou řadu možných rizikových faktorů, málokdy vznikne tento patologický stav pouze z jedné příčiny. Není na místě zaměřit se na jednu oblast, ale je nutné pacientku léčit komplexně. Důležitou roli zde hraje i prevence. Pro většinu patientek trpících stresovou inkontinencí moči však platí, že je u nich přítomna zvýšená

mobilita uretrovezikálního spojení, způsobená chabostí pánevního dna nebo fixačních vazů. Uretra tedy v tomto případě poklesá dozadu, zkracuje se a současně se její vnitřní ústí dostává do místa maximálního intravezikálního tlaku.

4.1.1 Genetické předpoklady

Většina funkčních poruch přímo souvisí s naší genetickou výbavou. Ani stresová inkontinence není výjimkou. Vyskytl-li se tento problém v rodině, je velice pravděpodobné, že se vyskytne znovu. Ovšem není to zcela striktně dáno (Chmel, 2010).

4.1.2 Porod

Příčinou chabosti pánevního dna a porušené fixace vazů je velmi často poševní porod. Během porodu dochází k drobným poraněním v oblasti malé pánve. Porod jako takový většinou sám o sobě stresovou inkontinenci nevyvolá. Další složky, které se podílí na udržení intrauretrálního tlaku, stačí. Ovšem v pozdějším věku (zejména po klimakteriu) dochází zejména vlivem hormonálních změn k poklesu intrauretrálního tlaku až do té míry, že může docházet k nechtěným únikům moči při námaze. Souvislost porodů a vzniku stresové inkontinence je zřejmá. Málokdy se setkáme s pacientkou trpící stresovou inkontinencí, aniž by to nebyla alespoň jednou rodící žena. Uvádí se, že je zde patrná jakási přímá úměra, tedy čím více porodů, tím větší pravděpodobnost vzniku a rozvoje stresové inkontinence. Pravděpodobnost vzniku stresové inkontinence se taky zvyšuje tím, čím vyšší je porodní váha dítěte (Chmel, 2010).

4.1.3 Obezita

Tato dnes bohužel velmi rozšířená civilizační choroba bohužel nepříznivě ovlivňuje náš zdravotní stav a nejinak tomu je i v otázce stresové inkontinence. Vlivem velkého množství tuku v břiše dochází k zvyšování intraabdominálního tlaku více, než je obvyklé. Trvalý tlak způsobuje rozpohybování hrdla močového měchýře, a proto je zde zaděláno na vznik stresové inkontinence. Setkáváme se i s názorem, že pokud stresová inkontinence je ještě na počátku, lze ji téměř odstranit pouhým snížením váhy (Chmel, 2010).

4.1.4 Hysterektomie

Stav po hysterektomii je velkým předpokladem pro vznik stresové inkontinence. Z anatomického hlediska je močový měchýř ze zadu přirostlý k děloze. Logicky po odstranění dělohy dochází k poklesu močového měchýře a zvýšení jeho pohyblivosti (Chmel, 2010).

4.1.5 Nedostatek estrogenů

Ohrožující stav je z hlediska nedostatku estrogenů zejména v období laktace a po menopauze. Snížená hladina estrogenů způsobuje urogenitální atrofii. V případě období laktace se jedná o přechodný stav (Chmel, 2010).

4.1.6 Kouření

Kouření ovlivňuje vznik močové inkontinence přímo i nepřímo. Přímo hovoříme o stimulačním efektu nikotinu, který způsobuje, že se svalovina močového měchýře častěji stahuje. Nepřímé ovlivnění spočívá v tom, že předpokládáme u kuřáků chronický kašel. Dlouhodobě ovlivňuje močovou inkontinenci časté kašláni (Chmel, 2010).

4.2 Vyšetřovací metody

Správný postup léčby lze určit jen po pečlivém vyšetření a zjištění příčin vzniku onemocnění. U stresové inkontinence tomu není jinak. Do vyšetřovacích metod zde patří anamnéza, gynekologické vyšetření, nejrůznější funkční testy, zobrazovací metody a laboratorní vyšetření.

4.2.1 Anamnéza

Velmi důležitou součástí vyšetření je sběr anamnézy. Lékaře zajímá rodinná anamnéza, osobní, porodnicko-gynekologická, urologická a určitě také sociální a pracovní. Samotná inkontinence je vlastně základním údajem v anamnéze. Musíme si totiž uvědomit, že samotná inkontinence není nemoc, ale pouze příznak (Martan, 2006).

Rodinná anamnéza nás zajímá zejména v otázce genetických předpokladů pro vznik inkontinence. Osobní hlavně kvůli prodělaným porodům, operacím, zajímají nás také léky, které žena užívá apod. Nejméně důležitá je i sociální a pracovní anamnéza, která nám vypoví o životním stylu pacientky, zátěži apod. (Zikmund, Hanuš 1995).

Sběr anamnézy je důležitým momentem, kdy lékař s pacientkou navazuje kontakt. Vzhledem k tomu, že inkontinence je poměrně citlivý problém, je zde důležité, aby si lékař získal pacientčinu důvěru.

K zajištění objektivnosti sdělení pacientek se někdy využívá různých pomůcek. Jde například o různé dotazníky- například Gaudenzův, kvalitu života pacientky lze zase zjistit prostřednictvím dotazníku QOL (Quality of life). Významnou pomůckou je i mikční deník (viz příloha B). Speciální karta, do které si pacientka zapisuje údaje o příjmu tekutin, mikci a inkontinenci během celého dne (Martan, 2006).

4.2.2 Gynekologické vyšetření

Lékař provádí vyšetření v zrcadlech a palpační vyšetření. Zrcadly kontrolujeme poševní sliznici. Všimáme si píštělí, jizev, ruptur. Sledujeme zevní ústí uretry a poševní stěny. Palpačně vyšetřujeme hrdlo dělohy a dělohu- zejména její velikost a uložení, dále také uretrovezikální spojení, stav pánevního svalstva a hráze. Vyšetřujeme jak v klidu, tak i při zatlačení. (Hanuš, Zikmund 1995) K vyšetření používáme i kalibrační sondy. Důležitá je velikost sondy, kterou když vytahujeme, tak nedochází k odporu. Uvádí se, že fyziologicky je minimální průsvit 24 Charr. (Martan, 2006).

4.2.3 Jednoduché funkční testy

Funkci dna pánve lze posoudit pomocí jednoduchých funkčních testů, které jsou součástí gynekologického vyšetření.

Marshallův test

Jedná se o klinický test, při kterém naplníme pacientce močový měchýř přibližně 200ml tekutiny a zkusíme, zda-li odtéká moč poté, co pacientku vyzveme ke kašli. Pokud lékař zdvihne prsty parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak ani při zakašlání nedojde k úniku moči (Martan, 2006)

Q-tip test

Q-tip test je test vypovídající o mobilitě spojení mezi močovým měchýřem a uretrou. Vyšetření je prováděno za pomoci pevné cévky nebo navlhčené vatové štětičky, která je zavedena do uretry. Pacientka je posléze vyzvána k zatlačení. Při normálním stavu se štětička nebo cévka téměř nepohne. Při uvolnění utertrovezikálního spojení se nástroj pohybuje směrem vzhůru (Zikmund,Hanuš 1995).

Pad-weight test

Tento test spočívá ve vážení vložek během jedné hodiny. Nárůst hmotnosti vložek svědčí o míře inkontinence.

Nejprve zvážíme vložku před použitím. Poté si pacientka vezme vložku a vypije v krátkém čase 500ml tekutiny v sedě. Po vypití tekutiny vyzveme pacientku, aby chodila alespoň 30minut klasickou chůzí včetně chůze na schodech. Poté následuje cvičení, které by mělo být provedeno za 15minut. Je zde zahrnuto několik jednoduchých cviků a úkonů- stoj ze sedu, kašel, běh na místě, zvedání předmětů ze země, mytí rukou v proudící vodě apod. Po skončení

testu znovu zvážíme vložku. Výslednou váhu vložek hodnotíme dle klasifikace testu. Obdobně lze testovat váhové přírůstky i v delším časovém intervalu (Martan, 2006).

4.2.4 Zobrazovací metody

Dříve bylo hojně užíváno radiologické metody řetízkové boční uretrocystografie. Vypovídala o patologiích v okolí uretry a močového měchýře. Později se ukázalo, že toto vyšetření příliš nevypovídá o stresové močové inkontinenci, někde je však ještě stále součástí komplexního urogynekologického vyšetření. Při vyšetření je močový měchýř naplněn 200ml kontrastní látky a do uretry je zaveden řetízek. Poté je proveden jeden boční snímek v klidu a druhý při zatlačení (Martan, 2006).

Dnes se spíše preferuje ultrazvukové vyšetření. Nejen že je vyšetření šetrnější pro pacientku, ale lze ho provádět častěji a lépe vypovídá o stavu. Nejčastěji sledujeme postmikční reziduum, paravaginální defekt, pozici a mobilitu uretry, hrdla a baze močového měchýře apod. V některých komplikovanějších případech se využívá také možnosti MRI (Martan, 2006).

4.2.5 Vyšetření moči

Vyšetření moči by mělo být samozřejmou součástí urogynekologického vyšetření. K vyšetření je používán střední proud moči. Moč se vyšetřuje testovacím proužkem, dále je prováděna kultivace a vyšetření sedimentu (Krofta, Feyereisl, 2010).

4.2.6 Urodynamické vyšetření

Jde o soubor vyšetření prováděných na speciálním pracovišti se speciální technikou. Tímto komplexním vyšetřením získáváme informace o mechanismu močení z hlediska morfologie, hydrodynamiky a fyziologie dolních močových cest.

Cystometrie

Cystometrie je nejčastěji používaným urodynamickým vyšetřením. Při cystometrii je měřen tlak v močovém měchýři pomocí speciální cévky, která je zavedena do měchýře transuretrálně. Speciální katétr s dvojitým lumen současně naplňuje močový měchýř tekutinou a snímá přítomný tlak. Cystometrie zkoumá vztah mezi objemem močového měchýře, tlakem v měchýři a intraabdominálním tlakem. Zajímáme se o subjektivní pocity pacientky při vyšetření- např. první pocit nucení k močení, maximální kapacita močového měchýře apod. Fyziologicky při plnění nestoupá tlak v měchýři lineárně s velikostí naplnění.

Cystometrie spolehlivě vypovídá o neurologickém stavu svaloviny močového měchýře (Zikmund a Hanuš, 1995).

Uretrální tlakový profil

Při tomto vyšetření měří lékař speciálním katétrek tlak po celé délce uretry v klidu a současně snímá tlak uvnitř močového měchýře a vzájemně porovnává jejich hodnoty. Porovnání tlaků je významné především při hodnocení hodnot před a po operačním výkonu. Obdobně je prováděn stresový profil, kdy je při zpětném pohybu cévky pacientka vyzvána ke kašli. Z grafického záznamu hodnot je patrné, pokud dojde k převýšení tlaku v močovém měchýři vůči intrauretrálnímu tlaku, že se jedná o stresovou inkontinenci (Martan a kol. , 2006).

Uroflowmetrie

Hodnotíme objem tekutiny z uretry za jednotku času (ml/sec). Hodnoty lze měřit kontinuálně nebo intermitentně. Objem tekutiny, který zůstane po mikci v měchýři nazýváme reziduální objem (Martan a kol., 2006).

Fyziologická křivka získaná při vyšetření je charakterizována prudkým vzestupem, poté maximálními objemy a následně pomalejším poklesem. Celkový čas mikce je průměrně okolo 20 vteřin. Patologická křivka je více plochá a celkový čas mikce je delší (Zikmund, Hanuš, 1995).

Elektromyografie

Během tohoto vyšetření zkoumáme elektrické potenciály, které vznikají depolarizací příčně pruhovaných svalů pánevního dna. Potenciály jsou snímány elektrodami (Martan a kol., 2006).

4.2.7 Cystoskopie

Jde o vyšetření močového měchýře zavedenou optikou. Hlavním důvodem, proč se provádí cystoskopie v souvislosti se stresovou inkontinencí, je vyloučení přítomnosti nádoru (Chmel, 2010).

4.3 Léčba stresové inkontinence

Vzhledem k tomu, že stresová inkontinence je zapříčiněna velkým množstvím faktorů, je třeba k léčbě přistupovat komplexně. Jako u většiny léčebných postupů i zde platí zásada, že se problém snažíme vyřešit nejprve konzervativně a teprve až v případě selhání volíme chirurgické řešení.

4.3.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčbou je obecně myšlen postup, který nevyžaduje chirurgický zásah do těla. V otázce léčby stresové inkontinence je poměrně široké spektrum konzervativních postupů. Je možné využít farmakoterapie, ale i fyzioterapie, elektrostimulace atp.

4.3.1.1 Fyzioterapie

Nedílnou součástí řešení problému stresové inkontinence je správně prováděná fyzioterapie. Jedná se o soubor cviků zejména na posílení svalstva pánevního dna. K příznivému vlivu fyzioterapie je podmínkou, aby byla pacientka dobře edukována, jak cviky provádět. Sestra pracující v urogynekologické ambulanci by měla být schopná pacientkám postupy vysvětlit, v ideálním případě by měly pacientky mít možnost konzultace s fyzioterapeutem (Krofta, Feyereisl, 2010).

Cílem cvičení cviků na posílení pánevního dna je vědomé stahování příslušných svalových partií. Před volbou správných cviků je potřeba, aby lékař (případně fyzioterapeut) řádně vyšetřil pacientku a zjistil, v jakém stavu svaly jsou a na základě toho vybral nejvhodnější postup. Nevhodnou formou cvičení se může stav zhoršit. Rehabilitace svalstva PD je účinná léčba SIM. Podle doporučení ICS (International Continence Society) by měla být první volbou lékaře při léčbě inkontinence. Nejsou zde žádné nežádoucí účinky, ale vyžaduje dobrou spolupráci se zdravotnickým personálem, trpělivost a aktivitu ze strany pacientky (Krofta, Feyereisl, 2010 ; Sestra 1/2008).

4.3.1.1.1 Kinestatické cviky

Mezi jednotlivé cviky na posílení pánevního dna patří řada různých typů posilování. Některá lze provádět denně jako součást rutiny všedního dne- kinestatické cviky.

Patří sem tzv. napínací cviky, kdy se pacientka snaží udržet v pochvě nějaký předmět, který se snaží mírným tahem vytahovat nahoru. Existují speciální pomůcky (viz příloha C), postačí však klidně i obyčejný tampon. Další metodou, která spadá pod cviky na posílení pánevního dna, je tzv. přerušovaná mikce. Jde asi o nejjednodušší postup jak dané partie procvičovat.

Žena se během mikce soustředí a přerušuje spontánní močení. Tento způsob je nejlepší jak si uvědomit, jaké svalové skupiny máme na mysli, hovoříme-li o svalech pánevního dna. Mezi další skupinu cviků, které může žena kdykoli a kdekoli cvičit je němá gymnastika. V libovolné poloze může žena zatínat a povolat svaly pánevního dna. Stah a povel by měly být v poměru 1:1 (Krofta, Feyereisl 2010).

4.3.1.1.2 Gymnastika pánevního dna

Větší soustředění vyžaduje gymnastika pánevního dna. Do speciální gymnastiky patří jednotlivé cviky, tzv. Kegelovy cviky, které slouží k obnově ochablých svalů. Gymnastika pánevního dna má význam pouze tehdy, když je svalstvo schopno alespoň minimální aktivity. Pokud tomu tak není, je nutné, aby pacientka zlepšila stav svých pánevních svalů nejprve výše zmíněnými kinestatickými cviky (Krofta, Feyereisl 2010 ; Sestra 4/2010).

4.3.1.2 Elektrostimulace

Elektrostimulace je využíváno zejména v případech, kdy svalstvo pánevního dna není téměř nebo vůbec schopno kontrahovat. Z vaginálního přístupu jsou svaly stimulovány elektrickými impulsy (Krofta, Feyereisl 2010).

4.3.1.3 Farmakoterapie

Na základě pečlivého zhodnocení stavu volí lékař vhodnou farmakologickou léčbu. V případě stresové inkontinence je farmakoterapie spíše doplňkovým terapeutickým postupem. Úspěšnost léčby stresové inkontinence se připisuje spíše fyzioterapii a chirurgickému řešení. Farmakoterapie je tedy využívána především u žen, u kterých z nějakého důvodu není vhodné provést chirurgický výkon (Krofta, Feyereisl 2010).

4.3.1.4 Absorpční pomůcky

Absorpční pomůcky nejsou součástí konzervativní léčby, ale spíše mírní dopad projevů stresové inkontinence. Výrazně usnadňují pacientce trpící stresovou inkontinencí život, jak z hygienických, tak z psychických důvodů. K dispozici jsou pro pacientky produkty od různých firem. Při volbě vhodných pomůcek by měl být nápomocen jak lékař, tak sestra (Krofta, Feyereisl 2010).

4.3.2 Chirurgická léčba

Jak již bylo řečeno, vždy je lepší, dá-li se problém vyřešit konzervativním způsobem. V případě stresové inkontinence platí, že pokud je správně zvolený operační postup a operace

je perfektně provedena a neobjeví se žádné komplikace, jde o ideální řešení. Cílem je navrátit ženě kontinenci v plné míře. Ve spojitosti s chirurgickým řešením stresové inkontinence je potřeba zmínit důležitost dodržování pooperačním doporučení. Jde zejména o dodržování určité životosprávy a vyvarovat se příbytku na váze a eliminovat nadměrnou fyzickou zátěž v pooperačním období. (Chmel, 2010)

4.3.2.1 Kolposuspenze podle Burche

V minulosti byla dlouhou dobu tato metoda považována za jedinečnou a bylo jí hojně využíváno. Jedná se o pružný závěs hrdla močového měchýře podle Johna Burche. Výkon je prováděn v celkové anestezii, klasickým laparotomickým řezem (Chmel, 2010).

4.3.2.2 Moderní páskové operace

Velmi jednoduché, efektivní a bezpečné chirurgické řešení inkontinence přichází v roce 1996 ve formě páskových operací. Synteticky vyráběné pásky jsou ukládány do těla ženy retropubicky. Pozorování potvrdilo, že podle dlouhodobých výsledků je tento typ operací efektivnější, než kolposuspenze. Páska je vyrobena z polypropylenového vlákna, které je spleteno do sítě s mřížkami. Díky těmto mřížkám je obecně páska velmi dobře snášena, protože prorůstá vlastní tkání, čímž dochází k obalení a nedráždí okolí. Páska se k tkáním nemusí přišívát, svým speciálním povrchem ke tkáním zcela přilne (obdobně jako tzv. „suchý zip“) a během poměrně krátké doby zaroste (Chmel, 2010; Krofta, Feyereisl 2010).

TVT operace

Prvním typem moderních páskových operací je TVT (tension-free vaginal tape) operace. Jedná se o pásku, která je volně umístěna pod uretrou. Páska je zaváděna malým řezem na přední poševní stěně. Zavedení je provedeno pomocí dvou jehel, ke kterým je připojena páska. Umístěním pásky na správné místo je docíleno toho, že močová trubice si na pásku sedne a je díky ní fixována a zároveň správně odpružena. Úspěšnost operace z hlediska následné kontinence je uspokojivá. Uvádí se, že je úspěšná v 90% případů. Vzhledem k tomu, jakým směrem jsou jehly s páskou vedeny, je zde relativně vysoké riziko poranění močového měchýře (Chmel, 2010).

TOT operace

TOT operace, jinak řečeno transobturatorní zavedení pásky, je obdobou TVT operace s tím rozdílem, že je páska jehlou do těla zavedena přes foramen obturatorium (otvorem v pánvi mezi sedací a stydkou kostí). Jednoduše řečeno TOT operace se provádí stejným řezem jako

TVT, ale jehly jsou vedeny bočně. Hlavní výhodou tohoto přístupu tedy je, že jehly prakticky nemají možnost poranit močový měchýř, čímž se tato operace stává mnohem bezpečnějším, tudíž preferovanějším postupem. Jde o miniinvazivní výkon, který je vysoce efektivním a bezpečným řešením stresové inkontinence (Chmel, 2010).

5 Edukace

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

Pojem edukace vznikl z latinského slova educio (educare), jehož význam je „vést vpřed“ nebo „vychovávat“. Jde tedy o výchovu a vzdělávání jedince, přičemž se tyto dvě složky edukace vzájemně prolínají a doplňují. Edukací obecně rozvíjíme vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti jedince, které jsou zhodnotitelné podle úrovně a kvality vzdělanosti jedince (Juřeníková, 2010).

Hlavním cílem edukace ve zdravotnictví je rozvíjení poznatků, schopností, hodnot, postojů, citů a chování člověka. To vše je potřebné pro dosažení efektivní péče o sebe samotného i v případě zhoršeného zdravotního stavu. Je důležité edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké. Nesmíme zapomínat, že každý klient má v každém zdravotnickém zařízení právo na edukaci a informace (Sestra 2/2009).

5.1 Základní pojmy v edukaci

Jedinec, který řídí výchovu a vzdělávání ostatních se odborně nazývá EDUKÁTOR (učitel). Ten, jehož se edukační proces týká, kdo je vzděláván a vychováván, je EDUKANT (žák). Každá edukace se řídí plány, standarty a zákony, které ovlivňují, do jaké míry bude proces edukace kvalitní. Těmto dokumentům souhrnně říkáme EDUKAČNÍ KONSTRUKTY. Důležitou roli v edukačním procesu hraje i EDUKAČNÍ PROSTŘEDÍ. Jde o místo, kde edukátor vyučuje své edukanty (Juřeníková, 2010).

Význam edukace ve zdravotnictví je velký. Měla by být součástí komplexní péče o každého pacienta. Přispívá ke zdraví jako důležitý a nenahraditelný prostředek prevence. Dále má svou roli v poučování pacientů o správném dodržování léčebného režimu. Díky edukaci tedy lze zcela předcházet zdravotním komplikacím, zmírňovat jejich dopad nebo se prostřednictvím ní navrátit ke zdraví. Významnou roli hraje edukace i v otázce zvýšení kvality života. Edukaci ve zdravotnictví nejčastěji provádí sestra (Juřeníková, 2010).

5.2 Dělení edukace

Podle způsobu a zaměření edukace dělíme tento proces na následující druhy:

Základní edukace

Jedná se o proces, kdy sdělujeme klientovi nové věci. Edukujeme ho poprvé, tedy všechny informace jsou pro klienta neznámé. Jedná se především o edukaci u nově diagnostikovaných pacientů.

Reedukace

Edukační proces, kdy navazujeme na již probraná témata. Vědomosti dále prohlubujeme a opakujeme ty, které jsme již s klientem dříve probrali.

Komplexní edukace

Pod tímto pojmem se skrývá celkové poučení o daném problému od základních informací až po ty rozšířené. O tomto druhu edukace lze hovořit nejčastěji ve spojitosti s různými kurzy (Juřeníková, 2010).

Další dělení je z hlediska působení:

Nedeterminovaná skupina

Obecná edukace všech lidí, i těch, kterých se daný problém přímo netýká. Zvyšování podvědomí lidí o nějakém konkrétním problému. Např. reportáž v televizi týkající se stresové inkontinence.

Determinovaná skupina

Edukace všech, které spojuje něco společného, čeho se edukace týká (např. leták pro pacientky se stresovou inkontinencí).

Cílová uživatelská skupina

Skupina, které je edukace přichystána na míru. Lze zde hodnotit efekt. Např. situace, kdy sestra edukuje pacientku osobně (Juřeníková, 2010).

5.3 Základní zásady edukace

Učivo by mělo být uceleno v edukačním programu nebo v osnově, podle které je proces edukace řízen. Vědomosti a dovednosti získané během edukace by měl klient umět aplikovat v běžném životě.

Kvalita edukace je podmíněna několika faktory. Důležitou roli v kvalitě edukace hraje nejen osobnost edukanta, ale i edukátora. Edukant musí být vhodně motivován k edukaci a edukátor musí volit správné komunikační prostředky. V komunikaci během edukace využíváme prostředků verbální i nonverbální komunikace. Měli bychom dbát na jednoduchost a stručnost sdělení a na názornost ukázek. Nepoužíváme odborné termíny, snažíme se hovořit s edukantem laicky. Při verbální komunikaci uplatňujeme různé zvukové prostředky a mluvíme tak, abychom posluchače zaujali. Do nonverbální komunikace je zahrnuta proxemika, mimika, gestika, kinetika, posturologie a úprava zevnějšku (Juřeníková, 2010).

Důležité je vymezit si správně cíle edukace, ať už jde o ty krátkodobé, tak i o dlouhodobé. Cíle edukace sdělíme edukantovi před zahájením edukace a ještě jednou jsou zopakovány na závěr edukace společně se shrnutím probírané látky.

Před vlastní realizací edukace je důležité zjistit, co již klient o dané problematice ví, a navázat tak na jeho znalosti. Z předchozího rozhovoru s klientem také zjišťujeme, jaké jsou jeho individuální rysy a podle toho volíme způsob edukace.

V neposlední řadě dbáme na výběr vhodného prostředí a času k edukaci. Podáváme aktuální informace a snažíme se skloubit teorii s praxí. Volíme vždy individuální přístup. Podané informace a vůbec celou edukaci hodnotíme zpětnou vazbou. Je důležité informace klientovi ještě několikrát opakovat (Juřeníková, 2010).

5.4 Metody edukace:

Jak již bylo zmíněno, každý obsah učiva i každý edukant vyžaduje individuální přístup. Je tedy velmi důležité zvolit vhodnou edukační metodu. Edukace může být teoretická, teoreticko-praktická a nebo pouze praktická (Juřeníková, 2010).

Edukaci dělíme do jednotlivých etap. Každá etapa potom vyžaduje různý přístup a provedení. Edukátor by měl být poučen o tom, kdy jakou metodu edukace zvolit a jak nejlépe postupovat, aby byla edukace co nejefektivnější.

Mezi nejčastější metody edukace patří:

přednáška

instruktáž s praktickým cvičením

rozhovor

diskuze

textové publikace (brožura, leták,...)

vizuální edukace (prezentace, obrázky) apod. (Juřeníková, 2010).

5.5 Pomůcky k edukaci

Efektivitu a zajímavost edukace podpoří užití edukačních pomůcek. Význam pomůcek je nezastupitelný zejména v praktické části edukace. Měli bychom brát v potaz fakt, že edukant přijímá až 80% informací zrakem. Užití názorných ukázek prostřednictvím edukačních pomůcek podporuje motivaci k učení a lepší zapamatování si sdělované látky (Juřeníková, 2010).

5.6 Realizace edukačního procesu

Edukační proces je činnost lidí, během které se edukant učí od edukátora různým poznatkům či dovednostem (Průcha, 2002).

Edukační proces dělíme do pěti fází (Juřeníková, 2010):

První fáze - **fáze počáteční pedagogické diagnostiky** – zde se zabýváme osobností edukanta. Posuzujeme, co vše již klient o probíraném tématu ví, zjišťujeme co by se chtěl dále dozvědět a jak si edukaci představuje. Na základě získaných informací volíme edukační témata. Nejčastěji k zajištění informací o klientovi volíme pozorování nebo rozhovor (Juřeníková, 2010).

V další fázi edukace - **fáze projektování** - si stanovíme, jak bude edukace probíhat, zvolíme si edukační cíle a vhodnou metodu. Zamyslíme se také nad obsahem edukace a připravíme si pomůcky (Juřeníková, 2010).

Ve třetí fázi edukace - **fáze realizace** - se věnujeme samotné edukaci. Dochází k předávání nových poznatků ze strany edukátora. Edukátor směřuje svým sdělením k výchovně vzdělávacímu cíli a zároveň se snaží udržet edukanty i nadále motivované. Dbáme na aplikaci získaných vědomostí a dovedností v praxi (Juřeníková, 2010).

V průběhu čtvrté fáze - **fáze upevnění a prohlubování učiva** - edukačního procesu upevňujeme a prohlubujeme učivo, čímž zajišťujeme uchování vědomostí v dlouhodobé paměti edukanta. K efektivní fixaci učiva je nutné stálé opakování (Juřeníková, 2010).

V poslední, páté fázi - **fáze zpětné vazby** - zkontrolujeme probranou látku zpětnou vazbou. Vyzveme edukanty, aby zrekapitulovali probranou látku. Zde je čas pro případnou diskuzi a další vysvětlení nepochopených věcí. Zpětná vazba je přínosná pro edukátora zejména proto, že zjistí, jak efektivní byl proces edukace (Juřeníková, 2010).

II Praktická část

1 Výzkumné otázky

1. Bude se většina respondentek cítit o problematice stresové inkontinence dostatečně informována?
2. Ověřuje si lékař či sestra, zda-li pacientka všemu rozumí?
3. Cítí více jak 75% žen stud při řešení citlivého problému týkajícího se kontinence s lékařem- mužem?
4. Jsou ženy, které používají pravidelně inkontinenční pomůcky, informované o tom, že mají nárok na úhradu nákladů do jisté míry od pojišťovny?
5. Cvičí ženy cviky na posílení pánevního dna?

2 Metodika výzkumu

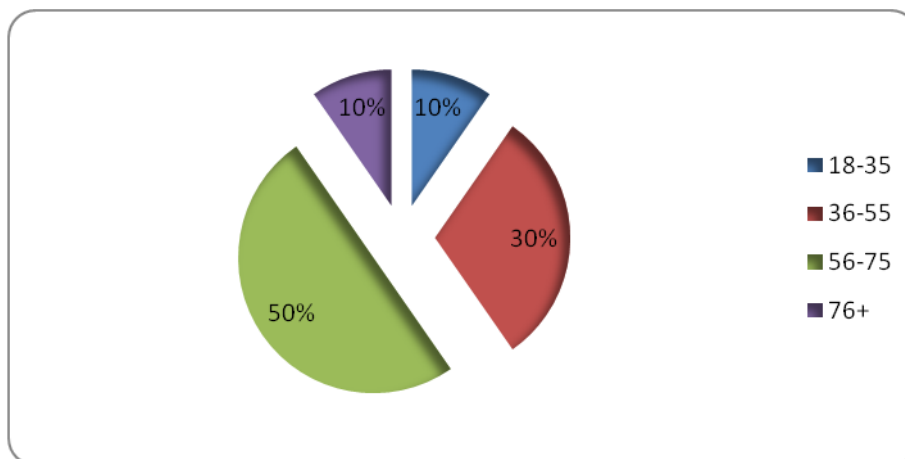
K získání informací pro tuto práci jsem sestavila anonymní dotazník (příloha D). Otázky v dotazníku byly převážně uzavřené výběrové s možností jedné odpovědi. Některé byly otevřené a vyskytlo se zde i pár otázek polootevřených.

Výzkum probíhal od listopadu 2011 do ledna 2012 v urogynekologické ambulanci. Bylo rozdáno celkem 80 dotazníků ženám, kterých se týká stresová inkontinence moči. Z rozdaných dotazníků se mi vrátilo 69 (návratnost byla tedy 86%). Z těchto dotazníků jsem musela 5, pro chybné vyplnění, vyřadit. Celkový počet dotazníků pro zpracování výzkumu byl tedy 62. Dotazník a analýza z něho získaných dat slouží dále jako podklad pro vypracování edukačního materiálu. Výzkum byl i podnětem k návrhům, jak zlepšit edukaci u pacientek se stresovou inkontinencí v praxi.

3 Analýza dat

Výsledky jsou zpracovány formou výsečových grafů. Tabulky s konkrétními čísly a jejich procentuálním vyjádřením jsou uvedeny v příloze E. Čísla grafů korespondují s čísly otázek v dotazníku pro pacienty.

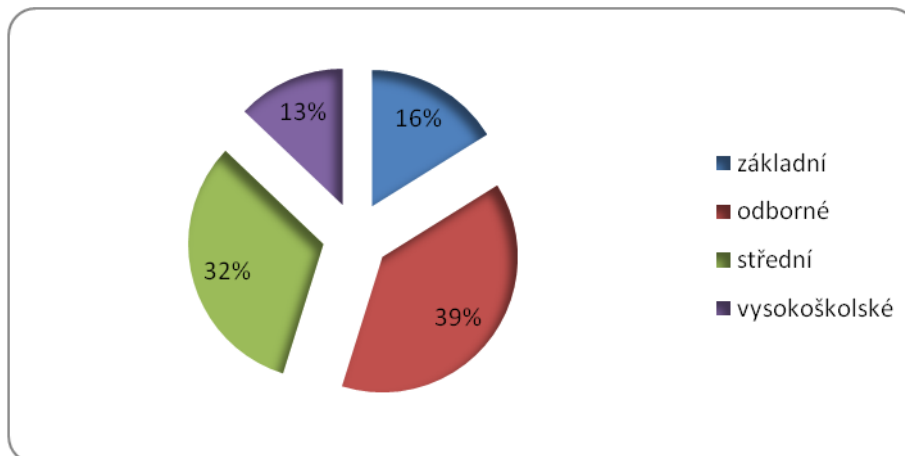
Otázka č. 1: Kolik je Vám let? (prosím doplňte) let



Obrázek 1: Graf věku respondentek

Z celkového počtu 62 respondentek nejvíce, tzn. 49%, je ve věku 56-75 let. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 36-55let a to celkem ve 31%. Věkovou skupinu 18-35let a 76+ zastupovalo shodně po 10% dotazovaných žen.

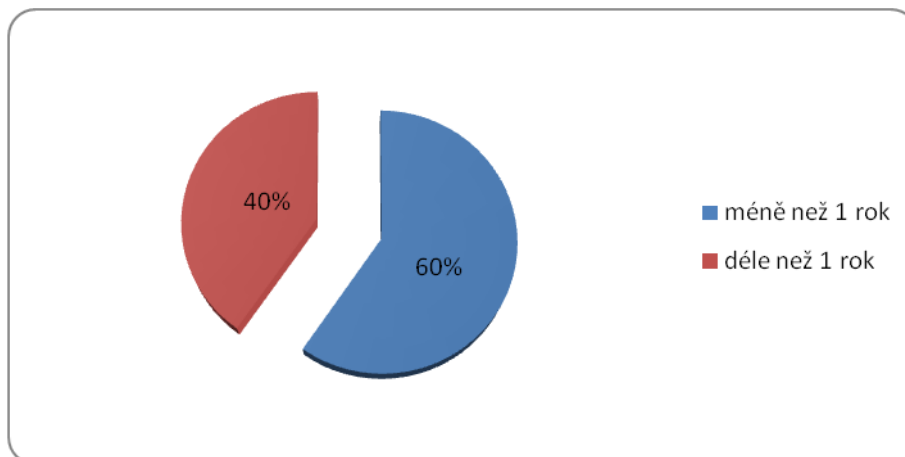
Otázka č. 2: Jaké je Vaše vzdělání?



Obrázek 2: Graf přehledu vzdělání respondentek

Z dotazníku vyplývá, že vzdělání respondentek je převážně odborné (39% respondentek) nebo středoškolské (32% respondentek). Základní vzdělání má 16% z dotázaných, vysokoškolské potom 13% dotázaných. (Viz tab. 2 a obr. 2)

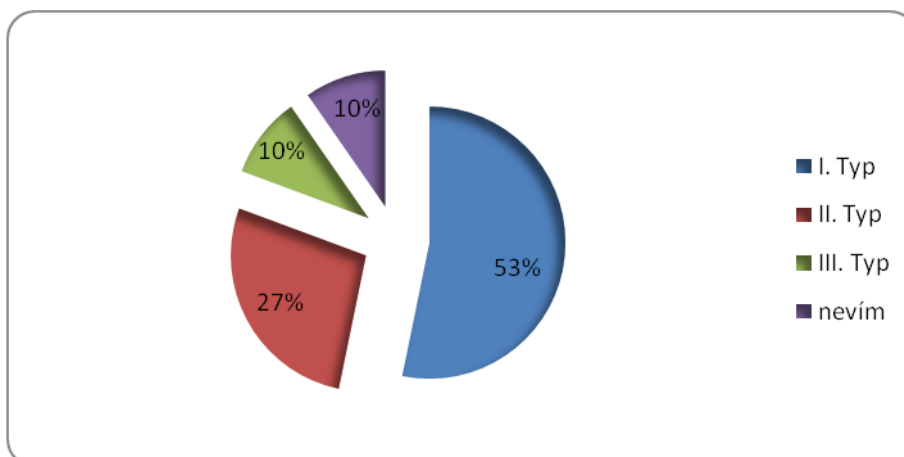
Otázka č. 3 – Jak dlouho jste sledována u lékaře pro stresovou inkontinenci?



Obrázek 3: Graf délky sledovanosti žen u urogynekologa

Z tohoto grafu vyplývá, že většina dotazovaných žen, je sledována u lékaře po dobu méně než jeden rok. Konkrétně tedy z 62 dotázaných 60% méně než rok, 40% dotázaných déle než jeden rok. (Viz tab. 3 a obr. 3)

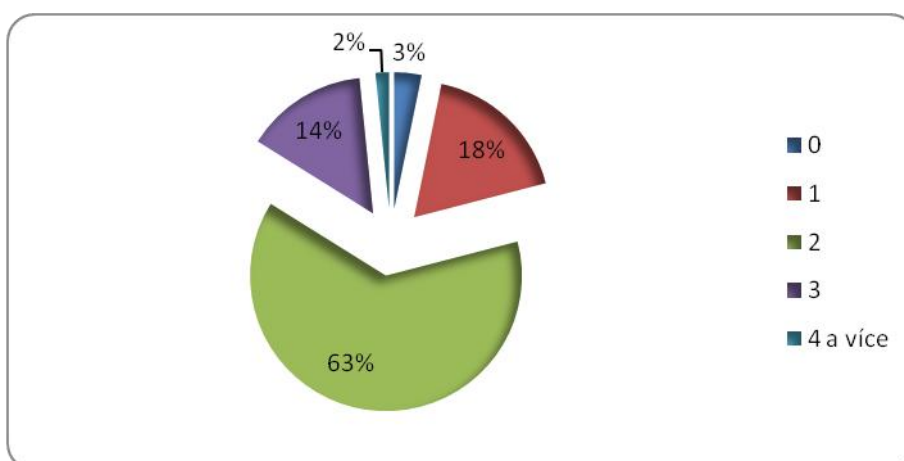
Otázka č. 4 – Jakým typem stresové inkontinence moči trpíte?



Obrázek 4: Graf přehledu typů, kterými pacientky trpí

Z otázky č. 4, týkající se typu inkontinence, vyplývá, že nejvíce žen trpí I. typem inkontinence, tedy 53% dotázaných. II. typem inkontinence trpí 27% žen z dotázaných. Poslední stupeň inkontinence, III. typ, se vyskytuje u 10% z dotázaných. Zbýlých 10% respondentek nikdy neslyšelo o tom, že by se stresová inkontinence rozdělovala do jednotlivých typů, tudíž nejsou ani schopny určit stupeň u sebe samotných. (Viz tab. 4 a obr. 4)

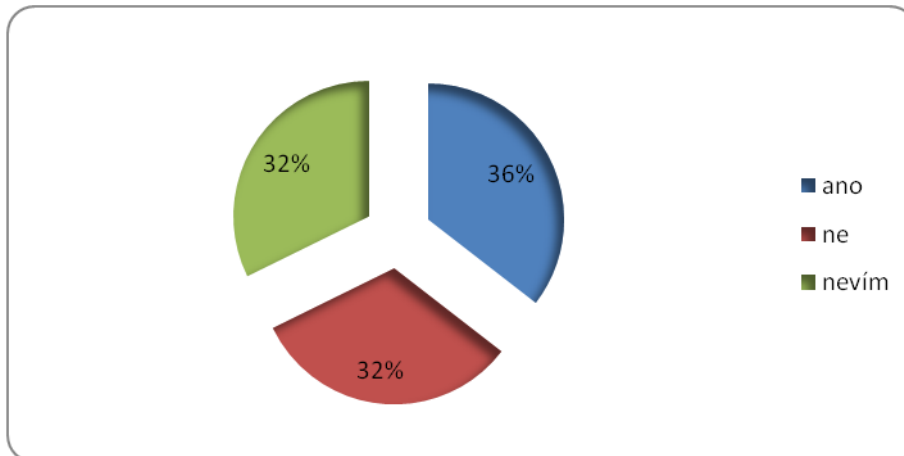
Otázka č 5: Kolikrát jste rodila přirozenou cestou? (prosím doplňte) krát



Obrázek 5: Graf – parita respondentek

Otázka číslo 5 se zabývá paritou respondentek. Pouhé 2 respondentky z dotázaných nikdy nerodily přirozenou cestou. Zbýlých 60 žen tedy rodilo nejméně jednou. Konkrétní čísla jsou: 1 porod u 18% žen, 2 porody u 63% žen, 3 porody u 3% žen, 4 a více u 2% žen. (Viz tab. 5 a obr. 5)

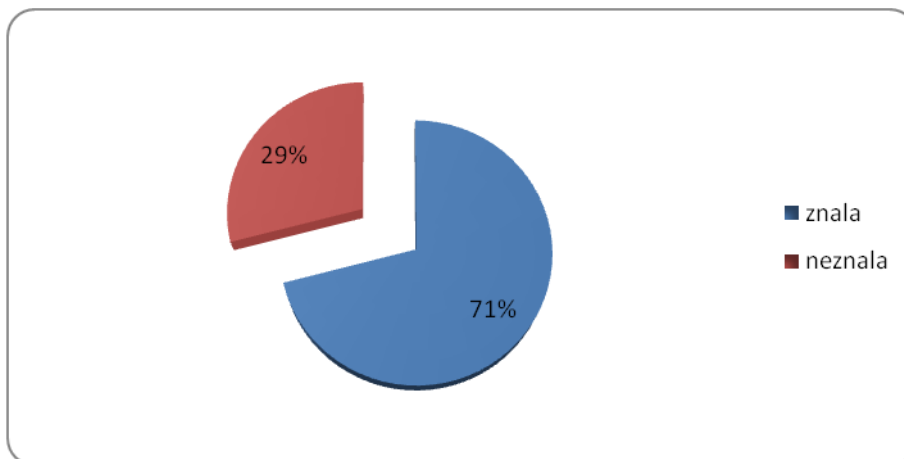
Otázka č. 6: Trpěla nebo trpí Vaše babička, maminka nebo sestra stresovou inkontinencí moči?



Obrázek 6: Graf výskytu SIM v rodině

V otázce č. 6 se odpověď „Ano“ vyskytuje ve 36%, odpověď „ne“ ve 32%. Dále 1/3 respondentek také uvádí, že si výskytem v rodině nejsou jisté- 32%. (Viz tab. 6 a obr. 6)

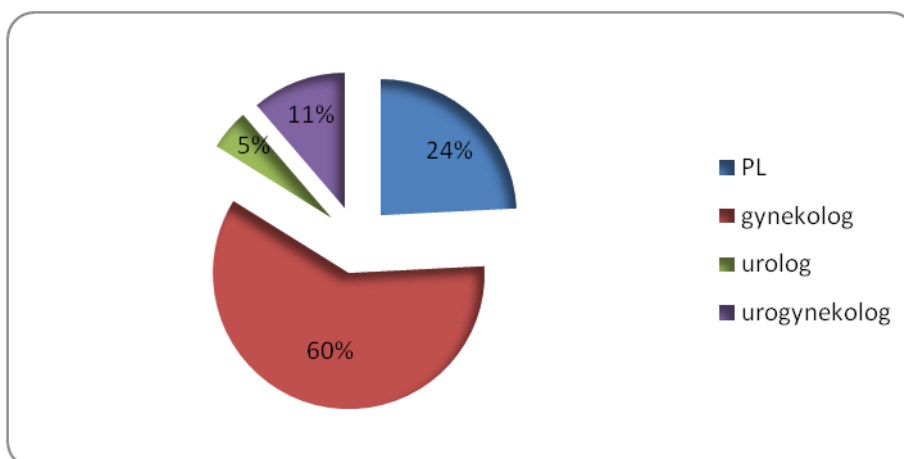
Otázka č.7: Slyšela jste někdy o stresové inkontinenci moči i před vypuknutím problému u Vás samotné?



Obrázek 7: Graf znalosti pojmu SIM

Cekem 71% dotázaných znalo pojem „stresová inkontinence“ (SIM) již před vypuknutím problému u nich samotných. Zbýlých 29% dotázaných tento pojem registruje až od chvíle, kdy se SIM týkala přímo jich. (Viz tab. 7 a obr. 7)

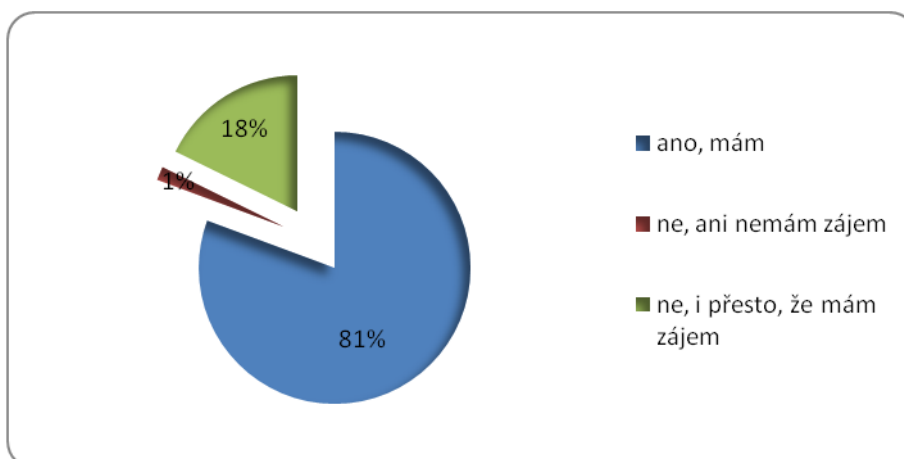
Otázka č. 8: Za kým jste šla, když jste se poprvé rozhodla svůj problém řešit?



Obrázek 8: Graf přehledu pracovišť, která respondentky navštívily jako první

60% dotázaných se nejprve svěřilo se svým problémem svému gynekologovi. 24% respondentek šlo nejprve ke svému praktickému lékaři. Přímo k urogynekologovi šlo 11% žen. Zbýlých 5% žen navštívilo nejprve urologa. (Viz tab. 8 a obr. 8)

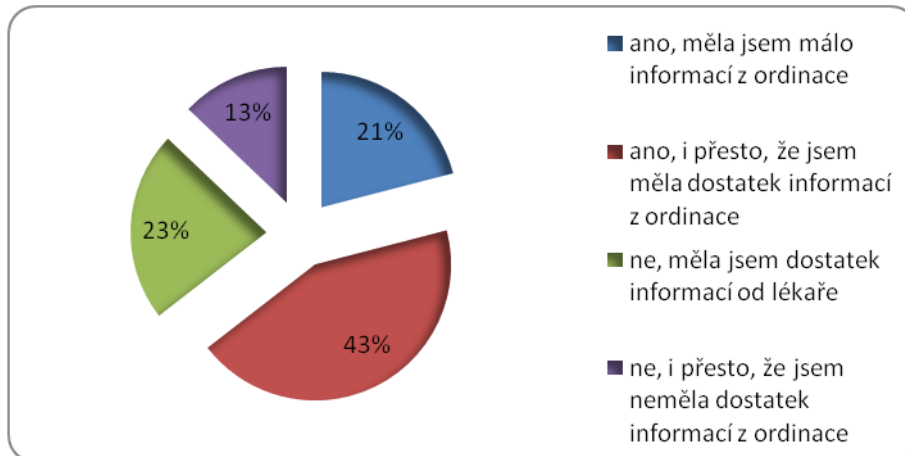
Otázka č.9: Cítíte se být dobře informovaná o problematice stresové inkontinence?



Obrázek 9: Graf kvality informovanosti respondentek

81% dotázaných se cítí subjektivně dostatečně informovaných o problematice stresové inkontinence. Celkem 18% žen uvedlo, že se necítí být dostatečně informované, i přesto, že o informace mají zájem. U této možnosti byl prostor pro dotázané, aby se konkrétně vyjádřily, ve které oblasti jim chybí informace. Bohužel se ani jedna z nich nevyjádřila. Nespokojenost s informovaností s tím, že o další informace ovšem zájem nemá uvedla pouze 1% dotazovaných žen. (Viz tab. 9 a obr. 9)

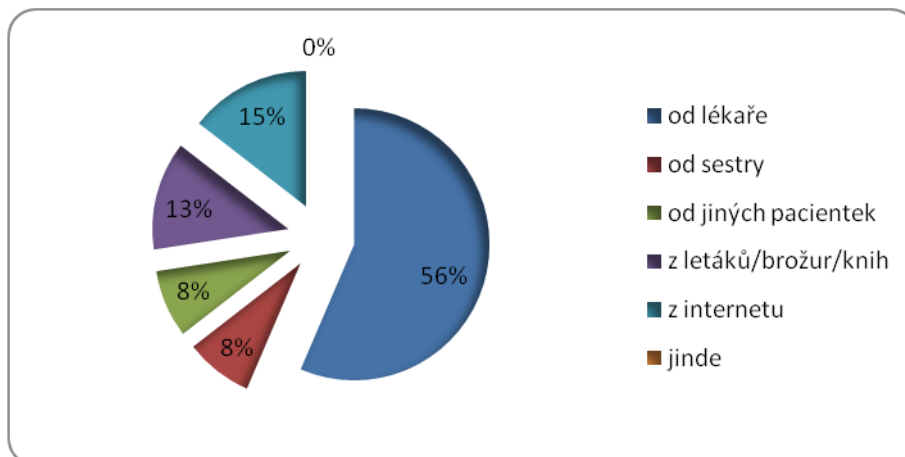
Otázka č. 10: Hledala jste si ještě sama nějaké informace týkající se stresové inkontinence moči (např. v literatuře, na internetu, apod.)?



Obrázek 10: Graf hledání dalších informací

V otázce číslo 10 bylo zjištěno, že 43% dotázaných má dostatek informací z ordinace, pouze hledala další informace ze zájmu. 21% respondentek uvedlo, že si musely hledat informace samy, protože neměly dostatek informací z ordinace. 23% žen uvedlo, že jim stačí informace z ordinace. Dalších 13% žen sice uvedlo, že nemají pocit, že by měly vyčerpávající informace z ordinace, ovšem nemají ani potřebu hledat samy další. (Viz tab. 10 a obr. 10)

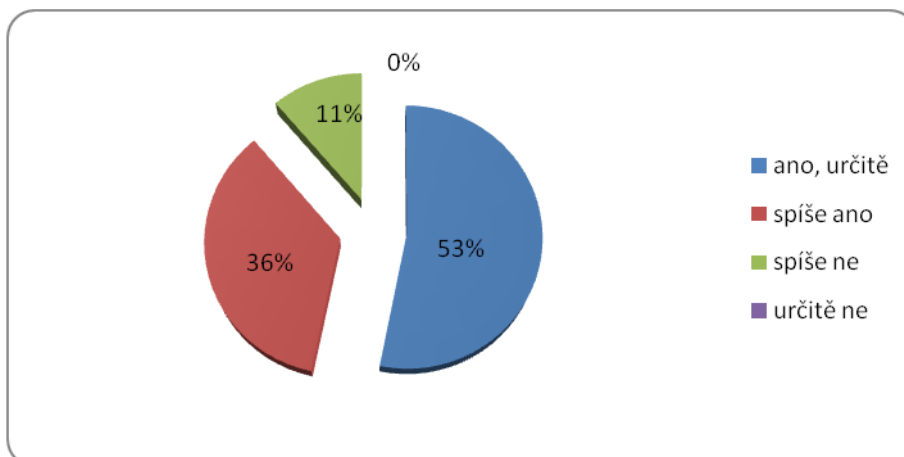
11) Kde jste získala nejvíce informací o stresové inkontinenci moči a její léčbě?



Obrázek 11: Graf zdrojů informací

56% respondentek odpovědělo, že získalo největší množství informací od lékaře. 15% dotázaných získalo informace prostřednictvím internetu. Ve 13% respondentky uvedly, že nejlepším zdrojem informací pro ně byl tištěný informační materiál. Nejméně respondentky uváděly získání informací od zdravotních sester a od ostatních pacientek (shodně po 8%). (Viz tab. 11 a obr. 11)

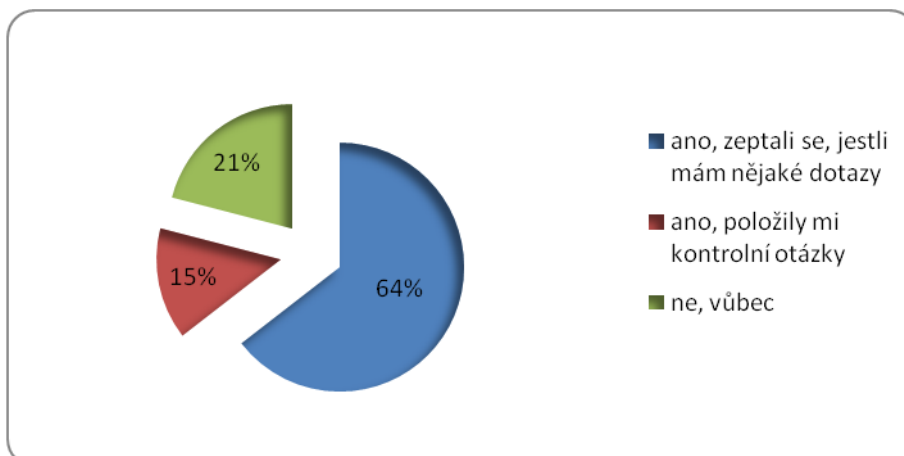
Otázka č. 12: Byly pro Vás poskytnuté informace srozumitelné?



Obrázek 12: Graf srozumitelnosti informací

Otázka číslo 12 řeší, jestli byly poskytnuté informace lékařem pro ženy srozumitelné. Úplnou srozumitelnost poskytnutých informací zde můžeme vidět u 54% dotázaných. Informace jako spíše srozumitelné byly pro 35% všech dotázaných. Pouze 11% žen uvedlo, že jim informace byly spíše nesrozumitelné. Žádná žena neuvedla, že by pro ni byly informace absolutně nesrozumitelné. (Viz obr.12 a tab. 12)

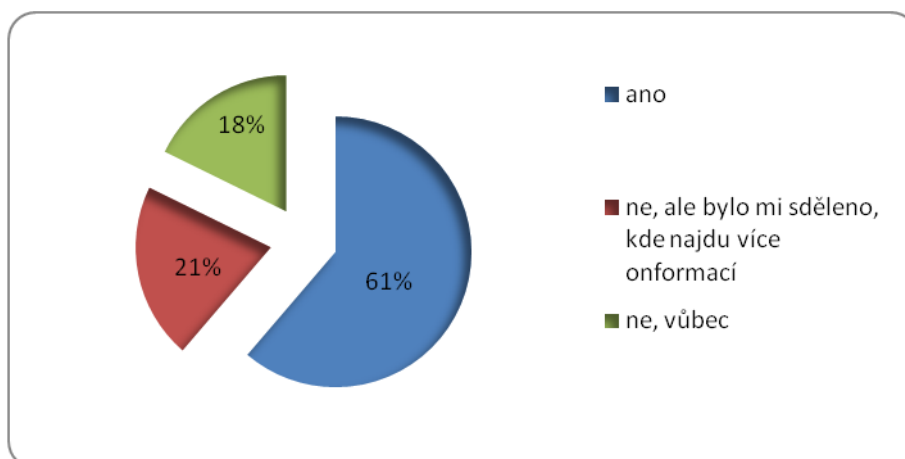
Otázka č.13: Ověřil si lékař nebo sestra v ordinaci, zda všemu rozumíte?



Obrázek 13: Graf ověření srozumitelnosti informací ze strany zdravotnického personálu

Z 13. otázky v dotazníku vyplývá, že 64% dotázaných se personál zeptal, jestli nemají nějaké dotazy. Dalším 15% dotázaných byly dokonce položeny i kontrolní otázky v rámci zpětné vazby. Neuspokojivá byla odpověď u 21% respondentek. Dotázané uvedly, že si nikdo neověřil, zda všemu rozumí. (Viz tab. 13 a obr. 13)

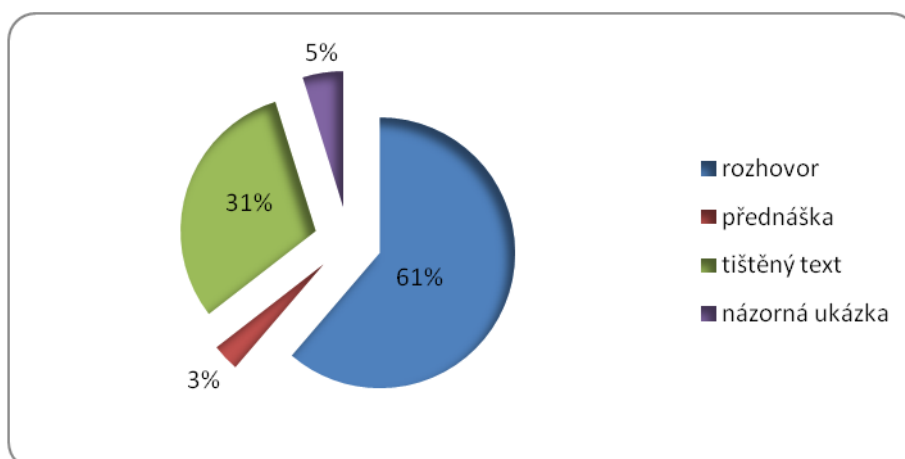
Otázka č.14: Byl Vám poskytnut nějaký informační materiál (brožura/leták apod.)?



Obrázek 14: Graf poskytnutí informačního materiálu

Otázkou číslo 14 jsem se snažila zjistit, jestli je automatické, že lékař poskytne pacientce nějaký informační materiál. Podle vzorku pacientek, kterým byl rozdan dotazník, jsou výsledky následující: 61% dotázaných informační leták obdrželo, 21% žen neobdrželo žádný informační materiál, ale bylo jim sděleno, kde najdou více informací, 18% žen neobdrželo nic. (Viz tab. 14 a obr. 14)

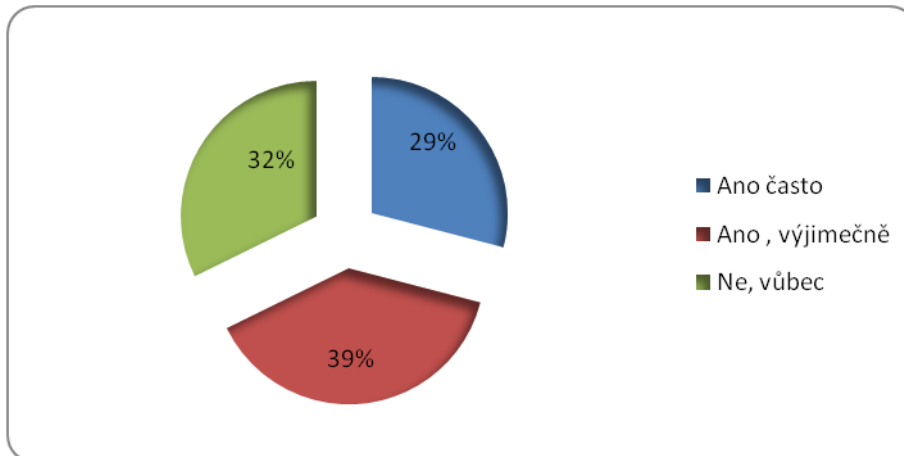
Otázka č.15: Jaký způsob sdělování informací (edukace) Vám nejvíce vyhovuje?



Obrázek 15: Graf preference způsobu edukace

Z grafu číslo 15 je patrné, že 61% dotázaných v rámci edukace nejvíce vyhovuje rozhovor. Na druhém místě, skončil tištěný text s 31% příznivců. Méně oblíbeným způsobem edukace je názorná ukázka v 5% případů, přednáška ve 3%. Jinak nikdo neodpověděl. (Viz tab. 15 a obr 15)

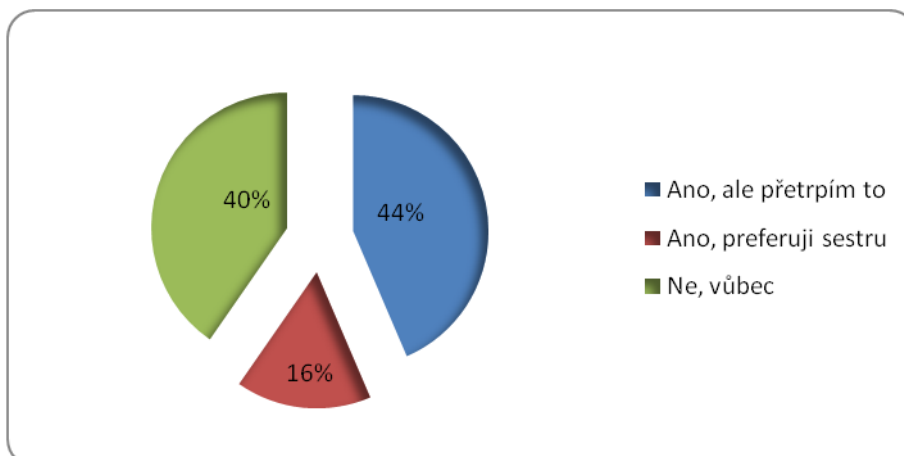
Otázka č.16: Stalo se Vám někdy, že jste se chtěla na něco zeptat, ale stud Vám to nedovolil?



Obrázek 16: Graf pocit studu

Otázka č.16 se zabývá studem, který pociťují pacientky při rozhovoru s lékařem- mužem o citlivém tématu. Nejčastěji zde zazněla odpověď ano. Často se stydí 29% dotázaných žen. Výjimečně se stydí 39% žen. Vůbec se nestydí 32% žen z celkového počtu dotázaných. (Viz tab. 16 a obr. 16)

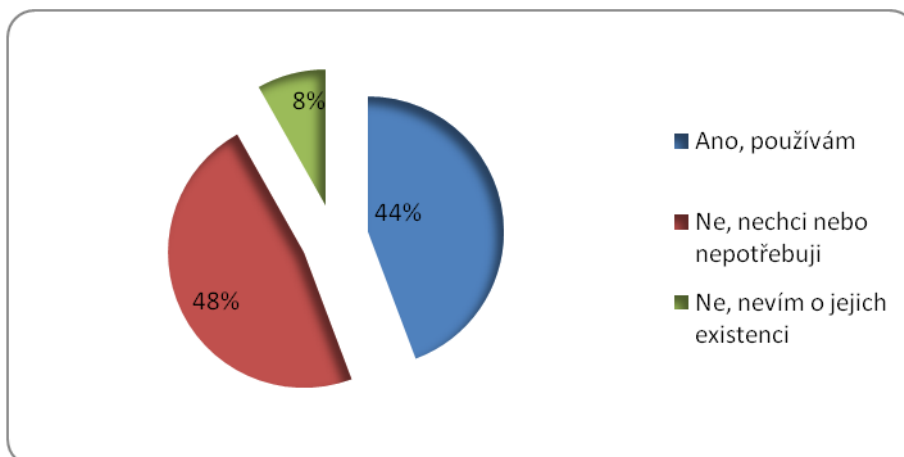
Otázka č.17: Nevadí Vám tento citlivý problém řešit s lékařem – mužem?



Obrázek 17: Graf řešení problému s lékařem-mužem

Z otázky týkající se pocitů žen, když mluví o citlivém problému s lékařem- mužem je patrné, že 60% žen má špatné pocity. Schopnost nějakým způsobem tyto nepříjemné pocity překonat je 44% žen. Problém raději rozebírá se sestrou celkem 16% žen. Žádný problém s řešením citlivých záležitostí s lékařem mužem nemá 40% respondentek. (Viz tab. 17 a obr. 17)

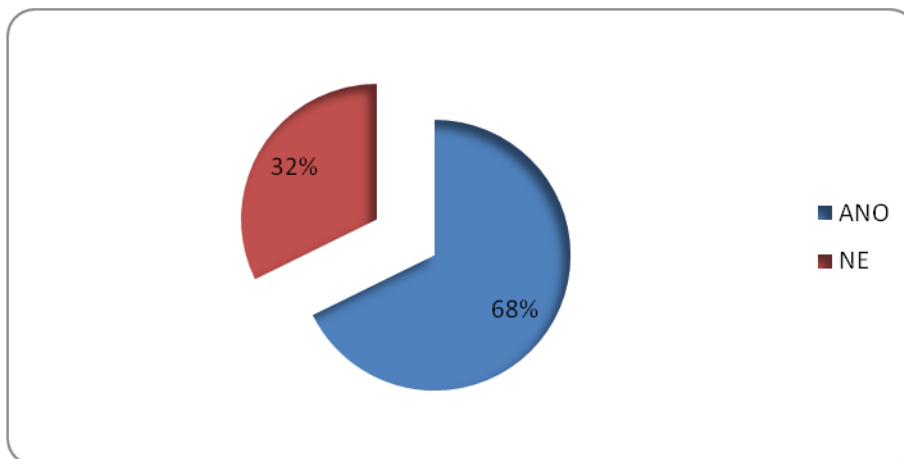
Otázka č.18: Používáte nějaké inkontinenční pomůcky?



Obrázek 18: Graf používání inkontinenčních pomůcek

To, že užívá inkontinenční pomůcky, uvedlo v dotazníku 44% žen. Více z nich, 48%, uvedlo to, že inkontinenční pomůcky nepoužívají, protože je nepotřebují nebo nemají zájem. Pouhých 8% dotázaných uvedlo, že nevědí o existenci pomůcek pro inkontinentní. (Viz tab. 18 a obr. 18)

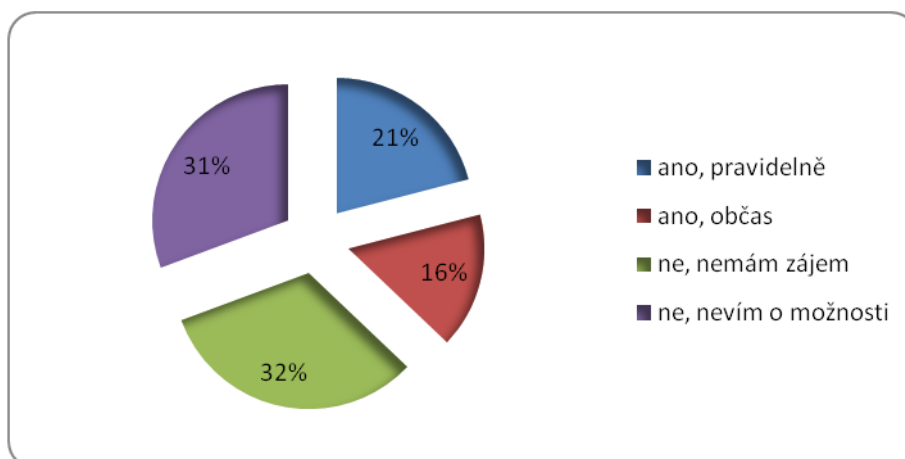
Otázka č.19: Víte o tom, že pojišťovna do jisté míry hraď pomůcky pro inkontinentní?



Obrázek 19: Graf informovanost o podílu úhradu inkontinenčních pomůcek pojišťovnou

Informovanost žen o úhradě pomůcek pro inkontinentní pojišťovnami je kladná v 68% dotázaných žen. Zbýlých 32 % uvádí, že nevědí, že je tato možnost. (Viz tab. 19 a obr. 19)

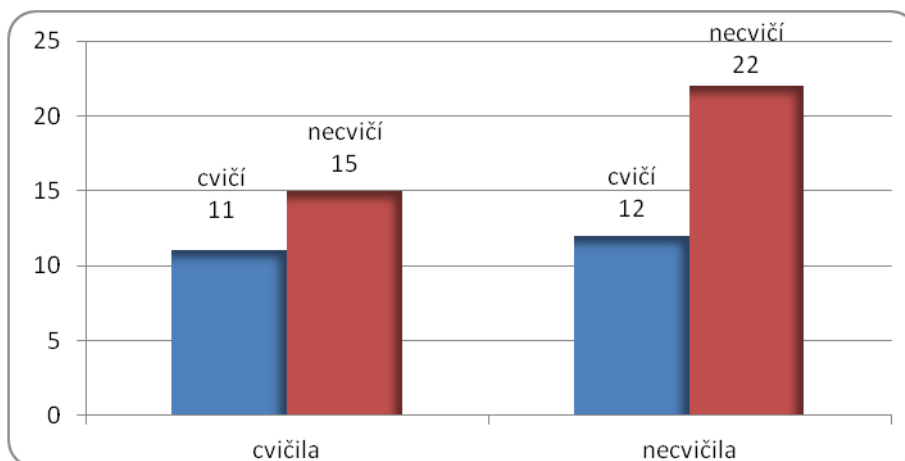
Otázka č.20: Necháváte si psát od lékaře poukazy na pomůcky?



Obrázek 20: Graf poukazy

Z obrázku č.20 je patrné, že nejčastější odpovědí a to ve 32% bylo, že si ženy nenechávají psát poukazy na inkontinenční pomůcky, protože nemají zájem. 31% uvádí, že nevědí, že mají možnost nechat si napsat poukaz od lékaře. Z 62 dotázaných žen si nechává poukazy vypisovat 37% žen, z nichž 16% občas a 21% pravidelně. (Viz tab. 20 a obr. 20)

Otázka č.21: Cviky na posílení pánevního dna:



Obrázek 21: Graf fyzioterapie pánevního dna

Poslední otázka dotazníku zkoumá fyzioterapii PD. Žen, které cvičily v minulosti (ještě před vypuknutím SIM) a cvičí nadále je 11. Těch, které dříve cvičily, ale teď už necvičí je 15. Ve 22 dvou případech byla odpověď, že ženy necvičí a ani necvičily. Dalších 12 žen dříve necvičilo, ale v současnosti cvičí. 2 respondentky odpověděly, že nevědí co to znamená posilovat svaly PD. (Viz tab. 21 a obr. 21)

4 Diskuze

1.výzkumná otázka: „Bude se většina respondentek cítit o problematice stresové inkontinence dostatečně informována?“

K zodpovězení této otázky jsem použila zejména otázku číslo 9 z dotazníku. Na základě odpovědí respondentek bylo zjištěno, že 81% dotázaných žen se cítí subjektivně dostatečně informovaných, 18% dotázaných žen se necítí být dostatečně informovaných, i přesto, že by měly o informace zájem. U této možnosti byl prostor pro dotázané, aby se konkrétně vyjádřily, ve které oblasti jim chybí informace. Bohužel se ani jedna z respondentek konkrétně nevyjádřila. Pouhé 1% dotázaných žen se subjektivně necítí být dobře informovaných a o informace ani nemá zájem.

Moje očekávání se naplnila. Výsledky jsou vcelku uspokojivé. Drtivá většina žen se cítí být subjektivně dobře informovaná. Z doplňujících otázek v dotazníku je dále patrné, že většina žen, kterých se stresová inkontinence týká, má o svém problému informace. Například v otázce číslo 7 z dotazníku většina žen (71%) udává, že znaly pojem „stresová inkontinence moči“ již před vypuknutím problému u nich samotných. Z otázky číslo 4 v dotazníku zase vyplývá, že 90% žen, které byly v rámci mého výzkumu oslovené, ví, že existuje jistá klasifikace SIM a jsou schopny určit svůj stupeň. Otázka číslo 14 řeší, jestli je ženám v ordinaci poskytnut informační materiál. 61% dotázaných respondentek uvedlo, že jim byl poskytnut informační materiál přímo lékařem. 21% žen uvedlo, že sice nedostaly informační materiál, ale bylo jim sděleno, kde mohou potřebné informace najít. Jen 18% žen uvedlo, že nedostaly žádný informační materiál, ani jim nebylo sděleno, kde potřebné informace najdou.

O dobré informovanosti žen o problematice stresové inkontinence svědčí i další odpovědi na otázky v dotazníku. Na základě otázky číslo 10 v dotazníku bylo zjištěno, že 64% dotázaných žen si hledá ještě informace samo, z nichž 43% proto, že i přes dostatek informací z ordinace mají o další informace zájem. 21% dotázaných hledá další informace z důvodu, že mají pocit, že jich nemají z ordinace dostatek. 36% dotázaných žen další informace nehledá a to proto, že 23% z nich má dostatek informací a nemá potřebu další hledat a 13% sice nemá pocit, že by měly dostatek informací, ale z nějakého důvodu další informace nehledají. Tyto výsledky svědčí o vcelku uspokojivém zájmu pacientek o informace a dále jsou také do jisté míry vypovídající o tom, že se pacientky cítí být dobře informované (edukované).

Co se týče zdrojů informací, tak na to byla zaměřena otázka číslo 11 v dotazníku. Zde bylo zjišťováno, kde ženy získaly o svém problému nejvíce informací. Jak se dalo předpokládat,

většina žen, 56%, uvedla, že mají nejvíce informací od lékaře. Dále 15% žen z internetu, 13% z letáků a brožur a shodně po 8% ženy uvedly, že nejvíce informací mají od sestry nebo od jiných pacientek. Zde je patrné, že ordinace lékaře je pro pacientky největším zdrojem informací, proto je velmi důležité klást na edukaci a přísun informací ze strany zdravotnického personálu velký důraz. Řada pacientek je vyššího věku a proto nejsou schopné hledat další informace například prostřednictvím internetu a písmena v brožurách jsou často příliš drobná. Osobní kontakt je nejlepší pro všechny skupiny pacientek. Relativně nízký podíl (8%) sestry jako zdroje největšího počtu informací si vysvětlují tím, že stále je tím stěžejním informátorem v ordinaci lékař, což je dle mého názoru v pořádku.

2.výzkumná otázka: „Ověřuje si lékař či sestra, zda-li pacientka všemu rozumí?“

K zodpovězení této výzkumné otázky posloužila otázka číslo 13 v dotazníku. Tato otázka se zabývá tím, zda je srozumitelnost poskytnutých informací zdravotnickým personálem ověřována. Uspokojivé výsledky dotazníku ukázaly, že celkem 64% dotázaných se zdravotnický personál zeptal, jestli nemají nějaké dotazy. Celkem 15% dotázaných byly dokonce položeny i kontrolní otázky v rámci zpětné vazby. Neuspokojivá byla odpověď respondentek v 21%, kdy dotázané uvedly, že si nikdo neověřil, zda všemu rozumí. Výsledky lze shlédnout v obrázku č. 13 a v tabulce č. 13.

Je uspokojivé, že ve většině případů si zdravotnický personál ověřuje, jestli pacientky všemu rozumí. V rámci edukace by bylo určitě dobré, kdyby se do budoucna zvýšilo procento těch, kterým byly v rámci zpětné vazby položeny kontrolní otázky.

Z otázky číslo 12, kde jsem se respondentek ptala, jestli jim jsou informace, poskytnuté v ordinaci srozumitelné, vzešly tyto výsledky: respondentky uvedly v 53%, že určitě ano, dále 36% respondentek uvedlo, že spíše ano a pouze 11% dotázaných uvedlo, že jim jsou poskytnuté informace spíše nesrozumitelné. Viz obrázek 12 a tabulka 12. Z toho tedy vyplývá, že informace, poskytnuté ze strany zdravotnického personálu, jsou ženám poměrně dobře srozumitelné.

3.výzkumná otázka: „Cítí více jak 75% žen stud při řešení citlivého problému týkajícího se kontinence s lékařem- mužem?“

Vzhledem, k tomu, že je problematika stresové inkontinence moči velmi choulostivé téma, domnívala jsem se, že alespoň $\frac{3}{4}$ žen cítí stud při řešení problému s lékařem - mužem. Jak vyplývá z otázky č. 17 v dotazníku, stud při řešení problému s lékařem - mužem cítí do jisté míry celkem 60% dotázaných žen (44% žen je schopno stud překonat a 16% dotázaných by raději problém řešilo se sestrou). Zbýlých 40% dotázaných uvedlo, že se vůbec nestydí při řešení svých problémů s lékařem - mužem. Má hypotéza, že se více jak 75% dotázaných žen bude stydět při řešení problému s lékařem - mužem, se nevyplnila. Kupodivu ženám převážně nevadí přítomnost lékaře - muže.

V otázce č. 16 dále řeším, jestli se někdy ženám stalo, že se kvůli studu na něco lékaře nezeptaly. Z obrázku číslo 17 a z tabulky číslo 17 je patrné, že 29% žen se často nezeptá na vše co je zajímavé, protože se stydí. 39% dotázaných žen uvedlo, že se jim výjimečně stane, že se na něco lékaře nezeptají, protože se stydí. 32% žen uvádí, že se jim nikdy nestalo, že by se na něco lékaře nezeptaly, protože by se styděly. Tyto výsledky mě překvapily. Předpokládala jsem, že zde budou jiná čísla. Domnívala jsem se, že více žen cítí stud při řešení problému s kontinencí.

4.výzkumná otázka: „Jsou ženy, které používají pravidelně inkontinenční pomůcky, informované o tom, že mají nárok na úhradu nákladů od pojišťovny?“

K zodpovězení této výzkumné otázky byla použita otázka číslo 18 v dotazníku společně s otázkou číslo 19 a 20. Z 18.otázky je patrné, že 44% dotázaných žen pravidelně používá inkontinenční pomůcky. 48% nepoužívá žádné inkontinenční pomůcky, protože nechce nebo nepotřebuje. 8% dotázaných žen uvedlo, že nevědí, že by nějaké inkontinenční pomůcky existovaly. V otázce číslo 19 v dotazníku jsem zjišťovala, jestli ženy vědí, že mají nárok na úhradu inkontinenčních pomůcek od pojišťovny. Odpověď, že ano se vyskytla v 68%, odpověď, že ne v 32%. V otázce 20 bylo zjišťováno, jestli si ženy nechávají psát poukazy na inkontinenční pomůcky. Odpovědi byly následující: 21% žen ano, pravidelně; 16% žen ano, občas; 32% žen ne, nikdy, nemám zájem; 31% ne, nevím, že je tato možnost.

Zde mě zarazilo, že až 32% dotázaných žen neví, že mají nárok na úhradu inkontinenčních pomůcek od pojišťovny a 31% dotázaných neví, že je možnost nechat si od lékaře napsat poukaz. V této oblasti by se jistě měla edukace pacientek výrazně zlepšit.

Výzkumná otázka číslo 4 se však zabývá konkrétně ženami, které pravidelně používají inkontinenční pomůcky. Jsou informované o tom, že mají nárok na úhradu těchto pomůcek pojišťovnou? Ve výzkumu bylo zjištěno, že z 27 žen, které v dotazníku uvedly, že pravidelně používají inkontinenční pomůcky, jich 20 ví, že mají nárok na úhradu pomůcek od pojišťovny a 7 o této možnosti neví. Jinými slovy 35% žen z těch, které v mém dotazníku uvedly, že pravidelně používají inkontinenční pomůcky neví, že mají nárok na jejich úhradu pojišťovnou. Myslím si, že tyto výsledky jsou alarmující a v rámci prezentace výsledků mé práce bych chtěla apelovat na lékaře, aby se tato situace změnila.

5.výzkumná otázka: „Cvičí ženy cviky na posílení pánevního dna?“

K zodpovězení této otázky byla použita 21.otázka dotazníku. Z obrázku č. 21 a tabulky č. 21 je patrné, že ženy cviky na posílení pánevního dna (dále PD) spíše necvičí. Konkrétní čísla ukazují, že v minulosti cvičilo a i v současnosti cvičí pouze necelých 18% dotázaných žen. Po objevení stresové inkontinence cvičí 19% žen, které ovšem přiznaly, že před vypuknutím SIM necvičily. 24% dotázaných uvádí, že v současnosti cviky na posílení PD necvičí, ale tvrdí, že v minulosti cvičily. Bohužel nejčastější odpovědí bylo, že ženy necvičí, ani necvičily. Konkrétně tuto odpověď uvádí přes 35% respondentek. Necelé 4% žen uvedly, že nevědí, co znamená posilovat svaly PD.

Odpovědi žen na tuto otázku hodnotím jako spíše neuspokojivé, proto jsem se rozhodla zaměřit se na to, aby v praxi byl kladen větší důraz na fyzioterapii PD. Vždyť právě pravidelné posilování svalů PD může výrazně přispět k zmírnění stresové inkontinence moči. V případě, že ženy pravidelně posilují pánevní dno již od mládí, mohou výskytu stresové inkontinence zcela zabránit. Na základě této výzkumné otázky byl také vytvořen edukační materiál (viz příloha F).

5 Závěr

Cílem mé práce bylo zhodnotit, jestli jsou ženy se stresovou inkontinencí dostatečně a vhodně edukované, v jakých oblastech jim chybí informace a jak zlepšit jejich edukaci v praxi. V mém výzkumu bylo pracováno s odpověďmi 62 žen, které měly v době průzkumu již diagnostikovanou stresovou inkontinenci. Na základě jimi vyplněného dotazníku jsem se snažila zjistit, jestli se ženy subjektivně cítí být dobře informované ze strany zdravotnického personálu a jestli si zdravotníci ověřují, zda byly jimi podané informace pacientkami správně pochopeny. Dále jsem se snažila zjistit, jaké je podvědomí patientek o stresové inkontinenci a záležitostmi s ní spojených. Zabývala jsem se také otázkou studu při řešení choulostivého ženského problému s lékařem - mužem a fyzioterapií pánevního svalstva.

Z mého výzkumu překvapivě plyne, že edukace u patientek se stresovou inkontinencí moči není něco, čím by se nikdo nezabýval. Ženy mají relativně dobré znalosti v této oblasti. Ovšem nesmíme zapomenout, že byly osloveny pouze ženy, kterých se daný problém přímo týká, tudíž se předpokládá, že mají o informace zájem, případně si i sami aktivně informace sháněly.

Ráda bych jako výstup pro praxi zdůraznila význam edukace. V rámci stresové inkontinence moči bych apelovala zejména na praktické lékaře a gynekology, aby se žen aktivně vyptávali na každé preventivní prohlídce, zda-li nemají nějaký problém týkající se mikce. Domnívám se, že je spousta žen, kterých se stresová inkontinence týká a omezuje je v běžném životě, ovšem stud nebo neznalost může způsobit, že se žena svému lékaři nesvěří. Dále by bylo krokem kupředu v rámci edukace, kdyby byly poučeny již ženy, které ještě stresovou inkontinencí moči netrpí. Vůbec o tom, že existuje tento problém a také, že se mu dá do jisté míry předcházet například posilováním svalstva pánevního dna. Každá z nás je stresovou inkontinencí ohrožena. Tak jako bychom měly pravidelně navštěvovat gynekologa a provádět si samovyšetření prsu, tak by pro nás ženy mělo být automatické posilovat právě svaly pánevního dna. Určitě by nebylo od věci také zdůraznit preventivní opatření, která jsou společná pro řadu dalších zdravotních komplikací, jako je například udržet si BMI v normě, nekouřit apod.

U již diagnostikovaných patientek bych kladla důraz zejména na poučení patientek o možnostech léčby a o prostředcích zmírňujících nepříjemné důsledky močové inkontinence. Zarážející bylo, že ženy nejsou dobře informované v oblasti inkontinenčních pomůcek a fyzioterapii PD.

Obecně se předpokládá, že stěžejní osobou v poučení pacienta, je lékař. V moderním pojetí ošetrovatelství je ovšem edukační činnost jednou z hlavních úloh kvalitní zdravotní sestry. Všechny zdravotní sestry by tedy měly být schopné pacienta poučit v rámci komplexní ošetrovatelské péče jak nemocem a jejich komplikacím předcházet a v případě, že je již pozdě na prevenci, alespoň umět poradit jak nejefektivněji bojovat proti progresi problémů. V rámci mé bakalářské práce jsem si dovolila vytvořit edukační materiál (viz příloha F), který by mohl být k dispozici pacientkám v ordinacích u obvodního praktického lékaře a gynekologa, případně u urogynekologa. Edukační materiál se zabývá cviky na posílení pánevního dna. Distribuován by mohl být ve formě nástěnného obrazu v čekárně a nebo jako leták, který by si případné zájemkyně mohly vzít domů.

V mém výzkumu bylo zjištěno, že ženy nejvíce preferují jako způsob edukace rozhovor. Mám v plánu pracovišti, kde byl výzkum proveden, v rámci prezentace výsledků práce, nabídnout nějaký termín, kdy se se zájemkyněmi sejdu a vysvětlím jim důležitost posilování svalů pánevního dna a poučím je jak mohou samy cvičit. Ráda bych je i upozornila na fakt, že mají nárok na úhradu inkontinenčních pomůcek od pojišťovny.

6 Soupis použité literatury

1. BASTABLE, S., *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3.vyd. London : Jones and Bartlett Publishers, 2008. ISBN 13-978-0-7637-4643-8.
2. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. *Inkontinence moči*. 1.vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-0143-X.
4. DVOŘÁČEK, J. *Urologie*. 2. Vyd. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-745-3.
5. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
6. HALAŠKA, M. *Urogynekologie*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
7. CHMEL, R. *Ženská močová inkontinence- nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
8. JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
9. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. 1.vyd. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
10. KROFTA, L.; FEYEREISL, J. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2280-4.
11. MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 1.vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-076-3.
12. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1190-7.
13. PRŮCHA, J., *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
14. ZIKMUND, J., HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. ISBN 80-7013-096-2.

Časopisy:

15. BUDAYOVÁ, K.; SOUKUPOVÁ, D. Inkontinence a možnosti její léčby. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 42, 46, 48. ISSN 1210-0404.
16. HOLAŇOVÁ, R.; KRHUT, J.; MUROŇOVÁ, I., Efekt fyzioterapie v léčbě močové inkontinence. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1, s. 40. ISSN 1210-0404.
17. HORČIČKA, L., Cvičení svalů pánevního dna – možnosti konzervativní léčby inkontinence moči. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1, s.40. ISSN 1210-0404.
18. NOVÁKOVÁ, E., Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 44. ISSN 1210-0404.
19. ZÝKOVÁ, S., Inkontinence – neschopnost udržet moč. *Sestra*. 2009., roč. 19, č. 2, s. 63. ISSN 1210-0404.

7 Seznam zkratek

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
čís.	číslo
ICS	International continence society
m.	musculus (sval)
nn.	nervus (nerv)
PD	pánevní dno
obr.	obrázek
roč.	ročník
s.	strana
SIM	stresová inkontinence moči
tab.	tabulka
viz	shlédni
vyd.	vydání

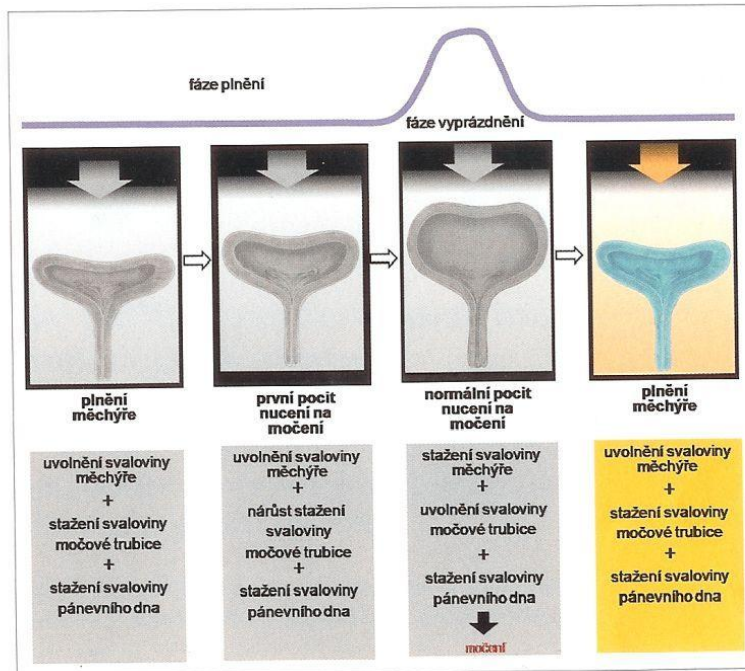
8 Seznam obrázků

Obrázek 1: Graf věku respondentek	34
Obrázek 2: Graf přehledu vzdělání respondentek.....	35
Obrázek 3: Graf délky sledovanosti žen u urogynekologa	35
Obrázek 4: Graf přehledu typů, kterými pacientky trpí	36
Obrázek 5: Graf – parita respondentek.....	36
Obrázek 6: Graf výskytu SIM v rodině	37
Obrázek 7: Graf znalosti pojmu SIM	37
Obrázek 8: Graf přehledu pracovišť, která respondentky navštívily jako první	38
Obrázek 9: Graf kvality informovanosti respondentek.....	38
Obrázek 10: Graf hledání dalších informací.....	39
Obrázek 11: Graf zdrojů informací	39
Obrázek 12: Graf srozumitelnosti informací	40
Obrázek 13: Graf ověření srozumitelnosti informací ze strany zdravotnického personálu	40
Obrázek 14: Graf poskytnutí informačního materiálu	41
Obrázek 15: Graf preference způsobu edukace	41
Obrázek 16: Graf pocit studu	42
Obrázek 17: Graf řešení problému s lékařem-mužem	42
Obrázek 18: Graf používání inkontinenčních pomůcek	43
Obrázek 19: Graf informovanost o podílu úhradu inkontinenčních pomůcek pojišťovnou	43
Obrázek 20: Graf poukazy	44
Obrázek 21: Graf fyzioterapie pánevního dna	44

9 Seznam příloh

Příloha A: Mikční cyklus	56
Příloha B: Mikční deník	57
Příloha C: Violet - Pomůcka k aktivnímu posilování svalů PD	58
Příloha D: Dotazník	59
Příloha E: Tabulky k výzkumu.....	63
Příloha F: Edukační materiál	70
Příloha G: Pásková operace.....	72
Příloha H: Anatomické obrázky	73

Příloha A: Mikční cyklus



Obr. 7: Mikční cyklus – fáze mikčního cyklu, fáze plnění a fáze vyprázdňování, fyziologické funkce v jednotlivých fázích

Příloha B: Mikční deník

MIKČNÍ DENÍK

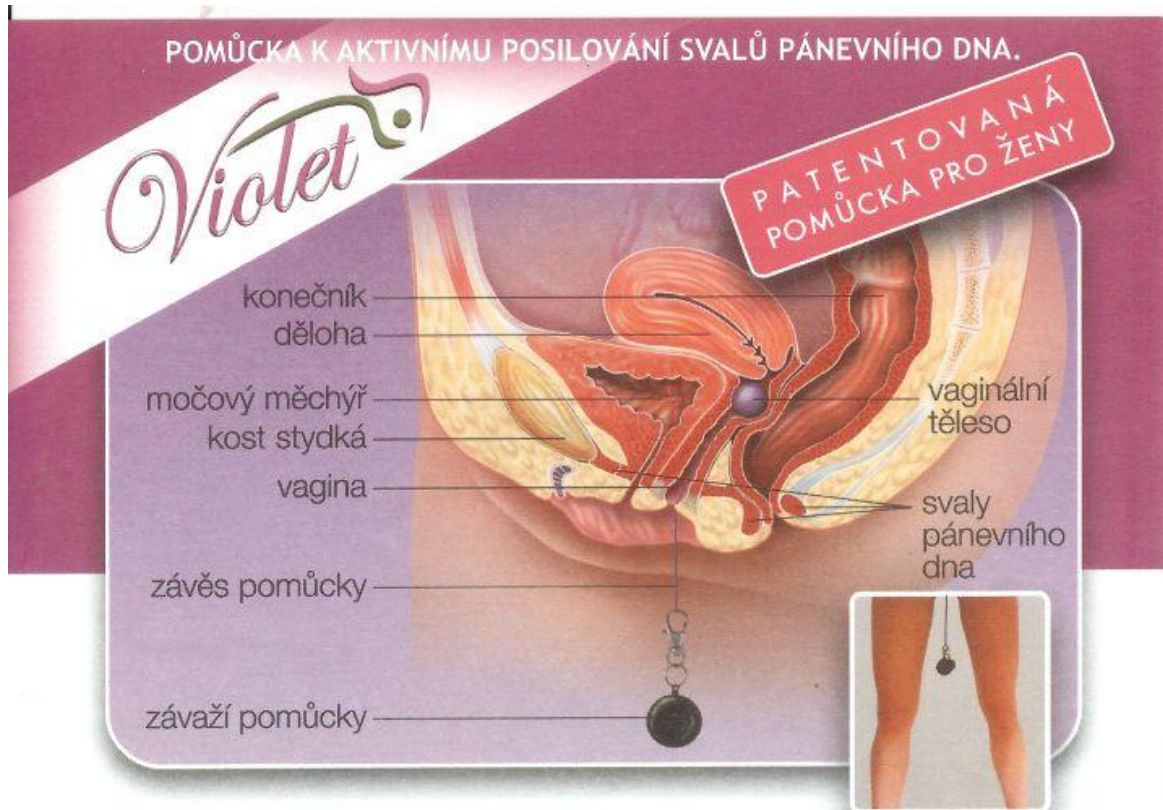
2. den

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

Vydáno: únor 2007

 **astellas**
Leading. Light for Life

Příloha C: Violet - Pomůcka k aktivnímu posilování svalů PD



Mnohé ženy si teprve vysvětlením podstaty cvičení a při vlastním cvičení uvědomí, že pánevní svalstvo mají a že je lze posilovat a tím zmírnit inkontinenční příznaky. Mimo to dochází i ke zkvalitnění sexuálního života a zvýšení sebevědomí ženy.

Tato pomůcka je v porovnání se systémy různých těles pasivně vložených do vagíny nebo různě vibrujících podstatně účinnější a časově minimálně zatěžující. Plně postačí cvičit každý druhý den po dobu tří minut. Její funkci lze srovnat například s posilováním bicepsu pouhým ohýbáním paže bez zátěže nebo s posilováním pomocí činky.

V mé urologické ambulanci začalo s touto pomůckou aktivně posilovat svaly pánevního dna 90 žen, z nichž nejmladší má 23 let a nejstarší je 85letá. Není výjimkou, že se při zvyšování zátěže u žen projevuje i stimul „soutěživého ducha“. Všechny cvičící ženy uvádějí pokles epizod nedobrovolného úniku moči.

Počet žen, které mají o pomůcku zájem rychle stoupá. Záleží tedy na povaze celkového osobního přístupu k životu.



Zaváděcí cena **1330,- Kč**
+ náklady na balné a zaslání dobírkou 155,- Kč
Objednávky na www.lafemmo.cz
e-mailu: mudr.sona@seznam.cz
nebo na 737 481 414 a 731 183 332

MUDr. Soňa Hlavová

V objednávce uveďte počet kusů, přesnou adresu a KDE JSTE ZÍSKALA INFORMACI O TOMTO PRODUKTU.

Příloha D: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Chrudimská a jsem studentkou III. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Ráda bych Vás požádala o laskavé vyplnění tohoto dotazníku, na základě kterého budu psát svou závěrečnou bakalářskou práci. Téma, kterým se zabývám, je edukace u pacientek se stresovou inkontinencí moče. Zajímá mě, kolik o svém problému víte, zda-li se cítíte dostatečně informovaná, kdo a jak Vás informuje apod.

U každé otázky prosím zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď, případně doplňte slovy.

Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely mé práce. Vyplnění tohoto dotazníku je dobrovolné. Po vyplnění vraťte prosím dotazník sestře.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas. Přeji Vám pevné zdraví a hezký zbytek dne!

Lucie Chrudimská

- 1) Kolik je Vám let? (prosím doplňte) let

- 2) Jaké je Vaše vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Odborné
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vysokoškolské

- 3) Jak dlouho jste sledována u lékaře pro stresovou inkontinencí moči?
 - a) Toto je moje první návštěva u lékaře
 - b) Méně než 1 rok
 - c) Déle než 1 rok

- 4) Jakým typem stresové inkontinence moči trpíte?
 - a) I. Typem (inkontinence při kašli, kýchnutí, apod.)

- b) II. Typem (inkontinence při rychlejší chůzi, domácích pracích, apod.)
 - c) III. Typem (inkontinence neustále)
 - d) Nevím, nikdo mně neřekl, že existuje takováto klasifikace
- 5) Kolikrát jste rodila přirozenou cestou? (prosím doplňte) krát
- 6) Trpěla nebo trpí Vaše babička, maminka nebo sestra stresovou inkontinencí moče?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 7) Slyšela jste někdy o stresové inkontinenci moči i před vypuknutím problému u Vás samotné?
- a) Ano
 - b) Ne
- 8) Za kým jste šla, když jste se poprvé rozhodla svůj problém řešit?
- a) K praktickému lékaři
 - b) Ke gynekologovi
 - c) K urologovi
 - d) Přímo k urogynekologovi
- 9) Cítíte se být dobře informovaná o problematice stresové inkontinence moči?
- a) Ano
 - b) Ne a je mi to jedno, nemám zájem o další informace
 - c) Ne, i přesto, že o informace zájem mám (případně prosím uveďte, v jaké oblasti máte nedostatek informací).....
.....
.....
- 10) Hledala jste si ještě sama nějaké informace týkající se stresové inkontinence moči (např. v literatuře, na internetu, apod.)?
- a) Ano, neměla jsem dostatek informací z ordinace
 - b) Ano, i přesto, že jsem měla dostatek informací z ordinace, zajímalo mě to
 - c) Ne, neměla jsem potřebu, vše mi bylo řádně vysvětleno v ordinaci

d) Ne, i přesto, že z ordinace nemám příliš informací

11) Kde jste získala nejvíce informací o stresové inkontinenci moči a její léčbě?

- a) Od lékaře
- b) Od sestry
- c) Od jiných pacientek trpících SIM
- d) Z letáků/brožur/knih
- e) Z internetu
- f) Jinde (prosím doplňte)

12) Byly pro Vás poskytnuté informace srozumitelné?

- a) Ano, určitě
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

13) Ověřil si lékař nebo sestra v ordinaci, zda všemu rozumíte?

- a) Ano, zeptali se, jestli nemám nějaké dotazy
- b) Ano, položili mi kontrolní otázky
- c) Ne, vůbec

14) Byl Vám poskytnut nějaký informační materiál (brožura/leták, apod.)?

- a) Ano
- b) Ne, ale bylo mi sděleno, kde najdu více informací
- c) Ne, vůbec

15) Jaký způsob sdělování informací (edukace) Vám nejvíce vyhovuje?

- a) Rozhovor
- b) Přednáška
- c) Tištěný text (brožura/leták)
- d) Názorná ukázka
- e) Jiná (prosím uveďte)

16) Stalo se Vám někdy, že jste se chtěla na něco zeptat, ale stud Vám to nedovolil, takže jste se raději nezeptala?

- a) Ano, často
- b) Ano, výjimečně
- c) Ne, nikdy

17) Nevadí Vám tento citlivý problém řešit s lékařem-mužem?

- a) Ano, ale přetřpím to
- b) Ano, raději o problému mluvím se sestrou
- c) Ne, vůbec

18) Používáte nějaké inkontinenční pomůcky?

- a) Ano, používám
- b) Ne, nechci nebo nepotřebuji
- c) Ne, nevím, že by nějaké existovaly

19) Víte o tom, že pojišťovna do jisté míry hradí pomůcky pro inkontinentní?

- a) Ano, vím
- b) Ne, nevím

20) Necháváte si psát od lékaře poukazy na pomůcky?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, občas
- c) Ne, nikdy, nemám zájem
- d) Ne, nevím, že je tato možnost

21) Cviky na posílení pánevního dna:

- a) cvičím a cvičila jsem i před vypuknutím SIM
- b) cvičím, ale před vypuknutím SIM jsem necvičila
- c) Necvičím, ale v minulosti jsem cvičila
- d) Necvičím a ani v minulosti jsem necvičila
- e) Nevím, co to je

Děkuji, že jste si našla chvílku a vyplnila tento dotazník.

Příloha E: Tabulky k výzkumu

Tab. 1 Tabulka věku respondentek

věk	n	f
18-35	6	9,68%
36-55	19	30,65%
56-75	31	50,00%
76+	6	9,68%
celkem	62	100,00%

Tab. 2 Tabulka přehledu vzdělání respondentek

vzdělání	n	f
základní	10	16,13%
odborné	24	38,71%
střední	20	32,26%
vysokoškolské	8	12,90%
celkem	62	100,00%

Tab. 3 Tabulka délky sledovanosti žen u urogynekologa

délka sledování	n	f
méně než 1 rok	37	59,68%
déle než 1 rok	25	40,32%
celkem	62	100,00%

Tab. 4 Tabulka přehledu typů, kterými pacientky trpí

Typ SIM	n	f
I. Typ	33	53,23%
II. Typ	17	27,42%
III. Typ	6	9,68%
nevím	6	9,68%
celkem	62	100,00%

Tab. 5 Tabulka parita respondentek

počet porodů	n	f
0	2	3,23%
1	11	17,74%
2	39	62,90%
3	9	14,52%
4 a více	1	1,61%
celkem	62	100,00%

Tab. 6 Tabulka výskytu SIM v rodině

výskyt v rodině	n	f
ano	22	35,48%
ne	20	32,26%
nevím	20	32,26%
celkem	62	100,00%

Tab. 7 Tabulka znalosti pojmu SIM

Pojem SIM	n	f
znala	44	70,97%
neznala	18	29,03%
celkem	62	100,00%

Tab. 8 Tabulka přehledu pracovišť, která respondentky navštívily jako první

lékař	n	f
PL	15	24,19%
gynekolog	37	59,68%
urolog	3	4,84%
urogynekolog	7	11,29%
celkem	62	100,00%

Tab. 9 Tabulka kvality informovanosti respondentek

dostatek informací	n	f
ano	50	80,65%
ne-nemá zájem	1	1,61%
ne- má zájem	11	17,74%
celkem	62	100,00%

Tab. 10 Tabulka hledání dalších informací

hledání dalších informací a proč	n	f
ano, měla jsem málo informací z ordinace	13	20,97%
ano, i přesto, že jsem měla dostatek informací z ordinace	27	43,55%
ne, měla jsem dostatek informací od lékaře	14	22,58%
ne, i přesto, že jsem neměla dostatek informací z ordinace	8	12,90%
celkem	62	100,00%

Tab. 11 Tabulka zdrojů informací

informace	n	f
od lékaře	35	56,45%
od sestry	5	8,06%
od jiných pacientek	5	8,06%
z letáků/brožur/knih	8	12,90%
z internetu	9	14,52%
jinde	0	0,00%
celkem	62	100,00%

Tab. 12 Tabulka srozumitelnosti informací

srozumitelnost	n	f
ano, určitě	33	53,23%
spíše ano	22	35,48%
spíše ne	7	11,29%
určitě ne	0	0,00%
celkem	62	100,00%

Tab. 13 Tabulka ověření srozumitelnosti informací ze strany zdravotnického personálu

ověření srozumitelnosti	n	f
Ano	49	79,03%
Ne	13	20,97%
celkem	62	100,00%

Tab. 14 Tabulka poskytnutí informačního materiálu

informační leták od lékaře	n	f
ano	38	61,29%
ne, ale bylo mi sděleno, kde najdu více informací	13	20,97%
ne, vůbec	11	17,74%
celkem	62	100,00%

Tab. 15 Tabulka preference způsobu edukace

způsob edukace	n	f
rozhovor	38	61,29%
přednáška	2	3,23%
tištěný text	19	30,65%
názorná ukázka	3	4,84%
jiné	0	0,00%
celkem	62	100,00%

Tab. 16 Tabulka pocit studu

Cítíte stud?	n	f
Ano často	18	29,03%
Ano , výjimečně	24	38,71%
Ne, vůbec	20	32,26%
celkem	62	100,00%

Tab. 17 Tabulka řešení problému s lékařem-mužem

	n	f
Ano, ale přetřpím to	27	43,55%
Ano, preferuji sestru	10	16,13%
Ne, vůbec	25	40,32%
Celkem	62	100,00%

Tab. 18 Tabulka používání inkontinenčních pomůcek

Používáte ink. pomůcky?	n	f
Ano, používám	27	43,55%
Ne, nechci nebo nepotřebuji	29	46,77%
Ne, nevím o jejich existenci	5	8,06%
celkem	62	100,00%

Tab. 19 Tabulka informovanosti o podílu úhrady inkontinenčních pomůcek pojišťovnou

	n	f
ANO	42	67,74%
NE	20	32,26%
celkem	62	100,00%

Tab. 20 Tabulka poukazy

	n	f
ano, pravidelně	13	20,97%
ano, občas	10	16,13%
ne, nemám zájem	20	32,26%
ne, nevím o možnosti	19	30,65%
celkem	62	100,00%

Tab. 21 Tabulka fyzioterapie pánevního dna

cviky na pánevní dno	n	f
cvičí, cvičila	11	17,74%
cvičí, necvichila	12	19,35%
necvichí, cvichila	15	24,19%
necvichí, necvichila	22	35,48%
neví, co to je	2	3,23%
celkem	62	100,00%

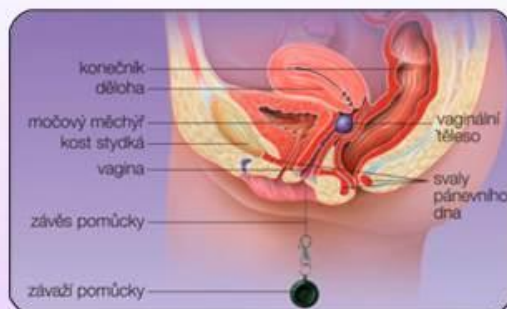
Příloha F: Edukační materiál

TRÁPÍ VÁS NECHTĚNÝ ÚNIK MOČI?

Močová inkontinence je v dnešní době velmi častý problém.
Nestyďte se svěřit Vašemu lékaři!

Nechtěný únik moči při zvýšeném nitrobršním tlaku (při kašli, smíchu, chůzi, zvedání břemen apod.) se nazývá „stresová inkontinence moči“. Velmi pravděpodobně máte ochablý uzávěrový systém močového měchýře, a proto není Vaše tělo schopno udržet moč, když dojde ke zvýšení tlaku. Tento stav mohl být způsoben například porodem, nepřiměřenou fyzickou námahou, nadváhou či věkem. Významnou roli v otázce Vaší kontinence hraje stav pánevního svalstva.

Udělejte si každý den chvilku a udělejte něco pro své zdraví!



pomůcka k aktivnímu posilování svalů
pánevního dna Violet

Stačí 10-20 minut denně a Vaše problémy se mohou zmírnit nebo dokonce úplně vymizet. Dalším pozitivem pravidelného posilování pánevního svalstva je zlepšení sexuálního prožitku.

Poradte se se svým lékařem jaké cviky jsou pro Vás vhodné. Informujte se také o nejrůznějších závěsných pomůckách k posilování svalů pánevního dna.

UŽITEČNÉ ODKAZY:

www.pelvis-klub.cz
www.incoforum.cz
www.lafemmo.cz
www.inkontinence.cz
www.corewellness.cz

ZÁSADY CVIČENÍ:

- cvičte denně
- dodržujte předepsaný postup, cviky vykonávejte tahem nikoli švihem
- před cvičením se vymočte a oblečte si pohodlné oblečení
- pravidelně při cvičení dýchejte
- cvičte svěrače i při močení (stahujte a povolujte svaly, přerušujte močení)
- konzultujte cvičení s lékařem nebo fyzioterapeutem
- při objevení jakýchkoli obtíží neprodleně kontaktujte lékaře

PÁR CVIKŮ, SE KTERÝMI MŮŽETE ZAČÍT JIŽ DNES:



1) Lehneme si na podložku, ruce podél těla, zdviháme zadek nahoru a dolů. Dále můžeme přidat ve chvíli, kdy máme zadek nahoře, ještě přitažení kolen k sobě a jejich následné odtažení.



2) Sedneme si na paty a mírně zdviháme zadek.



3) Sedneme si na podložku, lokty zapřeme a nohy zvedneme mírně nad podložku. Střídavě nohy zvedáme a dotýkáme se podložky.



4) Lehneme si na podložku, ruce podél těla, zvedneme nohy nahoru a přitahujeme je směrem ke stropu.

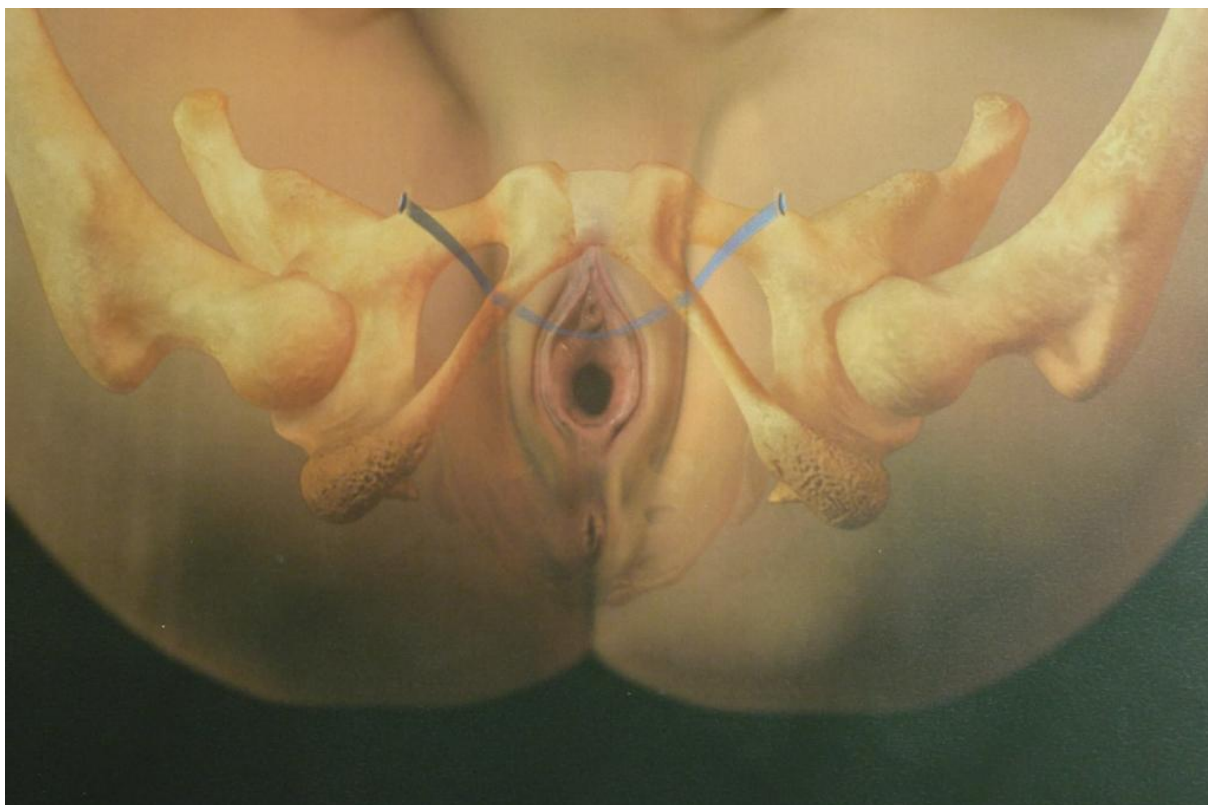


5) Překřížíme nohy přes sebe a předkloníme se. Snažíme se dotknout dlaněmi země.



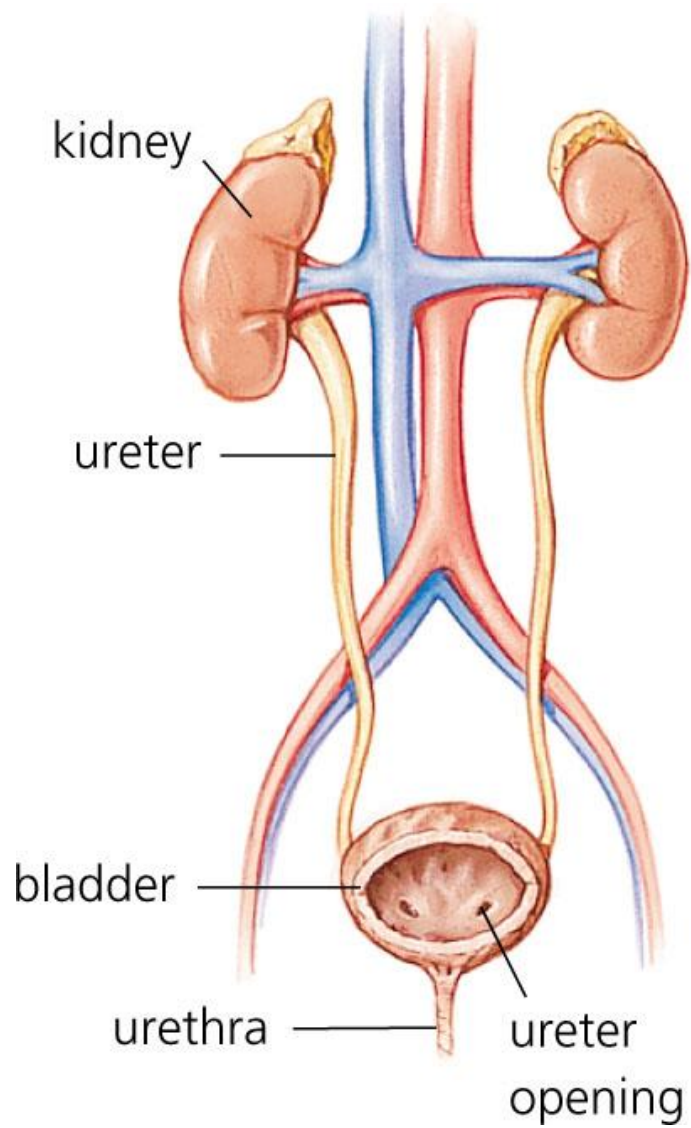
6) Klekneme si s dlaněmi na zemi. Zdvihneme jednu nohu tak, aby byla v jedné linii s tělem a nepatrně kmitáme. Opakujeme i s druhou nohou.

Příloha G: Pásková operace



Příloha H: Anatomické obrázky

Močové cesty



Pánevní dno

