FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Vendula Horová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VLIV MOČOVÉ INKONTINENCE NA KVALITU ŽIVOTA ŽEN V PLZEŇSKÉM KRAJI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Dana Hodinářová

PLZEŇ 2016

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

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 03. 2016.

……

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Daně Hodinářové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Horová Vendula

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv močové inkontinence na kvalitu života žen v Plzeňském kraji

Vedoucí práce: Bc. Dana Hodinářová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 37

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: močová inkontinence, kvalita života, dotazník I-Qol, edukace

Souhrn:

Téma bakalářské práce je problematika močové inkontinence u žen a její vliv na kvalitu života. Cílem práce je posoudit vliv močové inkontinence na kvalitu života žen. Práce je rozčleněna na dvě části. V první části je vymezen pojem kvality života a její definice. Dále je zde popsána anatomie a fyziologie močových cest, klasifikace močové inkontinence, její etiologie, diagnostika, léčba, prevence a edukace. Druhá část na podkladě dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku I-Qol dokládá míru informovanosti a kvalitu života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji.

Annotation

Surname and name: Horová Vendula

Department: Nursing and Birth Assistance

Title of thesis: Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life in Women in the Pilsen Region

Consultant: Bc. Dana Hodinářová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 37

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 38

Keywords: urinary incontinence, quality of life, I-QoL questionnaire, education

Summary:

The topic of the thesis is the problem of urinary incontinence in women and its their quality of life. The aim of the work is to assess the impact of urinary incontinence on quality of life in women. The thesis is devided into two parts. In the first part the term quality of life is defined. Also it describes anatomy and physiology of urinary tract, classification of urinary incontinence and its etiology, diagnostics, treatment, prophylaxis and education. The other part presents the exten of awareness among women with urinary incontinence in Pilsen region and their quality of life according to data from an originally created questionnaire as well as from a standardized I-QoL questionnaire.

OBSAH

ÚVOD 8
1 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DETERMINANTY 9
1.1 Kvalita života žen s močovou inkontinencí 11
2 MOČOVÁ INKONTINENCE 12
2.1 Anatomie a fyziologie 12
2.2 Rozdělení močové inkontinence 12
2.2.1 Stresová inkontinence 13
2.2.2 Urgentní inkontinence 13
2.2.3 Reflexní inkontinence 13
2.2.4 Paradoxní inkontinence (z přetékání) 14
2.3 Rizikové faktory 14
2.4 Diagnostika močové inkontinence 14
2.4.1 Anamnéza 15
2.4.2 Dotazníky 15
2.4.3 Laboratorní vyšetření 16
2.4.4 Fyzikální vyšetření a klinické testy 17
2.4.5 Urodynamické vyšetřovací metody 17
2.4.6 Zobrazovací techniky 18
2.5 Léčba močové inkontinence 18
2.5.1 Konzervativní léčba 19
2.5.2 Medikamentózní léčba 20
2.5.3 Chirurgická léčba 21
2.6 Absorpční pomůcky 22
2.7 Edukace 23
2.7.1 Edukační standardy 26
3 VÝZKUMNÁ ČÁST 28
3.1 Formulace problému 28
3.2 Cíl výzkumu 29
3.3 Charakteristika souboru 30
3.4 Metoda sběru dat 30
3.5 Organizace výzkumu 31
3.6 Prezentace a interpretace získaných údajů 32
DISKUZE 58
ZÁVĚR 66
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ 10

SEZNAM TABULEK 14
SEZNAM GRAFŮ 16
SEZNAM PŘÍLOH 18
PŘÍLOHA 1 19
PŘÍLOHA 2 22
PŘÍLOHA 3 23
PŘÍLOHA 4 24
PŘÍLOHA 5 25
PŘÍLOHA 6 43

ÚVOD

Ztráta schopnosti ovládat vylučování moči může postihnout každého z nás. Nezáleží na tom, zda jsme mladí či staří, zasáhne výrazně do všech oblastí našeho osobního i společenského života. Jako důsledek inkontinence moči vznikají nepříjemné pocity, jako jsou deprese, stres a ztráta důstojnosti. Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma kvality života při močové inkontinenci u žen.

Močová inkontinence představuje závažný zdravotní a sociální problém a v souvislosti s prodlužující se délkou života její výskyt stoupá. V současné době patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění, častější např. než kardiologická onemocnění. V dnešní době přestává být toto téma tabu i přes jeho intimní ráz. Mnoho žen se dříve bálo vyhledat odbornou pomoc, či to dlouhou dobu odkládaly. Močová inkontinence je sice neohrožuje na životě, ale výrazně je omezuje např. v provozování společenských aktivit, sportu ale i v sexuálním životě a jsou nuceny vzdát se mnohého ze svého dosavadního stylu života. To výrazně snižuje jejich kvalitu života, která je neodmyslitelnou součástí lidského života a je důležitá v každém věku. Z historického hlediska se člověk vždy zabýval touto problematikou. Všichni lidé odpradávna toužili po štěstí, blahu, spokojenosti, pohodě a s těmito požadavky jim byli nabízené různé možnosti a prostředky jak toho dosáhnout. Postupně se tento pojem rozšiřoval a spojoval se zdravím, osobní svobodou, vzděláním, potěšením pohodou a smyslem života. Proto je třeba o tomto problému mluvit, nabídnout dostatek informací a poskytnout efektivní edukaci. Dnes existuje již mnoho diagnostických metod, kterými je možno rozlišit jednotlivé typy inkontinence a dle toho zvolit vhodný terapeutický přístup. Cílem této práce je zjistit úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji a jejich informovanost o této problematice.

Bakalářská práce je svým obsahem rozdělena do několika částí. V první části se věnuje právě zmiňované kvalitě života jako takové. V další části je pak souhrnný přehled o problematice močové inkontinence, její definice, klasifikace, diagnostika, léčba, prevence a edukace. Zmínka je zde i o anatomii a fyziologii močových cest. V poslední části pomocí standardizovaného dotazníku I-QoL, který byl rozšířen o položky vlastní konstrukce, mapuje míru informovanosti žen a jejich kvalitu života ve třech nejdůležitějších oblastech života (sociální, fyzické a psychické).

1 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DETERMINANTY

Vymezení kvality života se věnovalo mnoho autorů, avšak její přesná a platná definice zatím chybí. V odborných kruzích se často diskutuje o tom, zda je vůbec možné tento pojem definovat. Payne a kol. (2005, s. 67) uvádějí, že se kvalita života dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá a hodnotí materiální, psychologické, sociální, spirituální a další podmínky pro zdraví a šťastný život jedince. Podle Ondrejky (2006) komplexní koncepce kvality života vyjadřuje subjektivní a dynamicky se měnící stav člověka, a proto by měla být multidimenzionální a každý komponent multifaktorově determinovaný. Pohoda je emočním komponentem kvality života, spokojenost je kognitivním komponentem, fungování v sociálních rolích ve smyslu postižení je výkonovým komponentem a smysl života je spirituálním komponentem. (Ondrejka, Adamicová, 2003)

Definice kvality života vytvořená pracovní skupinou WHOQOL (WHO) uvádí, že kvalita života vyjadřuje to*„jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“.* (The WHOQOL – Group, 1995, s. 1405) Takto definovaná individuální kvalita života zahrnuje vlastní fyzické zdraví, stav psychiky, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, osobní přesvědčení a vztahy k významným aspektům prostředí. (Gurková, 2011, s. 96) Z hlediska zdravotní péče kvalita života koreluje s různými definicemi zdraví. Dle WHO je zdraví: *„Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (blaha), nejen pouhá nepřítomnost nemoci či slabosti“*.(in Hanzlíková a kol., 2007, s. 14)

Podle Němčekové, Žiakové a Mištuny (2000) ovlivňují kvalitu života fyzické, psychické a sociální komponenty. Fyzické zahrnují prožívání bolesti a neschopnost zvládat aktivity běžného života. Mezi psychické se zařazují obavy ze ztráty soběstačnosti, nálada, úzkost a deprese. Sociální zahrnují rodinné vztahy, podílení se na společenském životě a práci.

Jednotlivé dimenze kvality života lze posuzovat na základě objektivního a subjektivního přístupu. Z objektivního hlediska se sledují materiální, sociální a zdravotní podmínky, které ovlivňují život jedince. Subjektivní hodnocení kvality života zahrnuje to, jakým způsobem jedinec vnímá svoje postavení ve společnosti ve spojitosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Kvalitu života lze posuzovat i na základě hierarchického

uspřádání základních lidských potřeb a podle možnosti jejich uspokojení (saturace). (Němčeková, Žiaková, Mištuna, 2000, s. 67) Podle Mühlpachra (2002) je kvalita života velmi individuální a subjektivní a představuje různé věci pro různé lidi v různém čase. Kromě věku, zdravotního stavu, fyzické a psychické výkonnosti se do ní promítají i další faktory, jako jsou pohlaví, rodinný stav, vzdělání, socio – ekonomický status apod.

Odborníci WHO (WHOQOL Measuring Quality of life, 1997) předpokládají, že kvalitu života určuje šest domén s následovným zastoupením indikátorů: fyzické zdraví (energie a únava, bolest a dyskomfort, spánek a odpočinek), psychické funkce (prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se a spirituální prožívání), nezávislost (různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky nebo léky), sociální vztahy (subjektivní hodnocení osobních vztahů, subjektivní hodnocení sexuálního života a adekvátnost sociální opory), prostředí (finanční zdroje, svoboda, zdraví a sociální péče, prostředí domova, možnost získat informace a kompetence, fyzikální prostředí – znečisťující látky, hluk, klima, doprava) a náboženství/spiritualita (náboženská nebo světonázorová přesvědčení).

Každá doména může sama o sobě být složitým komplexem ve společenských, geografických a jiných objektivních podmínkách. Zároveň však můžeme o každé z nich uvažovat i samostatně, kdy stupeň uspokojení nebo frustrace může být v každé doméně velmi rozdílný. Strádání v jedné oblasti nemusí nutně znamenat nedostatek v jiné oblasti. Je důležité, jakým způsobem potom kvalitu života hodnotíme. Zda ji vyjadřujeme kvalitativními nebo kvantitativními indikátory. Předmětem hodnocení je život, život jednotlivce, který zahrnuje všechny oblasti a činnosti ve kterých se momentálně nachází a angažuje. (Gurková, 2011, s. 21)

Na základě výše uvedených koncepcí a teorií o kvalitě života ji lze charakterizovat jako subjektivní (vychází ze subjektivní percepce aktuálního stavu jedince), holistickou, komplexní (zahrnuje bio – psycho – sociální a spirituální oblast), multidimenzionální (ovlivňována objektivními a subjektivními činiteli), dynamické povahy (mění se v čase), hodnotově orientovanou, zahrnující subjektivní a objektivní indikátory a související s uspokojováním potřeb jedince. (Kožuchová a kol. 2014, s. 106)

1.1 Kvalita života žen s močovou inkontinencí

Definice močové inkontinence dle ICS (International Continence Society) zní: *„Inkontinence moči je jakýkoliv stav, při kterém dochází k neúmyslnému úniku moči“.* (in Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 585) Nejde přitom o onemocnění, ale o symptom vyjadřující poruchu souhry dolní části močového traktu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 585)

Močová inkontinence představuje nejen zdravotní, ale i závažný psychický a sociální problém. Její důsledky zasahují do všech oblastí života ženy – fyzické, psychické, sociální, profesní, finanční i sexuální. Bez ohledu na věk, má inkontinence negativní vliv na sebevědomí a psychickou pohodu ženy. Každodenní strach z úniku moči způsobuje rozpaky stres, frustraci, ztrátu důstojnosti a deprese. Ženy se obávají, že si okolí všimne nepříjemného zápachu nebo dojde k znečištění jejich oblečení. V důsledku toho strádají, vyhýbají se různým společenským akcím, obtížněji navazují nové vztahy a uzavírají se do sebe, což může vyústit k úplné sociální izolaci. (Kolombo, 2008) I když se jedná o relativně častý problém s hlubokým dopadem na kvalitu života, více jak 50% inkontinentních žen nikdy nenavštíví lékaře, nebo tak učiní až po několika letech strádání. (Hořčička, 2006) Jedním z důvodů je to, že u laické veřejnosti pořád převládá názor, že inkontinence patří k procesu stárnutí, proto je zbytečné vyhledat odbornou pomoc. K dalším důvodům, proč ženy odkládají návštěvu u lékaře, patří i to, že se ženy stydí o svém problému hovořit a zároveň se ho snaží před druhými utajit. Značně se na tom podílí nízká informovanost žen o různých možnostech léčby. Ženy si tak vytvářejí vlastní strategie řešení problému, což narušuje jejich každodenní život. (Kolombo, 2008) Přitom se jedná o dobře léčitelný problém v každém věku a proto by neměl omezovat ženy v jejich kvalitě života. (Chmel, 2010, s. 5)

Inkontinence moči představuje také značnou ekonomickou zátěž nejen pro společnost, ale i pro ženy trpící inkontinencí moče. Přímé náklady na léčbu odčerpávají značnou část rozpočtu zdravotnických zařízení, nepřímé náklady jsou spojené se sníženou produktivitou práce u žen v určitém stupni inkontinence s jejími ekonomickými důsledky. Financování absorpčních pomůcek pak negativně ovlivňuje ekonomickou situaci žen, neboť značnou částku musí hradit z vlastního platu nebo důchodu. (Urzdík, 2006)

2 MOČOVÁ INKONTINENCE

2.1 Anatomie a fyziologie

Vylučování moči (mikci) zajišťuje močový systém. Ten zahrnuje ledviny (ren), močovody (ureter), močový měchýř (vesica urinaria) a močovou trubici (urethra). Ledviny jsou párový orgán, mající fazolovitý tvar, které neustále filtrují odpadní látky z krve. Leží v horní části dutiny břišní - subperitoneálně, po obou stranách bederní páteře. Jejich povrch je hladký a jsou obaleny výrazným tukovým polštářem. Močový měchýř je dutý svalový orgán, měnící tvar podle náplně, do nějž ústí dva močovody transportující moč z ledvin. V hrdle močového měchýře se nachází močová trubice, procházející pánevním dnem a ústícím nad poševním vchodem. Močová trubice měří u žen zpravidla 3 až 5 cm a je spolu s hrdlem močového měchýře fixována a podepírána okolními strukturami ve správné poloze, která je podmínkou k zajištění udržení moči. Močový měchýř má za úkol moč shromažďovat a vyprazdňovat a uretra poté moč odvádět z organismu. Množství cca. 100ml stačí k pocitu nucení na močení, kdy dochází k podráždění stěny močového měchýře a dráždění nervových zakončení ve stěně. Poté dojde k uvolnění zevního svěrače močové trubice. Ovládání činnosti zevního svěrače se naučíme již v dětství. Vyprazdňování měchýře je složitý děj. Je zapojena svalovina močového měchýře a celý proces je pak řízen autonomními nervy a dolním úsekem bederní míchy. Při poruše mechanizmu vylučování může docházet k nekontrolovanému úniku moči, ale též k zadržování moči následkem obtížného vyprazdňování. (Slezáková, 2011, str. 81)

2.2 Rozdělení močové inkontinence

Močová inkontinence se dělí dle typických klinických příznaků. Kobilková et al. (2005, str. 171) používá starší zjednodušenou klasifikaci inkontinence moči:

1. Extrauretrální inkontinence – trvalý odtok moči jinou cestou než uretrou. Dělí se na vrozenou (ektopický ureter – rozštěp močového měchýře) a získanou (píštěle).
2. Uretrální inkontinence
    - Stresová inkontinence
    - Urgentní inkontinence

- Reflexní inkontinence
- Paradoxní inkontinence

2.2.1 Stresová inkontinence

Nejčastěji vyskytující se typ nechtěného úniku moči. Je to následek náhlého zvýšení nitrobřišního tlaku (např. při kašli, kýchnutí, cvičení, zvedání těžších břemen), který vzniká při nedostatečnosti uzávěrového mechanismu. Jde tedy o pasivní únik moči uretrou bez pocitu nucení a bezprostředně po zvýšení intraabdominálního tlaku. Čím je zvýšení tlaku v břiše vyšší a rychlejší, tím je objem uniklé moči větší. (Slezáková, 2011, str. 82).

Stresová inkontinence se podle závažnosti dělí na tři stupně:

I. stupeň (lehká forma) představuje nechtěný únik moči při náhlém velkém zvýšení nitrobřišního tlaku např. při kašli, kýchnutí či smíchu.

II. stupeň (střední forma) nastává únik moči již při nižším vzestupu nitrobřišního tlaku, při běžných denních a pohybových aktivitách.

III. stupeň (těžká forma) uniká moč téměř neustále a to i po minimálním zvýšení nitrobřišního tlaku. (Chmel, 2010, str. 25)

2.2.2 Urgentní inkontinence

Tento typ inkontinence je definován jako nechtěný únik moči spojený s náhlým, vůlí neovladatelným, imperativním nucení na močení s únikem zpravidla většího množství moči (i více než 100 ml) následkem křečovitých stahů svalstva močového měchýře. Pojem urgentní inkontinence přestává být v dnešní době aktuální, neboť ne každé nucení na močení končí únikem moči. Proto se dnes mluví spíše o tzv. hyperaktivním měchýři s inkontinencí nebo bez inkontinence. Některé ženy mohou trpět velmi častým (více než 8 močení za 24 hodin) nucením bez úniku moči. (Chmel, 2010, str. 23)

2.2.3 Reflexní inkontinence

Jde o únik moči z uretry způsobený abnormální reflexní aktivitou míšního centra. Chybí pocit běžně spojený s nucením na močení a vyprazdňování se stává reflexním aktem, který probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Problematika je velice složitá a řešena by měla být v souvislosti s neurologickým onemocněním. (Kobilková et al., 2005, str. 171)

2.2.4 Paradoxní inkontinence (z přetékání)

Paradoxní inkontinence je způsobena získanou slabostí svaloviny močového měchýře a projevuje se neúplným vyprazdňováním se zvětšujícím se zůstatkem po vymočení. K odtékání moči z přeplněného měchýře dochází z důvodu zhoršení odtoku moči v důsledku anatomické nebo funkční stenózy uretry. Svalovina močového měchýře se nadměrně rozšiřuje a dojde k následnému oslabení jeho stažitelnosti. (Chmel, 2010, str. 24)

2.3 Rizikové faktory

Většina dat z oblasti močové inkontinence pochází z pozorovacích studií. Mezi rizikové faktory s prokázaným vztahem patří věk, parita (počet porodů) a obezita. S věkem narůstá četnost inkontinence i závažnost. Dochází k porušení prokrvení a neuroendokrinním změnám v klimakteriu, což je způsobeno nedostatkem estrogenu. U parity studie uvádějí, že riziko se zvyšuje s počtem porodů a hmotností plodu větší než 4000g. Natažení svalů a vazů pánevního dna během přirozeného porodu se považují za hlavní příčinu uvolnění závěsných vazů mezi kostmi stydkými, močovou trubicí a močovým měchýřem, jejichž úkolem je udržovat tyto orgány ve správné anatomické poloze v těsné blízkosti spojení kostí stydkých. Porod císařským řezem jako pomyslný faktor ochrany před vznikem stresové močové inkontinence odborné medicínské studie neprokázaly. Obezita zvyšuje nejen riziko vzniku močové inkontinence ale i výsledek její léčby, avšak stresové především. Nadměrná tělesná hmotnost celkově přispívá k poklesu pánevních orgánů a k zeslabení svalů pánevního dna. Sama redukce hmotnosti dokáže mnohdy zmírnit či dokonce odstranit příznaky inkontinence. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 585)

Rizikové faktory s nejasným vztahem k močové inkontinenci mohou být recidivující infekce močových cest, kognitivní poruchy, prodělané gynekologické operace, kouření cigaret, omezení pohyblivosti a profesionální zatížení břišních svalů a pánevního dna těžkou fyzickou prací. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 586)

2.4 Diagnostika močové inkontinence

K tomu, aby se určil správný léčebný plán, musíme zjistit příčinu samovolného úniku moči pomocí anamnézy, fyzikálním vyšetřením a klinickými testy, laboratorním vyšetřením, zobrazovací a urodynamickou vyšetřovací metodou.

2.4.1 Anamnéza

Kvalitní a podrobná anamnéza je pro stanovení konkrétního typu močové inkontinence základní podmínkou. Důležitý je vstupní pohovor ženy s lékařem, během kterého je třeba objasnit okolnosti a závažnost úniku moče. Patří sem zjištění rodinné anamnézy, neboť je důležité myslet na vrozené rozštěpové vady, anomálie a genetické vlohy. Je známo, že je až trojnásobné riziko rozvoj inkontinence u ženy, jejíž sestra nebo matka již inkontinencí trpí. Poté zpravidla navazuje gynekologická anamnéza. Zde se zjišťují operační výkony a záněty v malé pánvi, údaje o menstruačním cyklu, hormonální terapii, počtu a způsobu ukončení těhotenství a již zmiňovaná hmotnost porozených dětí. Následuje urologická anamnéza, kde se udává doba vzniku prvních obtíží a souvislost s pitným a dietním režimem, defekačním režimem, s frekvencí denních a nočních mikcí, možností přerušení močového proudu, jeho síly, urgence, provokační moment (kašel, smích), kontinence při koitální aktivitě a v neposlední řadě i informace o hygienických návycích. Svojí důležitost má i pracovní anamnéza, kde se posuzuje fyzická náročnost a psychická zátěž. Součástí anamnézy jsou i údaje o současně užívané medikamentózní léčbě. (Slezáková, 2011, str. 84-85)

Důležitou pomůckou pro registraci návyků, epizod inkontinence a sledování příjmu tekutin je mikční deník. Žena jej vyplňuje doma, alespoň tři běžné dny v řadě. Je důležitá podrobná edukace ze strany sestry k jeho správnému vyplnění. Pomocí deníku lze získat přehled o frekvenci močení, množství urgencí a vyloučení noční polyurie (zvýšená tvorba moči během spánku), jako příčinu obtíží. (Krhut, 2011, str. 61)

2.4.2 Dotazníky

K hodnocení a měření kvality života při močové inkontinenci používáme různé standardizované dotazníky, které se rozdělují do dvou skupin. Rozeznáváme nespecifické (obecné, generické) a specifické dotazníky na kvalitu života. Nespecifické hodnotí jakýkoliv symptom či onemocnění a oproti tomu specifické berou v úvahu zvláštnosti daného symptomu či choroby. Specifických dotazníků, hodnotící kvalitu života pacientů s močovou inkontinencí a hyperaktivním močovým měchýřem, byla navržena celá řada. Ty, u nichž byla ověřena spolehlivost testováním na velkých souborech, a tudíž splňují požadovaná kritéria kvality, pak byly uvedeny do praxe. Jsou považovány za základní parametr při vyhodnocování závažnosti obtíží a úspěšnosti léčby. Každý má svá specifika, podle nichž se lze rozhodnout, pro který druh inkontinence je vhodný a se kterým se bude výzkumníkovi dobře pracovat.

CONTILIFE je dotazník určený pro ženy se stresovou inkontinencí, který hodnotí vliv na běžné denní aktivity a aktivity spojené s námahou, emočními důsledky, vliv na pohlavní život, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení.

King´s Health Questionnaire (KHQ) se velmi často používá pro hodnocení kvality života v klinických studiích preparátů pro léčbu hyperaktivního měchýře.

Overactive bladder questionnara (OAB – q) zahrnuje čtyři okruhy vlivu na kvalitu života, které zahrnují vyrovnání se s obtížemi, celkový vliv na kvalitu života, vliv na spánek a vliv na sociální aktivity.

Incontinence impact questionnaire (IIQ) též hodnotí vliv inkontinence na emoční a fyzickou aktivitu, nutnost omezení cestování a sociálních aktivit u žen. Hodnotí aktuální stav obtíží. Tento dotazník byl pro svou validitu přepracován a doplněn o několik otázek a je vhodný i k hodnocení inkontinence moči u mužů.

Urge – incontinence impact questionnaire (U-IIQ) navíc zahrnuje otázky týkající se nykturie a spokojenosti s léčbou.

Incontinence stress questionnaire for patients (ISQ – P) hodnotí vliv inkontinence na vznik depresí, sociální dopad a estetické či somatické postižení pacientů.

Urinary incontinence handicap invertory (UIHI) je určen pro starší ženy trpící urgentní inkontinencí.

Quality of Life in persons with urinary incontinence (I- QoL), který je určen pro hodnocení kvality života žen s inkontinencí moči ve smyslu nutnosti omezení se v obvyklých činnostech s důrazem na psychosociální a sociální dopad. (Zachoval et al., 2006, str. 286 – 288)

2.4.3 Laboratorní vyšetření

Základem úspěšné diagnostiky je vyloučení infekce močových cest. Vyšetřujeme čerstvou moč ve sterilní nádobě. Není nutná katetrizace u rutinních vyšetření. Vzorek získáme spontánní mikcí za využití středního proudu moči, abychom zamezili kontaminaci buňkami, patogeny a bílkovinou zevního genitálu. Provádíme orientační vyšetření testovacím papírkem, kultivační vyšetření a vyšetření sedimentu. V případě negativní kultivace a současné urgentní symptomatologii se musí ještě provést stěr na chlamydiové a mykotické infekce. (Roztočil et al., 2011, str. 301)

2.4.4 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Gynekologické vyšetření navazuje na podrobnou anamnézu. Zaměření je hlavně na známky macerace zevních rodidel a vrozené vývojové vady. Dále se posuzuje tonus uretry, stupeň její fixace a možná infiltrace zánětlivým nebo nádorovým onemocněním. Vyšetření pochvy v zrcadlech odhalí kvalitu sliznice a tažnost stěn, pokles poševní stěny a dělohy, vaginální fluor, jizva po epiziotomii či lacerace. Vyšetřuje se jak v klidu, tak po zatlačení. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 596)

Jednoduché testy umožní funkční posouzení dna pánve. Stres test nebo též Marshallův test, při kterém se naplní močový měchýř sterilní tekutinou (cca. 200 – 300 ml) a žena se vyzve, aby zakašlala. Pacientce se stresovou inkontinencí odtéká moč. Bonney test nám podává informaci o potřebné pohyblivosti a elasticitě tkání. Žena může zakašlat a při tom sledujeme, zda dochází k úniku moči. Test může být falešné pozitivní při přílišném vyzdvižení poševní stěny, kdy může dojít ke kompresi uretry. Q – tip test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zasouvá lubrikovaná vatová štětička. Při pohybu štětičky (při zatlačení pacientky) o více jak 30 stupňů, se hodnotí jako pozitivní. Pad – weight test slouží k objektivizaci a kvantifikaci úniku moči. Za určité časové období, kdy žena vykonává určitou fyzickou zátěž, se zjistí hmotnost vložky. Hodnotí se přírůstek hmotnosti. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 596-597)

2.4.5 Urodynamické vyšetřovací metody

Jedná se o řadu metod, které slouží ke zhodnocení funkce močového měchýře: plnící cystometrie, profilometrie a uroflowmetrie. Jsou nedílnou součástí předoperačního diagnostického postupu. Provádí se na specializovaném pracovišti pomocí zařízení nazývaného urodynamická jednotka.

Plnící cystometrie je nejužívanější invazivní metoda, kterou se měří vztah tlaku a objemu močového měchýře. Při cystometrii je žena při vědomí, bez podání léků ovlivňující funkci močového měchýře. Rychlost plnění močového měchýře fyziologickým roztokem musí být konstantní. Běžně používaná rychlost plnění je do 100 ml/min. U této metody se hodnotí senzitivita močového měchýře, která je posuzována v kontextu s maximální kapacitou močového měchýře. Aktivita močového měchýře, která se projevuje náhlým a vlnovitým vzestupem tlaku. Kapacita močového měchýře, je u normálního dospělého člověka 350 – 500 ml. A nakonec compliance močového měchýře, což je poddajnost stěny

a ukazuje poměr mezi nárůstem objemu a nárůstem tlaku v plněném měchýři. (Roztočil et al., 2011, str. 302)

Profilmetrie, jinak též uretrální tlakový profil, slouží k měření prostorového rozložení tlaku po celé délce uretry v klidu za současného snímání tlaku v močovém měchýři. Dochází ovšem k určitým nepřesnostem, a proto použití v současné době ustupuje do pozadí. K užitečnější metodě se řadí z hlediska praxe vyšetření stresové profilmetrie, kdy k měření v klidu se použijí stresové manévry, např. opakované zakašlání. Pokud je hodnota tlaku v močovém měchýři vyšší než hodnota tlaku v močové trubici, dochází k úniku moče a je potvrzena stresová inkontinence. (Kobilková et al., 2005, str. 175)

Uroflowmetrie se používá k měření síly proudu moče při mikci za jednotku času. Vyšetření se provádí na průtokoměru (uvádí průtok v ml/s). Hodnotí se tvar křivky, zda je průtok souvislý nebo přerušovaný, maximální a průměrný průtok moče, mikční objem a doba močení. (Zachoval, 2009, str. 2)

2.4.6 Zobrazovací techniky

Ultrazvukové vyšetření dolních močových cest představuje součást neinvazivního vyšetřovacího postupu u močové inkontinence. Poskytuje informace průběhu močového trubice a tvaru měchýře a poskytuje možnost určit oblast odpovědnou za rozvoj stresové inkontinence. Ultrazvukové vyšetření dnes již zcela nahradilo dříve používané rentgenové vyšetření uretrocystografii, neboť nevyžaduje speciální náplň měchýře či uretry kontrastní látkou a je tady šetrnější. (Roztočil et al., 1998, str. 159)

Uretrocystoskopie přímo zobrazuje stěny močové trubice a močového měchýře pomocí tenkých uretrocystoskopů zaváděných do dutiny vyšetřovaných orgánů, při podezření na vrozené anomálie, píštěle, k objasnění příčin hematurie a pro stanovení cystitidy. Při vyšetření je možno pracovním kanálem odběr bioptického materiálu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 600)

2.5 Léčba močové inkontinence

Cílem léčby močové inkontinence je dosáhnout plné kontinence a zlepšit kvalitu života. Několik druhů močové inkontinence vyžaduje rozdílné léčebné opatření a navíc musí zohledňovat aktuální stav a preference ženy. Je důležité léčit obtíže, nejen izolovaný močový problém. Ke každé ženě je potřeba přistupovat velice individuálně na základě stupně subjektivních potíží a klinického nálezu.

2.5.1 Konzervativní léčba

Hlavním principem konzervativní léčby je pokus o zesílení svalů pánevního dna, které se nachází v okolí močové trubice, pochvy a konečníku. Řadíme sem gymnastiku svalstva pánevního dna. Tato metoda vychází z práce amerického gynekologa Kegela, který již v 50. letech minulého století poukázal na možnost léčby inkontinence moči prostřednictvím cviků na posílení pánevního dna. Cvičení je nutno provádět systematicky podle schématu. Důležitá je kontrakce a relaxace svalů pánevního dna pro udržení správné polohy pánevních orgánů. Cvičení je děleno na čtyři části: vizualizace, relaxace, izolace a vlastní posilování. Aby bylo dosaženo správné svalové síly, i vytrvalosti musí se použít správná zátěž a počet opakování. Doporučuje se pohybovat od 20 stahů do 150 stahů za den rozdělených do několika částí po dobu 6 až 8 týdnů. Doba stahu se postupně prodlužuje ze dvou na pět až deset sekund střídavě se stejnou dobou pro uvolnění. Po zvládnutí Kegelova stahu lze přenést cvičení do běžných denních aktivit, jako je stoj, chůze, pohyb a následné udržování dosavadních výsledků. Lepších výsledků u gymnastiky cviků pánevního dna lze dosáhnout pomocí školeného fyzioterapeuta, alespoň v počátcích terapie. Neexistuje zde věková hranice, kdy cviky začít provádět. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 602)

Termoterapie a elektroterapie též patří do konzervativní léčby močové inkontinence. Termoterapie funguje na principu prokrvení určité oblasti a tím jejího uvolnění. Největší úspěšnost má u inkontinence I. stupně. (Roztočil et al., 2011, str. 308) Elektroterapie se používá k nepřímé stimulaci pánevních orgánů nebo jejich inervaci. Povrchové elektrody na kůži nebo elektrody zavedené do pochvy a do konečníku stimulují vybrané svaly a nervy pomocí elektrického impulzu o frekvenci okolo 50 Hz. Tuto metodu lze využít k léčbě urgentní nebo smíšené inkontinence mírného nebo středního stupně. Při léčbě stresové inkontinence je vhodné ji kombinovat s gymnastikou cviků pánevního dna. Výhodou elektroterapie je rychlost posílení svalů pánevního dna, kdy po dobu měsíce každý den stimulujeme několik minut. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 603)

Vaginální pesary redukují či odstraňují stresovou inkontinenci úpravou anatomických poměrů, zejména při sestupu pánevních orgánů, nebo zvýšením výtokového odporu uretry. Užívají se u žen, které si operaci nepřejí, nebo operace u nich není možná např. z důvodu polymorbidity. Dříve používané plastové pesary byly v dnešní době z velké části nahrazeny pružnými pesary v různých velikostech a tvarech, které lze formovat dle individuálních potřeb. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 604) Vaginální konusy

slouží také k posílení svalů pánevního dna. Jsou založeny na zavedení oválného plastikového předmětu do pochvy, v němž se nachází ocelová kulička. Při pohybu, nejlépe při obyčejné chůzi, se ocelová kulička uvnitř předmětu pohybuje a tím naráží na stěnu, čímž přenáší přes poševní stěnu impulz ke stažení pánevních svalů. (Chmel, 2010, str. 35)

Biofeedback poskytuje informace cestou zrakových, sluchových či taktilních vjemů o procesech, které probíhají mimovolně. Dává tak možnost získat povědomí o činnostech svalů a umožňuje nácvik izolované kontrakce určitých svalových skupin. Možností konzervativní terapie jsou též akupunktura a hypnóza. Výsledky touto léčbou nejsou dostatečně známé a přesvědčivé, a proto se doporučují jako doplňková terapie běžně užívaných metod. (Kobilková et al., 2005, str. 179)

V současné době možnosti léčby inkontinence nabízí i homeopatie, což je přírodní léčba. Její působení podporuje přirozené hojivé a zdraví obnovující procesy v souladu s přírodou. Pro stresovou inkontinenci lze doporučit Arnicu Montanu 9CH a Rhusu Toxicodendron 9CH. Při urgentní inkontinenci lze použít Argentinum Nitricum 30 CH. Důležité je užívání homeopatik konzultovat s lékařem, který se touto přírodní léčbou zabývá, nebo sestrou s certifikátem pro homeopatii. (Holub, 2008, str. 15)

A nesmíme zapomenout na psychoterapii, která by měla být součástí komplexního terapeutického přístupu. Obtíže mohou být někdy způsobené psychogenním a psychickým přenosem původního problému. V případě podezření na neurózy, psychiatrické onemocnění nebo sexuální dysfunkce je důležité do léčby zahrnout i pomoc psychiatra, psychologa a sexuologa. (Roztočil et al., 1998, str. 311)

2.5.2 Medikamentózní léčba

Vyžaduje znalost inervace a distribuce receptorů v oblasti dolních močových cest. Účinnost medikamentózní terapie pro léčbu hyperaktivního močového měchýře se pohybuje okolo 60 – 80 %. Léčba může snížit mnoho druhů unikání moče. Některé léky potlačují stahování příliš čilého močového měchýře a jiné zase uvolňují svaly s cílem během močení zcela vyprázdnit měchýř. Základní skupinou jsou léky s anticholinergní látkou. Patří sem např. Tolterodin a Oxybutin, jež relaxují svalovinu močového měchýře a mají i lokální anestetický účinky. Oba léky studie vyhodnotili v účinnosti srovnatelné, avšak pro jejich nežádoucí vedlejší účinky, jako sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění mohou vést až k přerušení léčby. Nově jsou do léčby zavedeny přípravky s agonisty β_3 - andrenergních receptorů, např. Mirabegron. Aktivací těchto receptorů dochází k relaxaci

svalů močového měchýře, čímž se zvýší jeho kapacita a sníží se kontraktilita. V praxi se též využívají tricyklická antidepresiva, aplikace estrogenů a nově intravezikální aplikace botulotoxinu. (Fait, Zikán, Mašata, 2014, str. 45,50)

Medikamentózní terapie u stresové inkontinence představuje spíše léčbu doplňkovou, kterou je vhodné znát. Větší efektivnost zde má však léčba chirurgická s rekonstrukcí pánevního dna a fyzioterapie. (Roztočil et al., 1998, str. 309)

2.5.3 Chirurgická léčba

Všechny operativní zákroky na močovém ústrojí směřují k obnovní anatomických poměrů uložení močového měchýře a močové trubice. Cílem je navrácení plné kontinence. Rozhodnutí o operaci je v rukou urologa či urogynekologa po vyčerpání všech dostupných konzervativních postupů. (Chmel, 2010, str. 39)

Od přelomu šedesátých a sedmdesátých let 20. století byla nejúspěšnější operace kolposuspenze dle Burche. John Burch zjistil a následně ověřil, že pružný závěs hrdla močového měchýře má požadovanou efektivitu při léčbě stresové inkontinence, při vzniku minimálních pooperačních komplikacích. Zákrok se provádí v celkové anestezii abdominální cestou z krátkého příčného řezu těsně nad sponou stydkou. Hrdlo močového měchýře včetně horní poloviny močové trubice se speciálními nevstřebatelnými stehy zavěsí k vazům symfýzy. Tato metoda zdomácněla v celém světě a pomohla miliónům žen po celém světě. (Chmel, 2010, str. 41)

V devadesátých letech minulého století došlo k rozvoji minimálně invazivních technik pomocí polypropylenové pásky. Polypropylenové vlákno je spletené do sítě, které zajistí její prorůstání vlastním vazivem a tím nevadí organismu. Využití tahuprosté vaginální pásky (TVT) představuje revoluci v léčbě ženské stresové inkontinence. Cílem operace je zavedení pásky cestou krátkého nařízntutí přední poševní stěny pod močovou trubicí a následně pomocí dvou jehel, na kterých je páska připevněna, vedené směrem nahoru podél zadní části kostí stydkých, vpravo i vlevo od močové trubice a vypíchnuté kůží nad stydkou kostí. Močová trubice si zde jakoby dosedne na houpačku. Tato operace má úspěšnost kolem 90 %, ale je zde veliké riziko perforace močového měchýře. V roce 2003 byl popsán nový transobturátorový (TOT operace) přístup, který snižuje riziko poranění uretry a močové trubice. Manipulátor zde vede pásku z krátké incize pod močovou trubicí na přední stěně a vede více do stran přes foramen obturatorium, což je otvor v pánvi mezi kostí sedací a stydkou, a následně vyveden v oblasti mezi stehnem a

velkými stydkými pysky. Páska zde leží volně pod močovou trubicí, která je volně průchodná, pouze v případě zvýšení nitrobřišního tlaku nastane její přechodné ohnutí kolem pásky, čímž zabrání nechtěnému úniku moči. (Chmel, 2010, str. 43-47)

Mezi nejčastější peroperační a pooperační komplikace můžeme zařadit poranění pochvy a močového měchýře, nebo krvácení z porušených cév. Dále retenci moči důsledkem celkové anestezie, analgezie, křečí pohmožděných svalů a edému operační rány. Většina těchto vlivů je dočasných, ale může se řešit zavedením permanentního močového katétru. Může též dojít k hyperkorekci, při které dojde k nadměrnému zvednutí hrdla močového měchýře a to pak brání řádnému vymočení. Dochází zde k obstrukci moči a je nutné zvážit reoperaci s následným povolením stehů či odstraněním pásky. K pozdějším komplikacím řadíme infekci, jejíž výskyt lze omezit aseptickou operační technikou. A v neposlední řadě myslíme i na bolest, která vzniká např. v důsledku tahu stehů. (Slezáková, 2011, str. 88)

2.6 Absorpční pomůcky

Jednorázové absorpční pomůcky k močové inkontinenci jednoznačně patří. V dnešní době poskytují spolehlivou a nenápadnou formu ochrany bez obtěžujícího zápachu. Neřeší však příčinu, ale důsledek. Mohou zásadně zlepšit hygienický komfort ženy a tím i pocit jistoty a bezpečí. K dispozici je celá řada pomůcek různých velikostí (od vložek, plen, plenkových kalhotek a savých podložek), tvarů a materiálů, které zabraňují dráždění pokožky. (Roztočil et al., 2011, str. 311) V oblasti absorpčních pomůcek dochází neustále k rozvoji materiálů na základě polymerů, které pojmou 5-7 x více tekutiny než buničina. Inkontinenční pomůcky by měly mít následující vlastnosti: jednoduchá manipulace, schopnost absorpce (pachů, zabraňující množení mikroorganismů a neutralizující metabolity moči) a prodyšnost. Správně zvolený výrobek může zlepšit kvalitu života a zabránit zdravotním problémům, které nemoc provází. K dispozici slouží též řada kosmetických přípravků, které doplňují péči o pokožku při močové inkontinenci (čistící pěny, tekutá mýdla, vlhčené ubrousky a kožní krémy). (Horčička, 2010)

Metodika o předepisovaném množství pomůcek pro inkontinenci je v České republice dána zákonem o veřejném zdravotním pojištění číslo 369/2011 Sb. (mění zákon 48/1997 Sb.), který stanovuje maximální počet pomůcek na určité období. (Horčička, 2012) Pomůcky předepisuje odborný praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog a geriatr

na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku při prokázané patologické inkontinenci. Nárok na předpis vzniká při prokázané patologické inkontinenci. (Sochorová, 2008)

2.7 Edukace

Edukace je proces celoživotního vzdělávání a výchovy jedince nebo skupiny s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech a dovednostech. Edukace ženy (případně jejích rodinných příslušníků) je neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské péče, kterou sestra (porodní asistentka) poskytuje v rámci své ošetřovatelské praxe. Ženy mnohem lépe spolupracují, pokud znají příčinu a klinické projevy svých obtíží. (Juřeníková, 2010, str. 9)

Cílem edukace je osvojení nových poznatků a vědomostí, vytváření nových hodnot, postojů a citových stránek osobnosti k dosažení pozitivní změny v chování. Do edukace se zapojuje edukátor (např. sestra), což je jakýkoliv aktér edukační aktivity a edukant (např. pacient), což je subjekt učení bez ohledu na věk či typ. Hlavním předpokladem efektivní edukace je vzájemná důvěra mezi edukátorem a edukantem. (Magurová, Majerníková, 2009, str. 48)

Edukaci dělíme na základní, komplexní a reedukační. Základní zahrnuje nejdůležitější informace o nově vzniklé nemoci, kdy žena nemá o dané problematice žádné informace. Komplexní je rozšířená edukace, která poskytuje ženě (její rodině) ucelené informace a tím si může budovat dovednosti, postoje ve zdraví prospěšných opatření, které vedou k udržení či zlepšení zdraví. Mohou se realizovat pomocí kurzů, rekondičních pobytů, ale i při léčbě v ambulanci. Reedukační navazuje na předchozí vědomosti, rozvíjí je a napravuje. Prohlubuje již získané vědomosti a obohacuje o nové postoje, při zjištění nových medicínských poznatků. (Magurová, Majerníková, 2009, str. 63)

Oblasti, v nichž se edukace uplatňuje, jsou primární, sekundární i terciární a zaměřuje se na tři specifické cíle: kognitivní (osvojování vědomostí a rozumových schopností), psychomotorickou (praktické dovednosti) a afektivní (získávání názorů a postojů). Lze pracovat s ženou individuálně nebo ve skupině. (Juřeníková, 2010, str. 37-42)

Hlavní důraz je kladen na způsob předávání informací. Zde je důležité ovládat umění verbální a neverbální komunikace. Úkolem sestry (porodní asistentky) je pomoci ženě překonat všechny problémy a posilovat získání sebedůvěry. K edukaci je vhodné

nejprve zajistit klidné a tiché prostředí. Důležité je navázat oční kontakt a poté mluvit srozumitelně, stručně, podané informace několikrát zopakovat, nepoužívat příliš odborné výrazy a zpětnou vazbou s doplňujícími otázkami se přesvědčit, zda informacím ženy porozuměly. Způsob předávání informací je důležité přizpůsobit věku, úrovni vzdělání, typu osobnosti, aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu, eventuálně hendikepu ženy. Kolik edukací proběhne, se odvíjí od nedostatku znalostí a informací ženy, některé porozumí ihned, některé potřebují sezení víc. Edukace je zásadní pro ženy, které již nechtějí tolerovat sníženou kvalitu svého života. (Juřeníková, 2010, str. 31)

Mezi edukační metody nejčastěji řadíme rozhovor, ukázku a přednášku, u které můžeme navíc použít i názorné pomůcky. Tím může žena získat navíc i určité psychomotorické dovednosti. Řadíme sem též konzultaci, která patří mezi nejvíce užívanou metodu ve zdravotnické praxi. Při ní se může žena setkat s odborníkem či poradcem, s nímž probere svůj problém a vyjasní si případné nesrovnalosti. Lze také doporučit různé letáky, brožury a videa k problematice močové inkontinence. Při volbě edukačních metod vždy musíme přihlížet k osobnosti edukanta, k jeho doposud získaným vědomostem, dovednostem a zkušenostem. (Juřeníková, 2010, str. 37)

Existuje i celá řada podpůrných skupin k močové inkontinenci např. Národní asociace pro inkontinenci a od roku 2000 sdružení Inco Forum. Organizace poskytuje odborná stanoviska k osvětové kampani a aktivně spolupracuje s médii v tvůrčích záměrech edukativního programu a pořádá odborné semináře, školení, kurzy cvičení pro ženy. V roce 2007 se začali zakládat tzv. Pelvis kluby, jako součást programu Inco Forum. Jejich priorita je zaměřena na posilování svalů pánevního dna, které vedou zkušené fyzioterapeutky. Aktivity tohoto sdružení lze najít na webových stránkách. (Kučera, Svěráková, 2008)

Edukační proces probíhá v pěti fázích. **První fáze** posuzuje problém a potřebu ženy, dále sběr a analýzu údajů. Ve **druhé fázi** stanoví sestra (porodní asistentka) edukační diagnózu (např. neznalost použití inkontinenčních pomůcek). Ve **třetí fázi** vypracovává edukační plán, stanovuje priority, vybírá metodiku výuky a cíle, kterých chce společně se ženou dosáhnout. **Čtvrtá fáze** spočívá ve vlastní realizaci edukace. Sestra (porodní asistentka) edukuje ženy o změně životního stylu. Je důležité přesvědčit ji ke spolupráci a motivovat k dlouhodobému dodržování režimových opatření. Mezi ně patří hlavně úprava pitného režimu, kdy je důležité pít v malých dávkách v průběhu celého dne. Také nepít tři

hodiny před spaním a upozornit na nevyhovující nápoje, které obsahují kofein (káva, černý čaj) či alkohol. Většina žen se totiž mylně domnívá, že snížením příjmu tekutin zabrání úniku moči, ale pouze ohrožují své tělo dehydratací či infekcí dolních močových cest. V oblasti výživy upozorní na vyváženou stravu s vynecháním kořeněných jídel, výrazně omezit solení a dávat pozor na jídla s obsahem bílého rafinovaného cukru. Vhodné je též do jídelníčku zařadit více zeleniny a ovoce s vynecháním příliš kyselého, jako jsou pomeranče, grepy a citrony. Všechny tyto potraviny vedou k dráždění stěny močového měchýře a vyvolávají nucení na močení. Pro minimalizaci zácpy, která též zhoršuje potíže s močovou inkontinencí, je dobré zařadit potraviny bohaté na vlákninu. Jako prevenci může ženě doporučit i některé vhodné potravinové doplňky (např. extrakt z brusinky kanadské, dýňová semínka), přírodní přípravek Ive Inkontin Stop, či přírodní léčbu homeopatii, které svými vlastnostmi napomáhají zpomalovat přirozené změny na močovém ústrojí. U žen s nadváhou je potřeba upozornit na redukci hmotnosti, případně nabídnout spolupráci s dietology a nutričními odborníky. Vhodné je i zařazení pohybových aktivit do běžného života a doporučit k tomu vhodné sportovní aktivity. Možný je i nácvik kompenzačních aktivit s ohledem na pracovní zátěž a zájmy ženy. Důležité je upozornit na eliminaci kouření u žen kuřaček, protože chronický kuřácký kašel má negativní vliv na močový měchýř. Vyhodnocení edukačního procesu probíhá v poslední **páté fázi**. (Vytejčková a kol., 2013, str. 151).(Magurová, Majerníková, 2009)

Sestra (porodní asistentka) může ženě doporučit cvičení na zpevnění svalů pánevního dna, nebo informovat o metodě tréninku močového měchýře tzv. blader drill, která je založena na přesném stanovení intervalů, kdy chodit močit. Intervaly se postupně prodlužují a současně se může žena snažit potlačit nutkání, eventuálně nacvičovat volní přerušení mikce. Cílem je obnovit činnost oslabených svalů močového měchýře právě pomocí řízeného močení. U cviků na posílení pánevního dna se zapojuje školený fyzioterapeut. (Zámečník, Macek, 2012, str. 153)

Důležitá je též edukace ve výběru a použití vhodných absorpčních pomůcek dle stupně a typu inkontinence. Musí se brát v úvahu i fyzická a psychická schopnost ženy při zvládání manipulace s pomůckou např. při snížené pohyblivosti. Vhodné je dbát na celkovou úroveň hygienické péče a sledovat hygienické návyky ženy. Sestra (porodní asistentka) vede ženu ke zvýšené hygienické péči, doporučí časté sprchování, speciální ochranné mýdla a krémy. Jde o minimalizaci výskytu kožních problémů (např. opruzeniny) spojené s inkontinencí a používáním pomůcek. Musí ženu též informovat o zajištění a

předepisování inkontinenčních pomůcek. Vysvětlí také význam prevence močových infekcí. (Vytejčková a kol., 2013, str. 152)

Sestry by měli v praxi mnohem více využívat opakované, plánované edukační setkání. Jejich úsilí se jim vrátí od žen, které jsou schopné zvládnout péči o sebe, uvědomují si spoluzodpovědnost za svůj zdravotní stav a usilují změnit postoj k vlastnímu onemocnění a zdraví. (Magurová, Majerníková, 2009, str. 31)

2.7.1 Edukační standardy

Pro účinnou a efektivní edukaci, která je součástí všech ošetřovatelských činností, se vypracovávají edukační standardy. Jsou dohodnutou normou, měřítkem, kritériem pro zajištění profesionální kvality edukace u pacienta, jednotlivce, rodiny a skupiny. Správně vytvořený edukační standard musí být srozumitelně a jasně formulovaný, jeho cíle jsou reálné a dosažitelné, a zároveň musí vyhovovat potřebám a možnostem zdravotnického zařízení. Za realizaci, dodržování a distribuci standardů ve zdravotnickém zařízení zodpovídá manažerka ošetřovatelské péče. Standardy musí být dostupné v psané i elektronické podobě. (Magurová, Majerníková, 2009, str. 57)

Edukační standard musí obsahovat následující části: téma edukace, charakteristika standardu (pro koho je určený), cíl edukace, pro koho je standard závazný a kdo se jím musí řídit, doba jeho platnosti a metodika kontroly (jak často a kdo jí bude vykonávat). (Juřeníková, 2010, str. 71)

Edukační standard musí též obsahovat tři základní kritéria, která zabezpečí jeho plnění: strukturální, procesuální a výsledků. Strukturální kritéria určují, co bude potřeba k edukaci např. názorné pomůcky, dokumentace. Kdo bude edukovat a k tomu vytvořit vhodné prostředí, zvolit vhodný čas a zabezpečit kontakt s příbuznými. Procesuální kritéria popisují postup edukace. A kritéria výsledku určují, jakou úroveň kvality edukace chceme docílit. Hodnotí co nového edukant získá v oblasti vědomostí, dovedností a postojů. (Juřeníková, 2010, str. 71)

Součástí edukačního standardu je edukační audit. Jde o zhodnocení, zda byla edukace účinná, do jaké míry byli správně stanovené metody a postupy edukace a naplnění jejich cílů. Tím je zlepšit a zefektivnit kvalitu praxe. Hodnotí se všechna stanovená kritéria ve standardu (struktura, proces, výsledek). K základním metodám hodnocení plnění jednotlivých kritérií patří pozorování (např. sestry při výkonu), pokládání kontrolních

otázek zdravotníkovi a edukantovi, kontrola pomůcek, zdravotnického prostředí a zdravotnické dokumentace. Vyhodnocení splnění standardů se vypočítá v procentech za počet dosažených bodů. Audit musí obsahovat údaje o zdravotnickém zařízení, jména auditorů a kontrolované osoby, použité metody hodnocení a celkové vyhodnocení splnění standardu. Audit vykonává manažerka ošetřovatelské péče příslušného zdravotnického zařízení dvakrát ročně, průběžně podle vypracovaného časového harmonogramu. (Kilíková a kol., 2013, str. 155)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Formulace problému

Močová inkontinence patří mezi nejčastější onemocnění v urogynekologii. Nejedná se o onemocnění s vysokou mortalitou a morbiditou, ale výrazně snižuje kvalitu života žen. Podle výzkumných studií se vyskytuje u 27 % žen, v České republice je její prevalence u žen starších padesáti let okolo 30 %. (Zachoval a kol., 2006, str. 286) Až u 60 % žen se může vyskytnout přechodná inkontinence moči vázaná na řadu běžných situací, jako je prodělaná infekce močových cest, poporodní období nebo silný kašel při chřipkovém onemocnění či viróze. (Kolombo, 2008, str. 2008)

Močová inkontinence negativně ovlivňuje nejen fyzický, psychický a sexuální život žen, ale může jim bránit v sociálním kontaktu z důvodu nejistoty v oblasti osobní hygieny. (Barensten et al., 2010) Dochází k narušení partnerských a sexuálních vztahů, pracovního zařazení a celkové spokojenosti žen, což značně ovlivňuje kvalitu jejich života. Jedná se většinou o problém skrývaný, málo sdělovaný a v současné době zbytečný. (Horčička, 2006, str. 79) Měl by být kladen důraz na větší informovanost o problematice močové inkontinence, cílenou edukaci, prevenci a podporu žen při léčbě tohoto onemocnění ze strany sester. Z toho důvodu se v naší práci ptáme: Jaký vliv má močová inkontinence na kvalitu života žen?

3.2 Cíl výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji.

Dílčí cíle

1. Zmapovat informovanost žen a způsob získávání informací o problematice močové inkontinence.
2. Zjistit subjektivní úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí ve třech oblastech (fyzické, psychické a sociální).
3. Zjistit v jaké oblasti kvality života budou ženy udávat největší omezení.
4. Vypracovat edukační standard – Edukace ženy při močové inkontinenci pro sestry (porodní asistentka) v urogynekologické ambulanci Mulačovy nemocnice Plzeň, s.r.o.

Předpoklady

P1: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen nebude mít dostatek informací o problematice močové inkontinence.

P2: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen by uvítal zvýšenou osvětu a informovanost o problematice močové inkontinence.

P3: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen bude mít sníženou úroveň kvality života ve všech sledovaných oblastech.

P4: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen bude udávat největší omezení v sociální oblasti kvality života.

3.3 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 140 záměrně vybraných žen z Plzeňského kraje. Kritériem výběru byla lékařem diagnostikovaná a léčená močová inkontinence, dispenzarizace žen ve vybraných ambulancích lékařů specialistů pro léčbu močové inkontinence (Mulačovy nemocnice s.r.o., Urologické ambulanci v Klatovech, Stodské nemocnice a.s.) a informovaný souhlas se zapojením do výzkumu.

3.4 Metoda sběru dat

Ke sběru empirických dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku, který byl rozšířen o položky vlastní konstrukce z důvodu splnění cílů a ověření stanovených předpokladů. Dotazník se skládal ze dvou částí a obsahoval celkem 31 položek (příloha 1). V první části byl zjišťován věk, dosažené vzdělání, parita (kolikrát žena rodila), typ pracovní zátěže a rodinný stav (položky 1-5). Těmito socio – demografickými položkami bylo sledováno složení základního souboru výzkumu (žen s diagnózou močové inkontinence) pro další případné studie. Položky 6–9 zjišťovaly, od koho získaly ženy informace o problematice močové inkontinence, zda mají dostatek informací o močové inkontinenci a zda mají potřebu a v jaké oblasti získat další informace týkající se problematiky inkontinence moče. Z hlediska konstrukce dotazníku skýtala jeho první část celkem 9 položek, z toho jednu polo - uzavřenou (položka 6) a zbylých osm je uzavřených (položky 1,2,3,4,5,7,8,9). Ženy mohly uvádět i více odpovědí (položky 6,9).

Druhou část dotazníku tvořil specifický standardizovaný dotazník I-QoL (Quality of Life in persons with urinary incontinence). Jedná se o kvalitní nástroj s ověřenými psychometrickými parametry, validitou a reliabilitou určený pro hodnocení kvality života žen s močovou inkontinencí ve smyslu nutnosti omezování se v běžných činnostech. Byl vytvořen Wagnerem (1996), do českého jazyka jej přeložil a zavedl do praxe prim. MUDr. Ivan Huvar CSc. (Huvar, 2003, str. 18-22). Dotazník obsahoval 22 položek seskupených do tří oblastí: fyzické skóre (položky 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20), sociální skóre (položky 8, 12, 14, 18, 19) a psychické skóre (položky 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22). Jednotlivé položky měly možnost pěti stupňů odpovědí na Likertově škále (1 velmi-5 ne, nikdy), přičemž každý stupeň odpovědi byl zároveň bodovým ohodnocením. Výsledkem vypočítaným podle daného vzorce I-QoL = celkový součet bodů – 22 : 88 x 100 = x % bylo získáno procentuální vyjádření kvality života žen s močovou inkontinencí. Hodnota

100 % odpovídala nejvyšší kvalitě života (ženy nebyly nuceny omezovat se v běžných činnostech), zatímco hodnota 0 % odpovídala nejnižší úrovni kvality života (ženy byly nuceny omezovat se v běžných činnostech v maximální míře). Součástí dotazníku bylo oslovení žen, vysvětlení účelu dotazníku jasné instrukce k jeho vyplnění. Dotazník byl anonymní. Při sběru dat byly dodrženy všechny etické aspekty, které jsou kladeny na výzkum ošetřovatelství.

3.5 Organizace výzkumu

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotní studie. Bylo osloveno 12 žen, které dotazník vyplnily. Během pilotní studie nebyly nalezeny žádné nedostatky, otázky byly pro ženy jasné a srozumitelné. Dotazník byl bez dalších úprav použit ke sběru empirických dat.

Do studie byly zapojeny specializované ambulance na léčbu močové inkontinence ve třech zdravotnických zařízeních Plzeňského kraje: Mulačova nemocnice s.r.o., Urologická ambulance v Klatovech, Stodská nemocnice a.s. Výzkumnému šetření předcházel písemný souhlas každé zdravotnické instituce (příloha 2,3,4). Sběr dat probíhal v termínu od 16. 11. 2015 do 31. 1. 2016.

Do nemocnice byly osobně dovezeny dotazníky a označený sběrný box. Distribuce dotazníků byla zajištěna prostřednictvím ambulantních sester. Vyplněné dotazníky vhazovaly ženy do označeného boxu umístěného u východových dveří na každé ambulanci. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a za souhlas se zapojením do výzkumu bylo považováno vyplnění a odevzdání dotazníku. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků. Návratnost byla 130 dotazníků (92,8 %), z toho počet vyplněných dotazníků byl 126 (96,9%).

3.6 Prezentace a interpretace získaných údajů

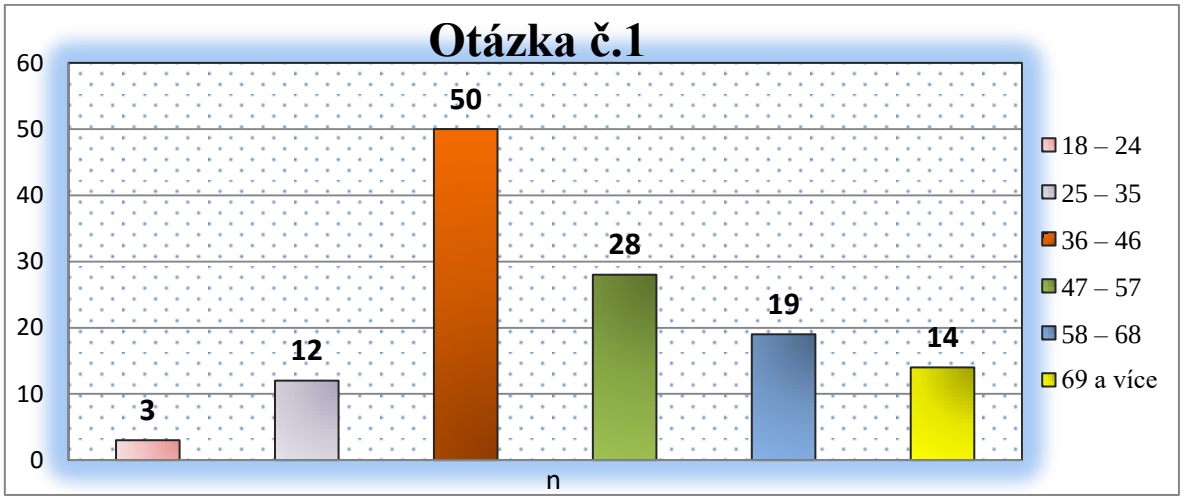
I. ČÁST

1. Váš věk

Tabulka 1. Věk žen

Odpovědi	N	%
18 – 24	3	2,4
25 – 35	12	9,5
36 – 46	50	39,7
47 – 57	28	22,2
58 – 68	19	15,1
69 a více	14	11,1
N	126	100

Graf 1. Věk žen



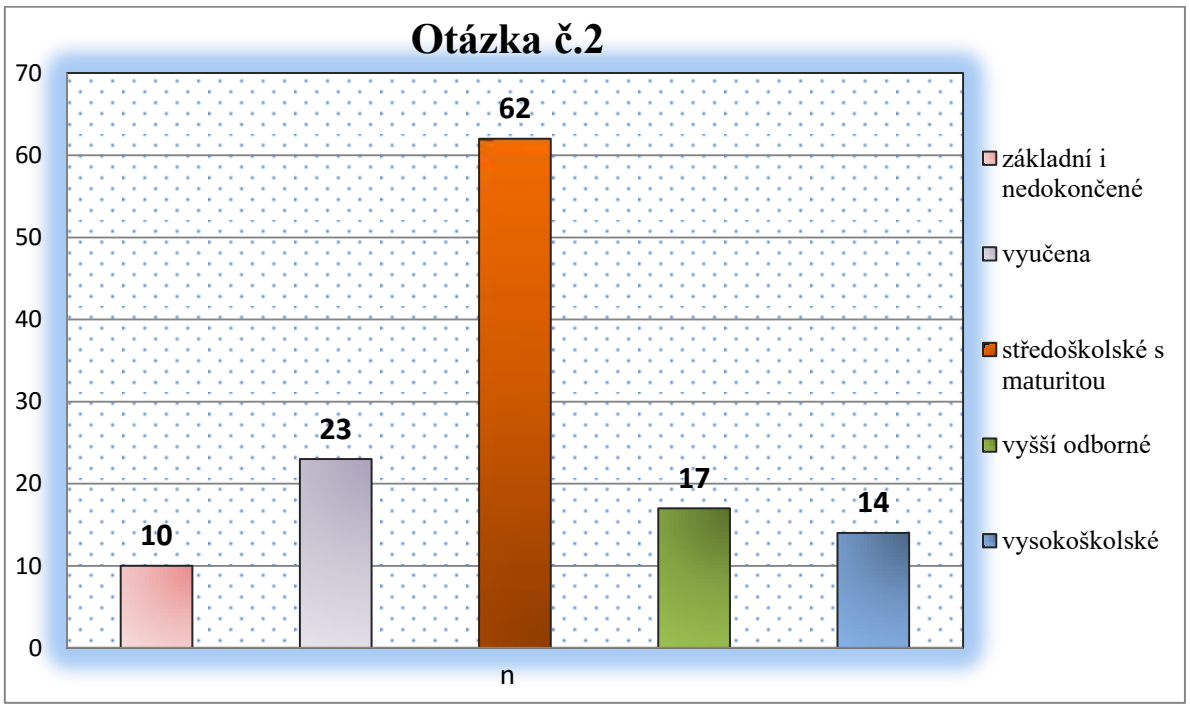
Graf 1 znázorňuje věkové rozložení celého souboru 126 žen, které se zapojily do dotazníkového šetření. Ve věkovém rozmezí 18 - 24 se zúčastnilo nejméně žen, tedy 3 (2,4%), ve věkovém rozmezí 25 – 35 odpovídalo 12 (9,5%) žen. Ve věkovém rozmezí 36 – 46 odpovídalo nejvíce žen, tedy 50 (39,7%). Ve věkovém rozmezí 47 – 57 bylo 28 (22,2%) žen, ve věkovém rozmezí 58 – 68 odpovídalo 19 (15,1%) žen. A v nejstarší věkové skupině 69 a více odpovídalo 14 (11,1%) žen.

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	n	%
základní i nedokončené	10	7,9
vyučena	23	18,3
středoškolské s maturitou	62	49,2
vyšší odborné	17	13,5
vysokoškolské	14	11,1
N	126	100

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání



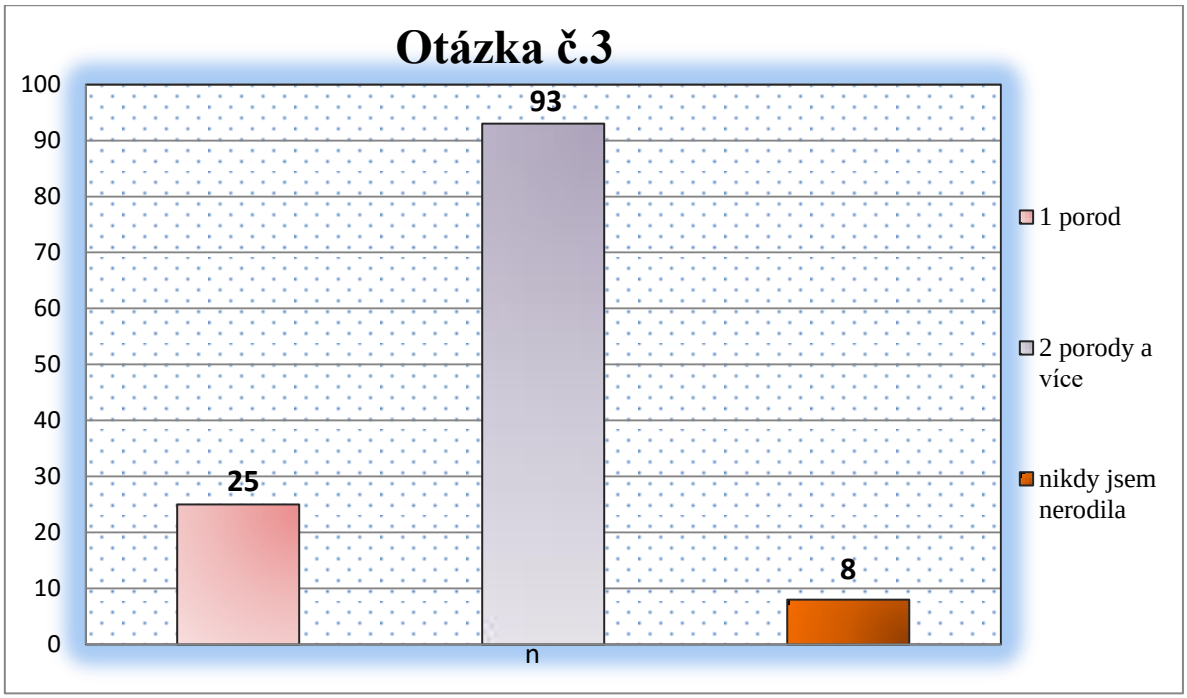
Graf 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání žen. 23 (18,3%) žen bylo vyučeno, základní vzdělání uvedlo pouze 10 (7,9%) žen. Největší zastoupení v základním souboru žen tvořilo 62 (49,2%) se středoškolským vzděláním s maturitou Vyšší odborné vzdělání uvedlo 17 (13,5%) žen a s vysokoškolským vzděláním odpovídalo 14 (11,1%) žen.

3. Počet vašich porodů

Tabulka 3. Počet porodů

Odpovědi	n	%
1 porod	25	19,8
2 porody a více	93	73,8
nikdy jsem nerodila	8	6,4
N	126	100

Graf 3. Počet porodů



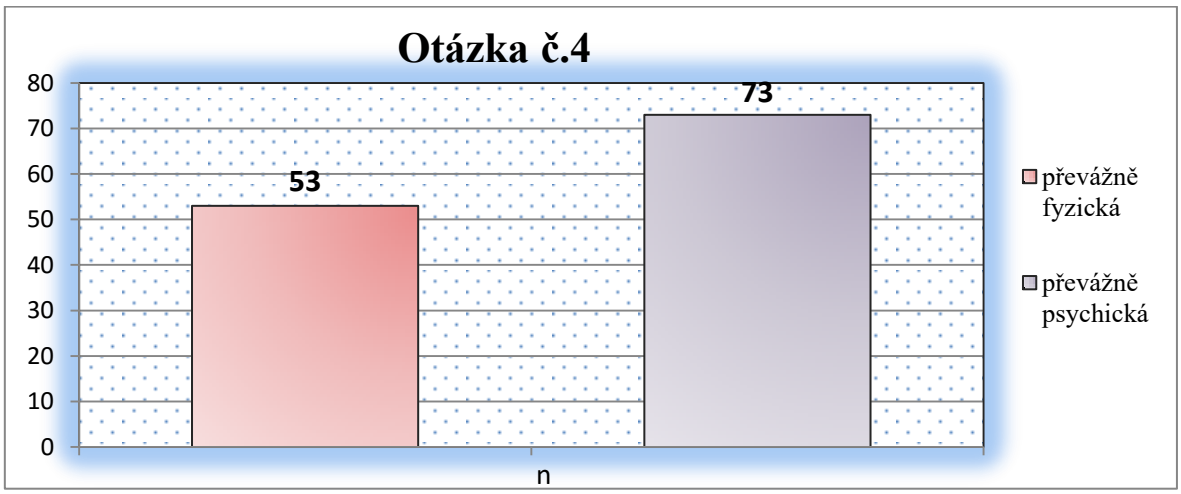
Graf 3 prezentuje počet porodů žen. 25 (19,8%) žen udalo 1 porod. Nejvíce žen 93 (73,8%) uvedlo 2 porody a více. 8 (6,4%) žen odpovědělo, že nikdy nerodilo.

4. Vaše pracovní zátěž je

Tabulka 4. Pracovní zátěž

Odpovědi	n	%
převážně fyzická	53	42,1
převážně psychická	73	57,9
N	126	100

Graf 4. Pracovní zátěž



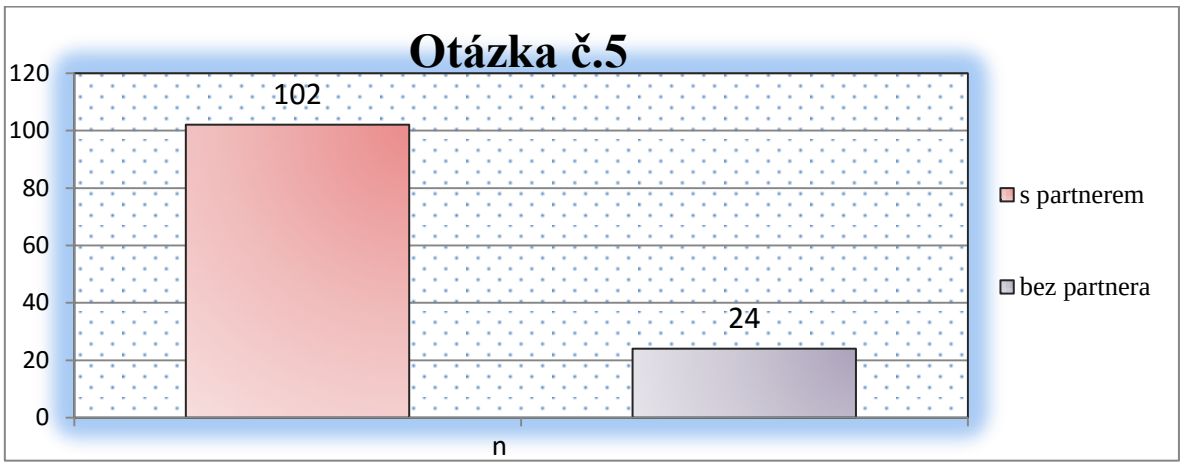
Graf 4 vyhodnocuje pracovní zátěž žen. 53 (42,1%) žen uvedlo pracovní zátěž převážně fyzickou. Větší část žen 73 (57,9%) uvedlo pracovní zátěž převážně psychickou.

5. V současné době žijete

Tabulka 5. Partnerský život

Odpovědi	n	%
s partnerem	102	81
bez partnera	24	19
N	126	100

Graf 5. Partnerský život



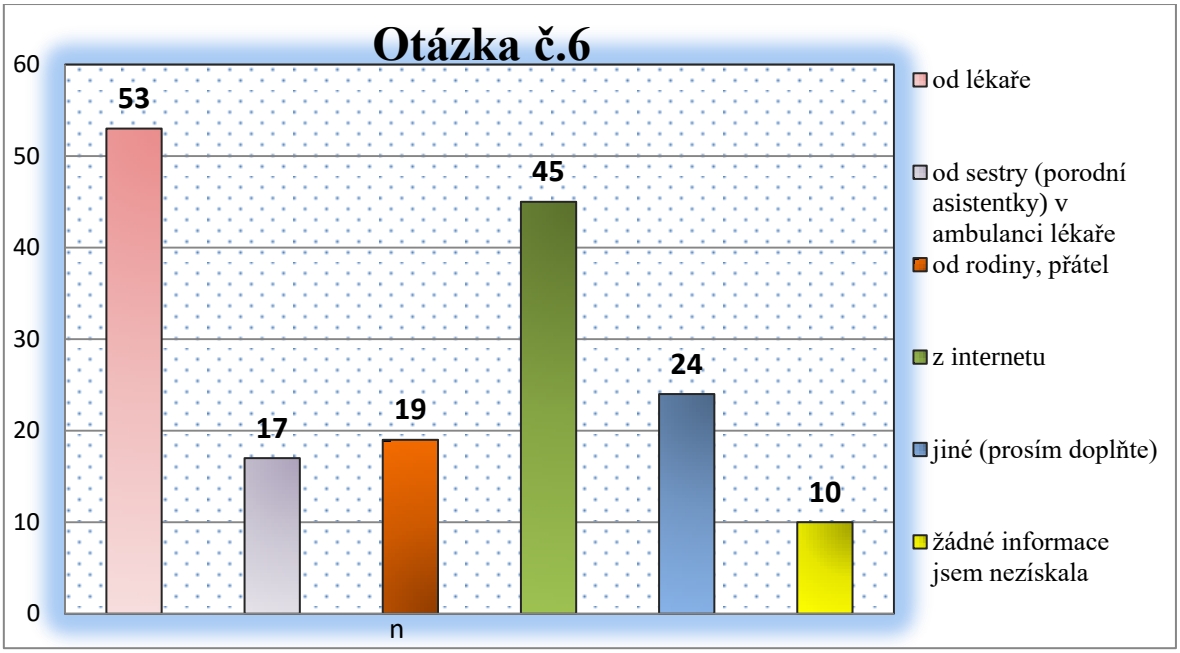
Graf 5 zobrazuje, s kým v současné době ženy žijí. Většina, což je 102 (81%) žen uvedlo, že žijí s partnerem. 24 (19%) žen uvedlo život bez partnera.

6. Od koho jste získala informace o močové inkontinenci?

Tabulka 6. Kdo poskytnul informace o močové inkontinenci

Odpovědi	n	%
od lékaře	53	31,6
od sestry (porodní asistentky) v ambulanci lékaře	17	10,2
od rodiny, přátel	19	11,2
z internetu	45	26,8
jiné (prosím doplňte)	24	14,2
žádné informace jsem nezískala	10	6
N	168	100

Graf 6. Kdo poskytnul informace o močové inkontinenci



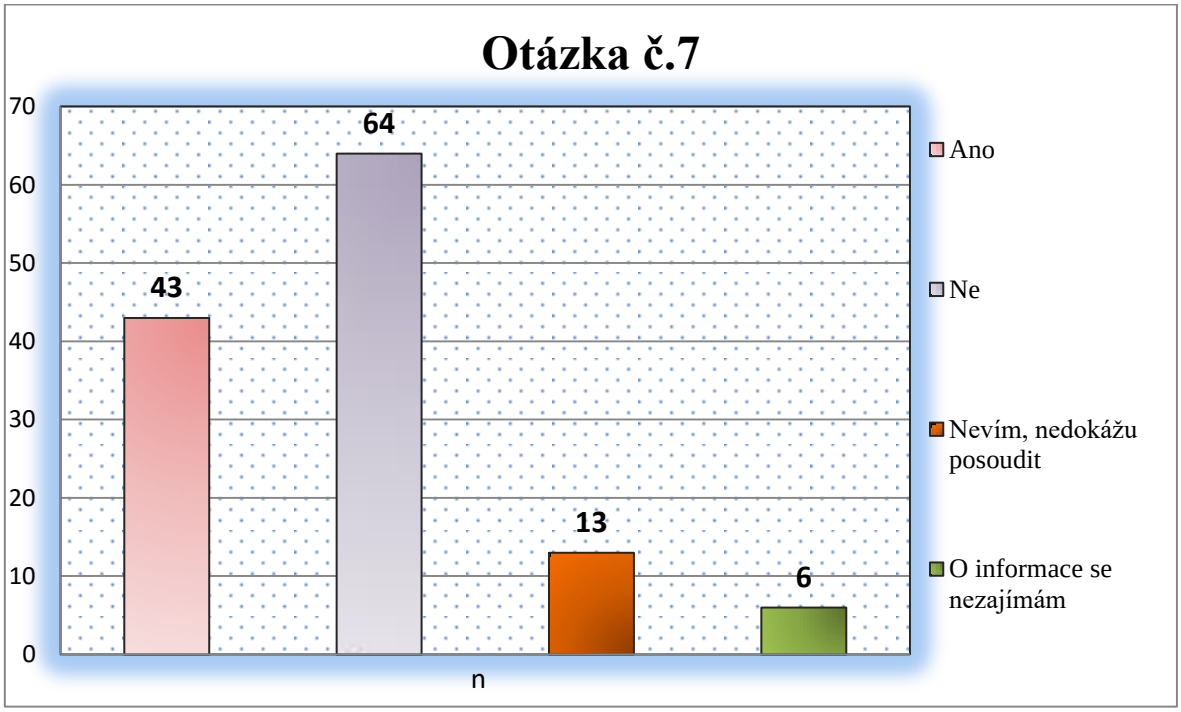
Graf 6 vyobrazuje, od koho získaly ženy informace o močové inkontinenci. Odpovídalo 126 žen, ale tím že mohly uvádět více možností, získalo se šetřením 168 odpovědí. Nejvíce 53 (31,6%) žen získalo informace od lékaře. 45 (26,8%) žen odpovědělo, že získaly informace z internetu. 24 (14,2%) žen uvedlo jinou možnost, kde 15 žen získalo informace ze studií, 6 žen z televize a zbylé 3 ženy z časopisů. 19 (11,2%) žen uvádělo rodinu a přátele, 17 (10,2%) žen si zvolilo zdravotní sestru (porodní asistentku) v ambulanci lékaře. Odpověď, žádné informace jsem nezískala, si vybralo 10 (6%) žen.

7. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice močové inkontinence?

Tabulka 7. Informovanost o močové inkontinenci

Odpovědi	n	%
Ano	43	33,9
Ne	64	51
Nevím, nedokážu posoudit	13	10,3
O informace se nezajímám	6	4,8
N	126	100

Graf 7. Informovanost o močové inkontinenci



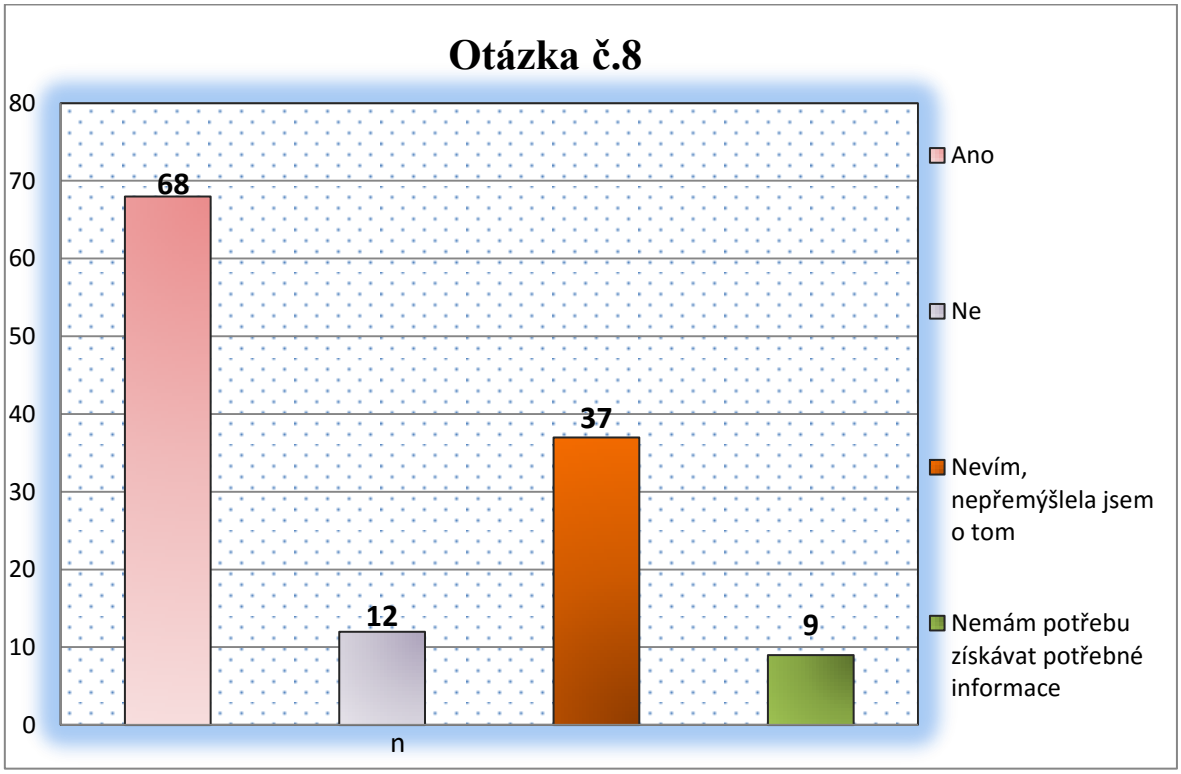
Graf 7 hodnotí, zda si ženy myslely, že mají dostatek informací o močové inkontinenci. 43 (33,9%) žen uvedlo ano. Oproti tomu 64 (51%) žen uvedlo ne. 13 (10,3%) žen zvolilo možnost, že neví či nedokážou posoudit. Pouze 6 (4,8%) žen se o informace nezajímalo.

8. Uvítala byste více informací o problematice močové inkontinence?

Tabulka 8. Zájem žen o další informace k problematice močové inkontinence

Odpovědi	n	%
Ano	68	53
Ne	12	9,6
Nevím, nepřemýšlela jsem o tom	37	30,3
Nemám potřebu získávat potřebné informace	9	7,1
N	126	100

Graf 8. Zájem žen o další informace k problematice močové inkontinence



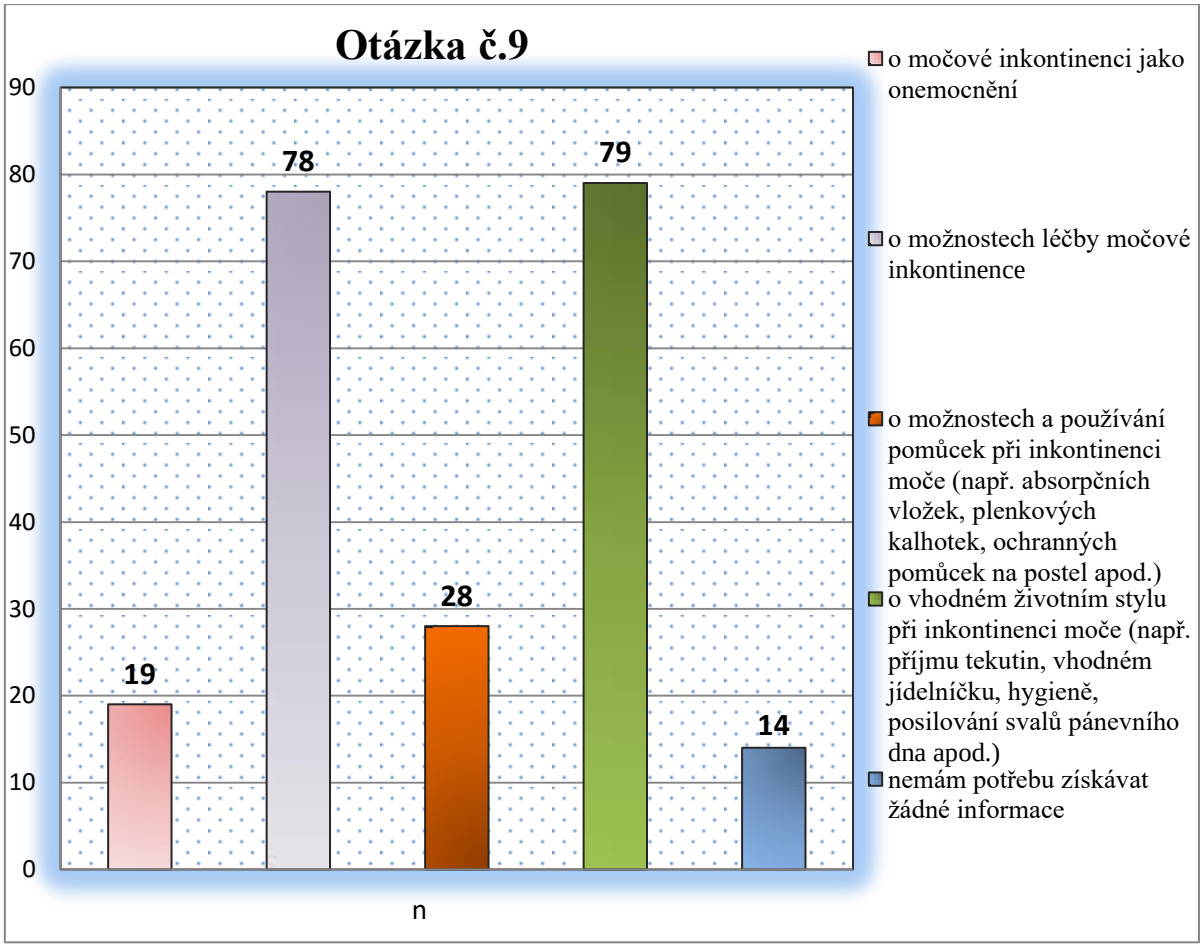
Graf 8 přináší informace o tom, zda by ženy uvítaly více informací o problematice močové inkontinence. 68 (53%) žen odpovědělo ano. Pouhých 12 (9,6%) žen uvedlo, že informace nechtějí. 37 (30,3%) žen nepřemýšlelo o tom, zda informací mají dostatek a 9 (7,1%) žen nemělo potřebu získávat informace k problematice močové inkontinence.

9. V jakých oblastech byste ráda získala informace týkající se problematiky inkontinence moče?

Tabulka 9. Zájem žen o oblasti související s problematikou močové inkontinence

Odpovědi	n	%
o močové inkontinenci jako onemocnění	19	8,7
o možnostech léčby močové inkontinence	78	35,9
o možnostech a používání pomůcek při inkontinenci moče (např. absorpčních vložek, plenkových kalhotek, ochranných pomůcek na postel apod.)	28	12,8
o vhodném životním stylu při inkontinenci moče (např. příjmu tekutin, vhodném jídelníčku, hygieně, posilování svalů pánevního dna apod.)	79	36,2
nemám potřebu získávat žádné informace	14	6,4
N	218	100

Graf 9. Zájem žen o oblasti související s problematikou močové inkontinence



Graf 9 odpovídá na otázku, v jakých oblastech by ženy rády získaly informace týkající se problematiky inkontinence moče. Mohly zde zase uvádět více možností a šetřením se získalo 218 odpovědí. 19 (8,7%) žen by chtělo získat informace o močové inkontinenci, jako onemocnění. Hned za tím následuje 78 (35,9%) žen, které by rádo získalo informace o možnostech léčby močové inkontinence. Poté je veliký propad na 28 (12,8%) žen, které by chtěly získat informace o možnostech používání pomůcek při inkontinenci moče (např. absorpčních vložek, plenkových kalhotek, ochranných pomůcek na postel apod.). Nejvíce 79 (36,2%) žen uvedlo, že by rády získaly informace o vhodném životním stylu při inkontinenci moče (např. příjmu tekutin, vhodném jídelníčku, hygieně, posilování svalů pánevního dna apod.). A nakonec 14 (6,4%) žen nemělo potřebu získávat žádné informace.

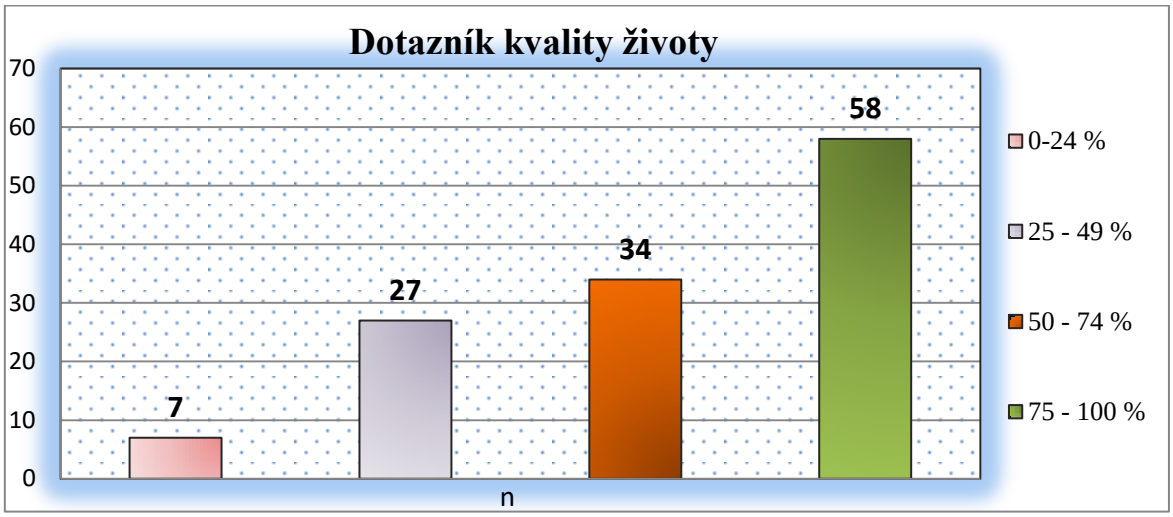
II. ČÁST

Standardizovaný dotazník kvality života při močové inkontinenci (I-QoL)

Tabulka 10. Celkový přehled výsledků standardizovaného dotazníku

Odpovědi	n	%
0 - 24 %	7	5,5
25 - 49 %	27	21,4
50 - 74 %	34	27
75 - 100 %	58	46,1
N	126	100

Graf 10. Celkové znázornění výsledků standardizovaného dotazníku



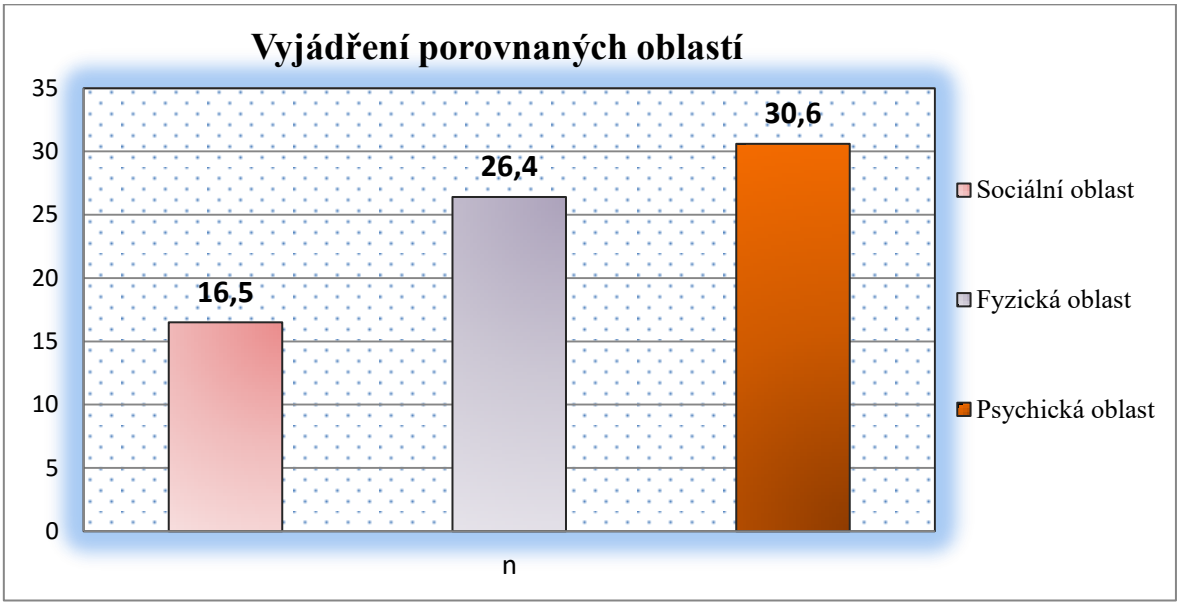
Graf 10 znázorňuje procentuální vyjádření kvality života žen s močovou inkontinencí. Jednotlivé položky měly možnost pěti stupňů odpovědí na Likertově škále (1 velmi-5 ne, nikdy), přičemž každý stupeň odpovědi byl zároveň bodovým ohodnocením. Výsledek byl vypočítaný dle daného vzorce. Ve skupině 0 – 24% skončilo 7 (5,5%) žen, které mají nejnižší úroveň kvality života a jsou nuceny omezovat se v běžných činnostech v maximální míře. 27 (21,4%) žen zapadlo do skupiny 25 – 49%, kdy už je větší omezení v běžných denních činnostech a kvalitu mají více zhoršenou. 34 (27%) žen spadalo do skupiny 50 – 74%, což pro ně znamená mírné omezení v běžných denních činnostech a jejich kvalita je mírně zhoršená. 58 (46,1%) žen odpovídalo 75 – 100%, což znamená, že nebyly nuceny se omezovat v běžných činnostech a mají vysokou kvalitu života.

Jednotlivé oblasti dotazníku při močové inkontinenci (I-QoL)

Tabulka 11. Přehled jednotlivých oblastí

Odpovědi	n	%
Sociální oblast	2282	16,5
Fyzická oblast	3665	26,4
Psychická oblast	4235	30,6
N	10182	73,5

Graf 11. Znázornění jednotlivých oblastí



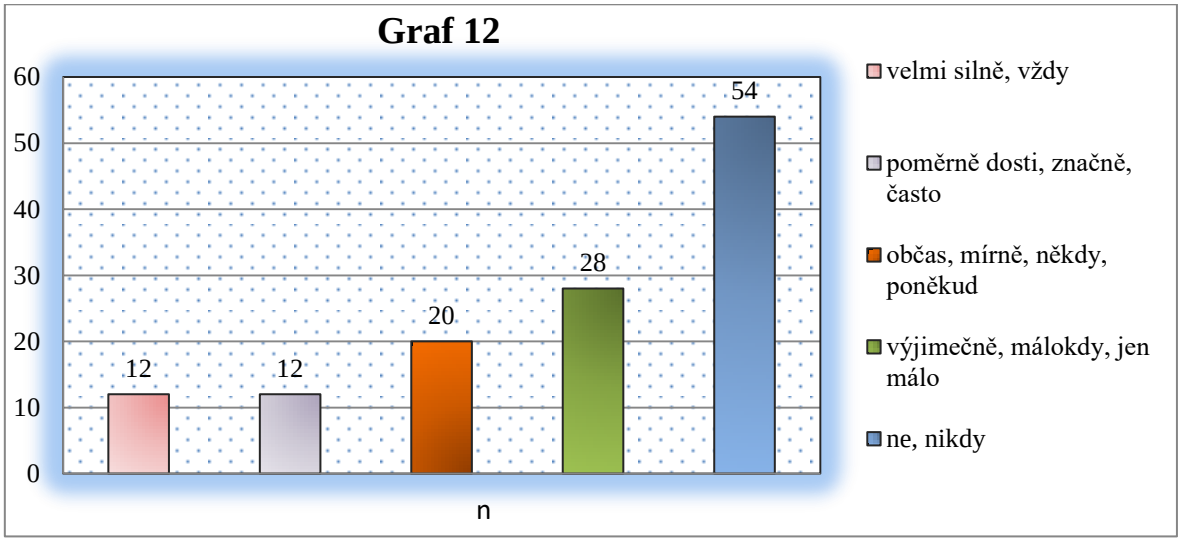
Graf 11 znázorňuje procentuální vyjádření jednotlivých oblastí standardizovaného dotazníku. Bodové skóre bylo hodnoceno v oblasti sociální, fyzické a psychické. Nejhůře dopadla oblast sociální, kde vyšlo pouhých 2282 bodů (16,5 %). O něco lépe vyšla oblast fyzická s 3665 body (26,4 %). A nejlépe na tom bodově skončila oblast psychická s 4235 body (30,6 %).

Oblast sociální

Tabulka 12. **Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	12	9,5
poměrně dosti, značně, často	12	9,5
občas, mírně, někdy, poněkud	20	15,9
výjimečně, málokdy, jen málo	28	22,2
ne, nikdy	54	42,9
N	126	100

Graf 12. Obávám se, že by lidé mohli únik moči rozpoznat čichem

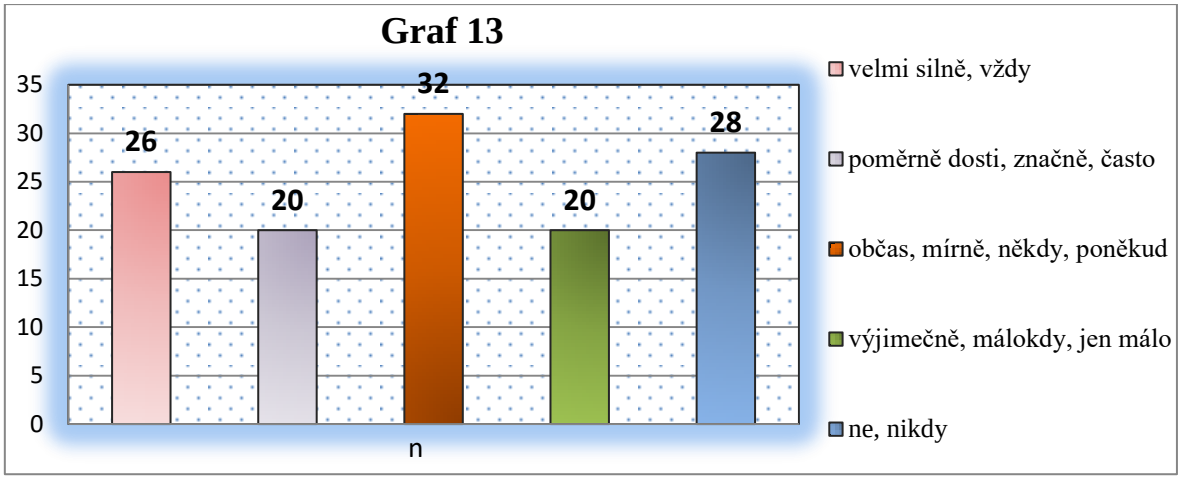


Obavy, že by lidé mohli rozpoznat únik moči čichem, vnímá silně 12 (9,5%) dotazovaných žen. Časté obavy udává 12 (9,5%) žen. Občas má tyto obavy 20 (15,9%) žen a výjimečně je udává 28 (22,2%) žen. Žen odpovídajících nikdy bylo 54 (42,9%).

Tabulka 13. **Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	26	20,6
poměrně dosti, značně, často	20	15,9
občas, mírně, někdy, poněkud	32	25,4
výjimečně, málokdy, jen málo	20	15,9
ne, nikdy	28	22,2
N	126	100

Graf 13. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší

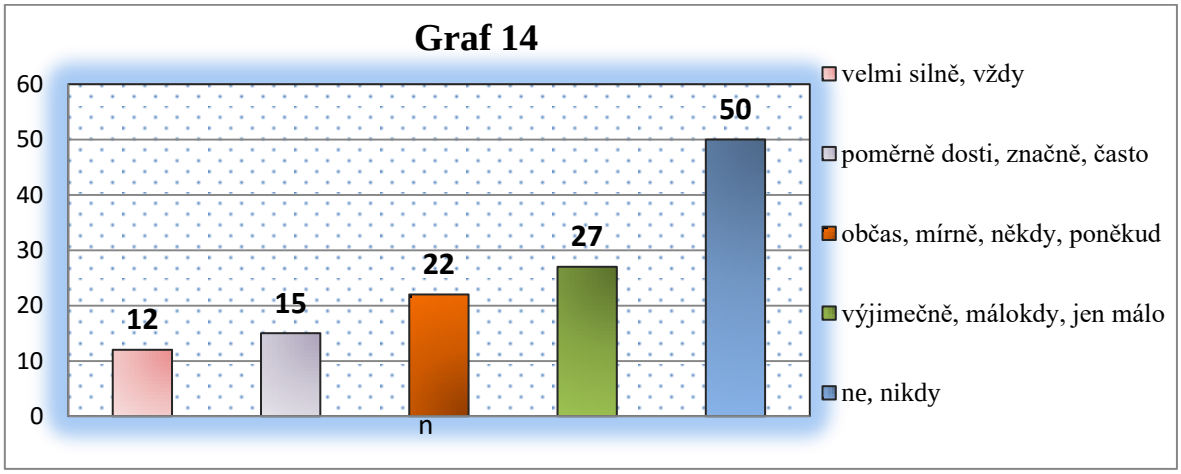


Silné obavy, že se postupem věku problémy zhorší, cítí 26 (20,6%) žen. Časté obavy má 20 (15,9%) žen. Poněkud udává 32 (25,4%) žen a jen málo 20 (15,9%) žen. Nikdy se nebojí 28 (22,2%) žen.

Tabulka 14. **Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	12	9,5
poměrně dosti, značně, často	15	11,9
občas, mírně, někdy, poněkud	22	17,5
výjimečně, málokdy, jen málo	27	21,4
ne, nikdy	50	39,7
N	126	100

Graf 14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu

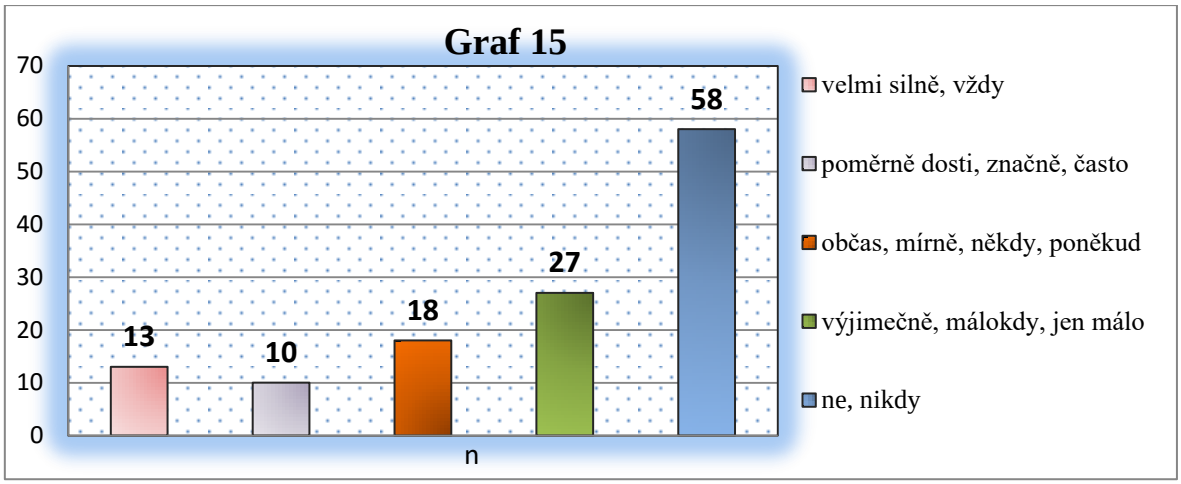


Pocity trapnosti a studu zažívá silně 12 (9,5%) žen. Často tyto pocity zažívá 15 (11,9%) žen. Občasné pocity se objevují u 22 (17,5%) žen, výjimečně u 27 (21,4%) žen a nikdy zvolilo 50 (39,7%) žen.

Tabulka 15. **Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	13	10,4
poměrně dosti, značně, často	10	7,9
občas, mírně, někdy, poněkud	18	14,3
výjimečně, málokdy, jen málo	27	21,4
ne, nikdy	58	46
N	126	100

Graf 15. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení

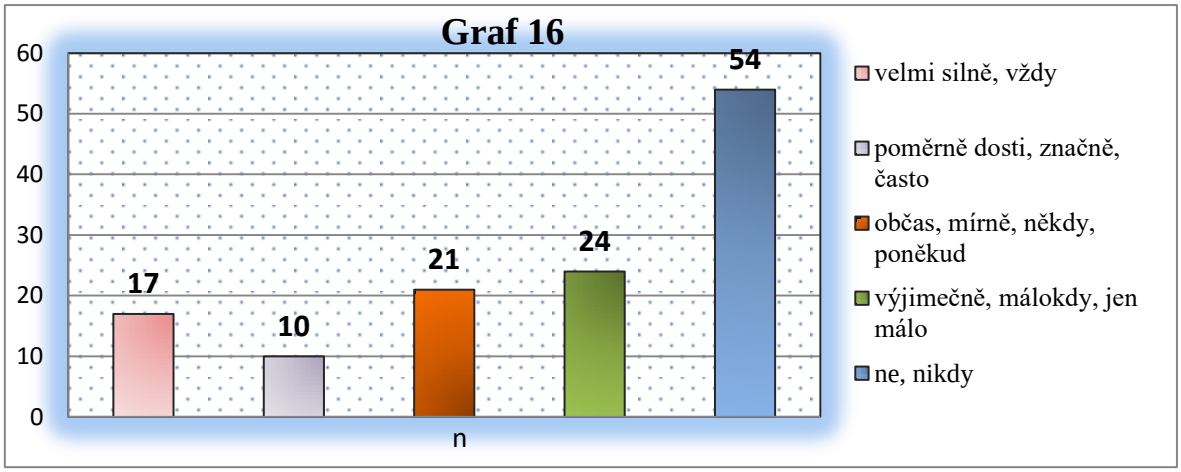


Obavy, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na oblečení má vždy 13 (10,4%) žen. Často má tyto obavy 10 (7,9%) žen, 18 (14,3%) má obavy spojené s tímto problémem občas a výjimečně 27 (21,4%) žen. Nikdy zvolilo 58 (46%) žen.

Tabulka 16. **Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	17	13,5
poměrně dosti, značně, často	10	7,9
občas, mírně, někdy, poněkud	21	16,7
výjimečně, málokdy, jen málo	24	19,1
ne, nikdy	54	42,8
N	126	100

Graf 16. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla



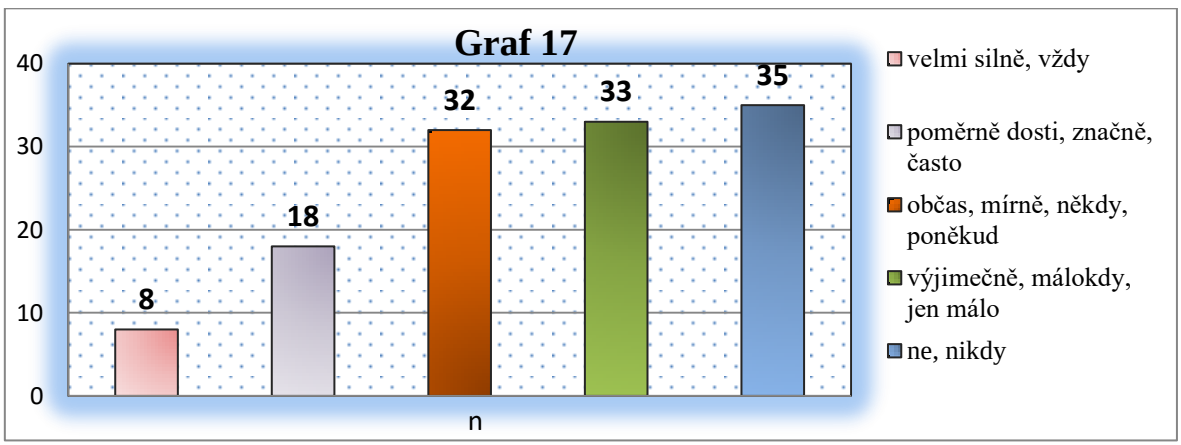
Vždy trpí úzkostí, protože nemůžou ovládat své močení, tak jak by chtěly, uvedlo 17 (13,5%) žen. Poměrně dosti udává 10 (7,9%) žen a občas trpí úzkostí 21 (16,7%) žen. Výjimečně se obává 24 (19,1%) žen a nikdy netrpí úzkostí 54 (42,8%) žen.

Oblast fyzická

Tabulka 17. **Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	8	6,3
poměrně dosti, značně, často	18	14,3
občas, mírně, někdy, poněkud	32	25,4
výjimečně, málokdy, jen málo	33	26,2
ne, nikdy	35	27,8
N	126	100

Graf 17. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC

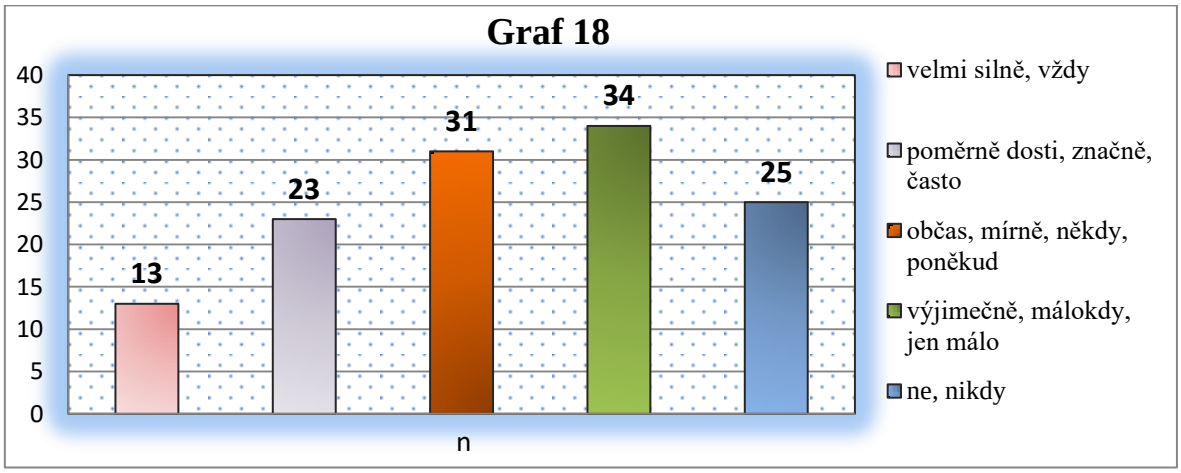


Silně se obává, že nebudou schopné dojít včas na WC 8 (6,3%) žen. Časté obavy má 18 (14,3%) žen, občasné obavy projevuje 32 (25,4%) žen. Výjimečně se obává 33 (26,2%) žen a nikdy se neobává 35 (27,8%) žen.

Tabulka 18. **Obávám se kašlat nebo kýchat**

Odpovědi	N	%
velmi silně, vždy	13	10,3
poměrně dosti, značně, často	23	18,2
občas, mírně, někdy, poněkud	31	24,6
výjimečně, málokdy, jen málo	34	27
ne, nikdy	25	19,9
N	126	100

Graf 18. Obávám se kašlat nebo kýchat

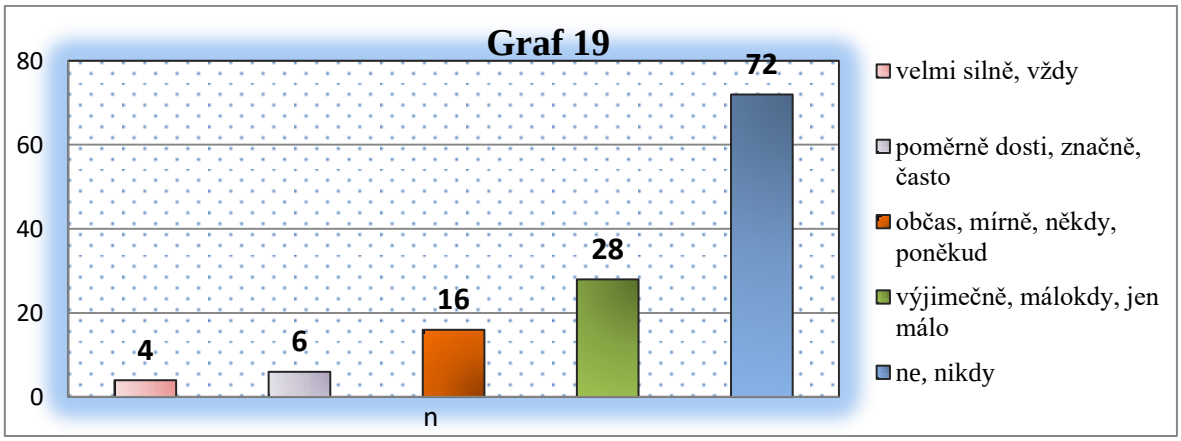


Silné obavy kašlat nebo kýchat má 13 (10,3%) žen. Často obavy udává 23 (18,2%) žen. Mírně má tyto obavy 31 (24,6%) žen a výjimečně 34 (27%) žen. Nikdy se neobjevují, uvedlo 25 (19,9%) žen.

Tabulka 19. **Mám strach se po delším sezení postavit**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	4	3,2
poměrně dosti, značně, často	6	4,8
občas, mírně, někdy, poněkud	16	12,7
výjimečně, málokdy, jen málo	28	22,2
ne, nikdy	72	57,1
N	126	100

Graf 19. Mám strach se po delším sezení postavit

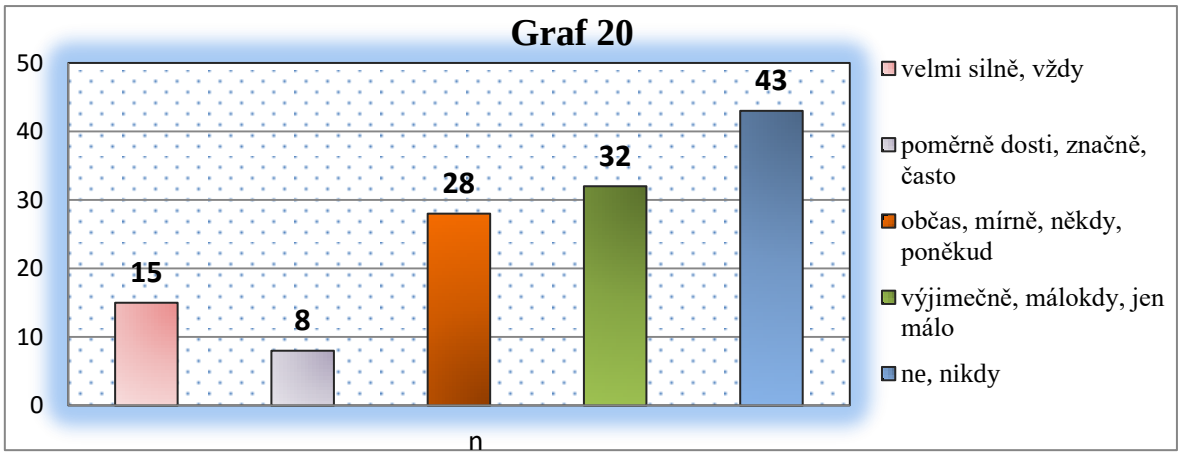


Silný strach se po delším sezení postavit udalo pouze 4 (3,2%) žen, stejně tak často pouze 6 (4,8%) žen. Někdy má strach 16 (12,7%) žen a výjimečně již 28 (22,2%) žen. Nikdy uvedlo nejvíce žen a to celých 72 (57,1%).

Tabulka 20. **V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	15	12
poměrně dosti, značně, často	8	6,3
občas, mírně, někdy, poněkud	28	22,2
výjimečně, málokdy, jen málo	32	25,4
ne, nikdy	43	34,1
N	126	100

Graf 20. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC

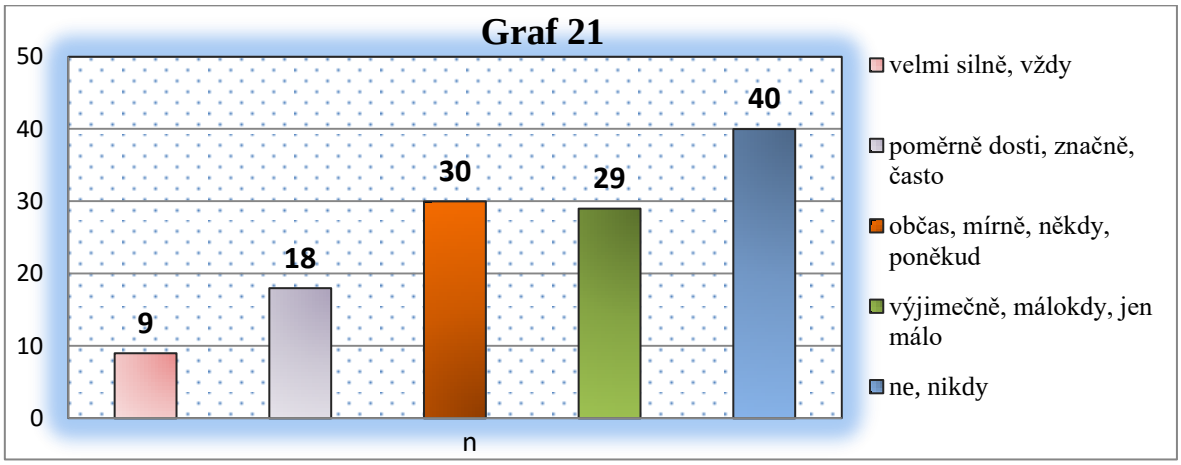


V prostředí, které je pro ženu neznámé, je obtěžující myšlenka kde se nachází WC vždy pro 15 (12%) žen. Často je obtěžující pro 8 (6,3%) žen a občas pro 32 (25,4%) žen. Nikdy je neobtěžuje, zvolilo 43 (34,1%) žen.

Tabulka 21. **Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	9	7,1
poměrně dosti, značně, často	18	14,3
občas, mírně, někdy, poněkud	30	23,8
výjimečně, málokdy, jen málo	29	23
ne, nikdy	40	31,8
N	126	100

Graf 21. Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím

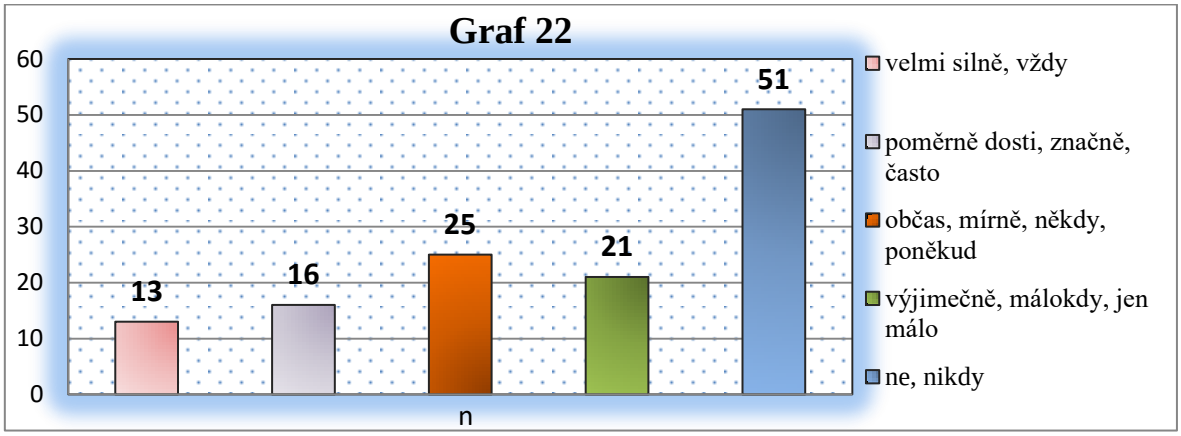


"Pro jistotu" chodí na WC vždy 9 (7,1%) žen. Poměrně značně chodí 18 (14,3%) žen a občas 30 (23,8%) žen. Výjimečně chodí "pro jistotu" na WC 29 (23%) žen a nikdy udalo 40 (31,8%) žen.

Tabulka 22. **Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	13	10,3
poměrně dosti, značně, často	16	12,7
občas, mírně, někdy, poněkud	25	19,8
výjimečně, málokdy, jen málo	21	16,7
ne, nikdy	51	40,5
N	126	100

Graf 22. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC

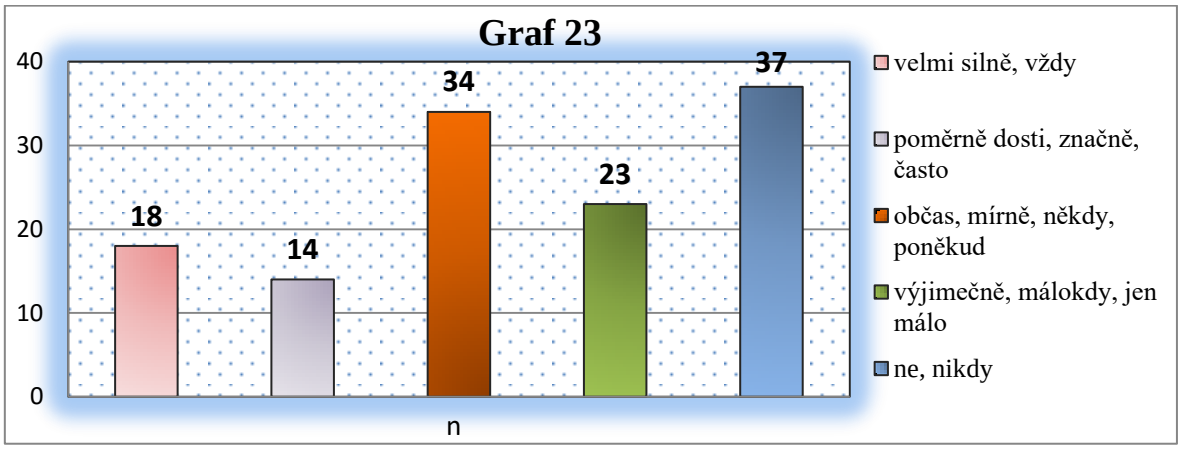


Naplánovat každou svoji činnost předem vadí silně 13 (10,3%) ženám a značně to vadí 16 (12,7%) ženám. 25 (19,8%) žen odpovědělo, že jim to vadí někdy a výjimečně plánuje činnost 21 (16,7%) žen. Nikdy plánovat nemusí, uvedlo 51 (40,5%) žen.

Tabulka 23. **Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	18	14,3
poměrně dosti, značně, často	14	11,1
občas, mírně, někdy, poněkud	34	27
výjimečně, málokdy, jen málo	23	18,3
ne, nikdy	37	29,3
N	126	100

Graf 23. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC

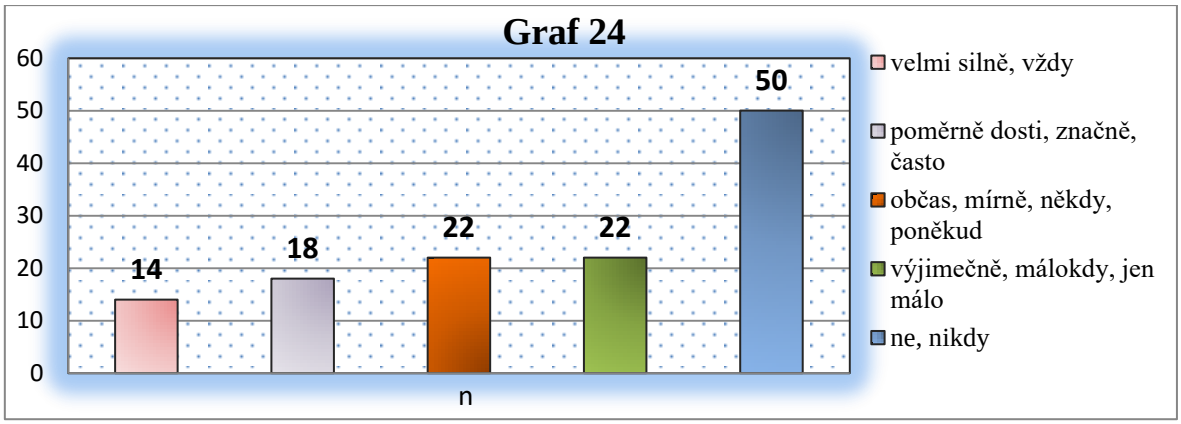


Noční vstávání na toaletu vždy vadí 18 (14,3%) ženám. Poměrně dosti obtěžuje 14 (11,1%) žen a občas 34 (27%) žen. Výjimečně noční vstávání vadí 23 (18,3%) ženám a 37 (29,9%) žen zvolilo odpověď nikdy.

Tabulka 24. **Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	14	11,1
poměrně dosti, značně, často	18	14,2
občas, mírně, někdy, poněkud	22	17,5
výjimečně, málokdy, jen málo	22	17,5
ne, nikdy	50	39,7
N	126	100

Graf 24. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít



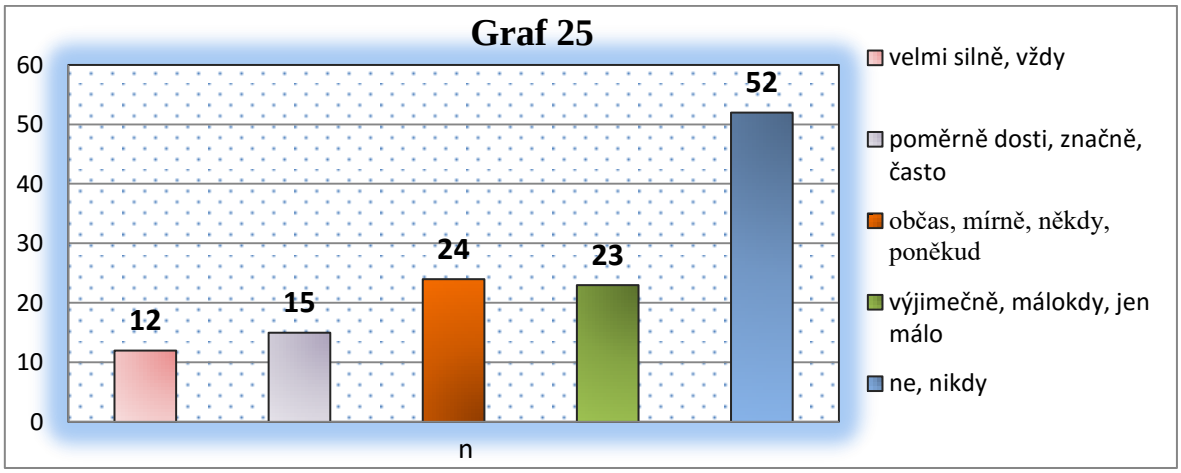
Vždy se musí kontrolovat 14 (11,1%) žen kolik a co mohou vypít. 18 (14,2%) žen se musí kontrolovat značně a občas pouze 22 (17,5%) žen. To samé výjimečně 22 (17,5%) žen. A 50 (39,7%) žen se kontrolovat kolika a co mohou vypít, nemusí nikdy.

Oblast psychická

Tabulka 25. **Kvůli úniku moči se cítím depresivně**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	12	9,5
poměrně dosti, značně, často	15	11,9
občas, mírně, někdy, poněkud	24	19
výjimečně, málokdy, jen málo	23	18,3
ne, nikdy	52	41,3
N	126	100

Graf 25. Kvůli úniku moči se cítím depresivně

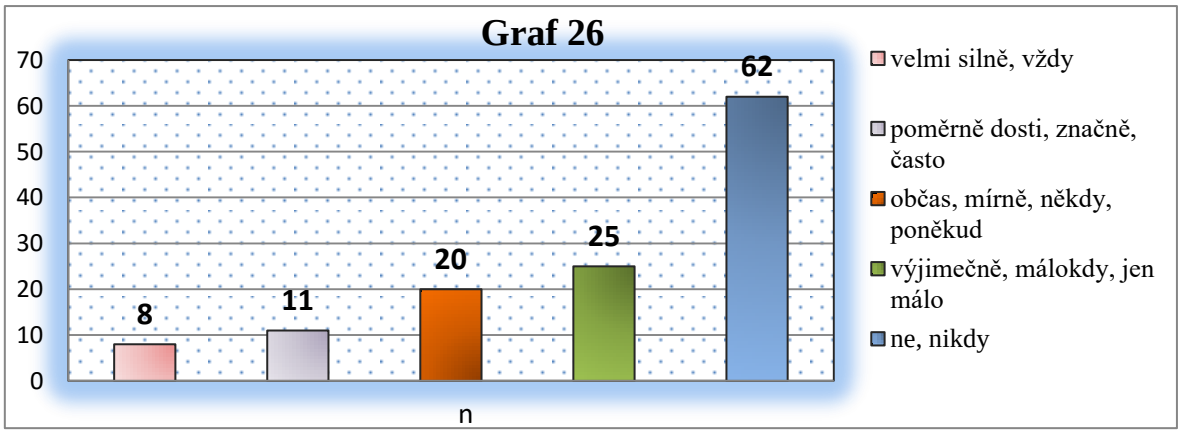


Silně depresivně se kvůli úniku moči cítí 12 (9,5%) žen. 15 (11,9%) žen se cítí značně depresivně a 24 (19%) žen pouze někdy. Výjimečně depresi pociťuje 23 (18,3%) žen a nikdy celých 52 (41,3%) žen.

Tabulka 26. **Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	8	6,4
poměrně dosti, značně, často	11	8,7
občas, mírně, někdy, poněkud	20	15,9
výjimečně, málokdy, jen málo	25	19,8
ne, nikdy	62	49,2
N	126	100

Graf 26. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)

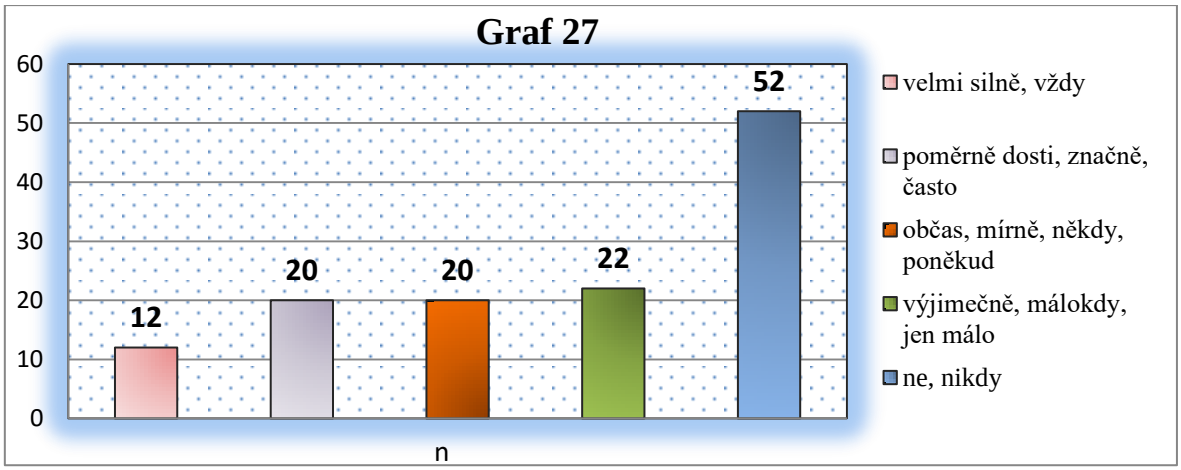


Nejistotu při opuštění domova pociťuje silně 8 (6,4%) žen. Často má tyto pocity 11 (8,7%) žen a občas 20 (15,9%) žen. Málokdy se necítí jisté při opuštění domova na delší dobu 25 (19,8%) žen a nikdy 62 (49,8%) žen.

Tabulka 27. **Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	12	9,5
poměrně dosti, značně, často	20	15,9
občas, mírně, někdy, poněkud	20	15,9
výjimečně, málokdy, jen málo	22	17,5
ne, nikdy	52	41,2
N	126	100

Graf 27. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči

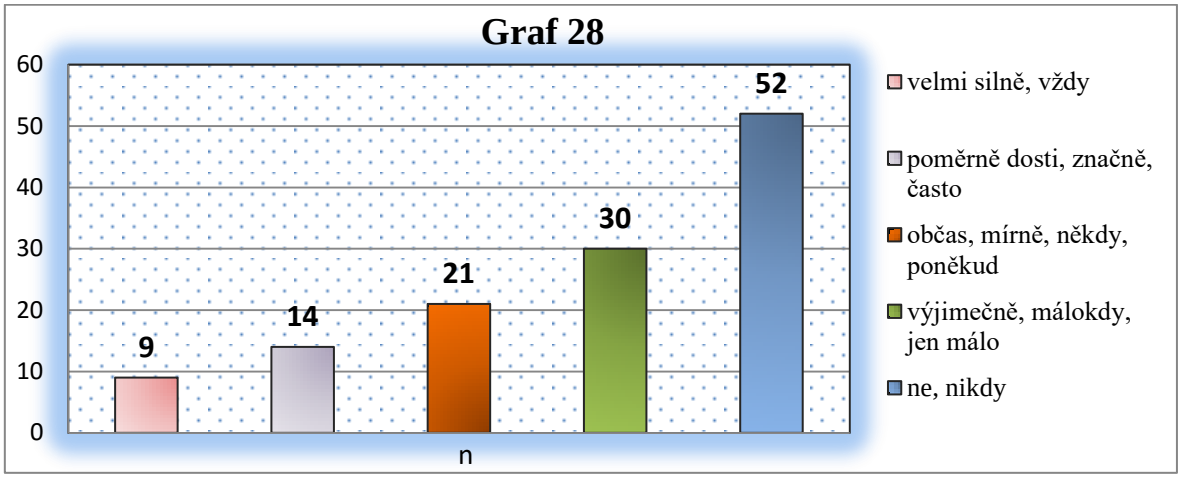


Omezení svých zájmů a aktivit únikem moči vždy špatně snáší 12 (9,5%) žen. 20 (15,9%) žen často špatně snáší své omezení a stejně tak občas 20 (15,9%) žen. 22 (17?5%) žen udává málokdy a 52 (41,2%) žen nikdy.

Tabulka 28. **Na problém s únikem moči musím pořád myslet**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	9	7,1
poměrně dosti, značně, často	14	11,1
občas, mírně, někdy, poněkud	21	16,7
výjimečně, málokdy, jen málo	30	23,8
ne, nikdy	52	41,3
N	126	100

Graf 28. Na problém s únikem moči musím pořád myslet

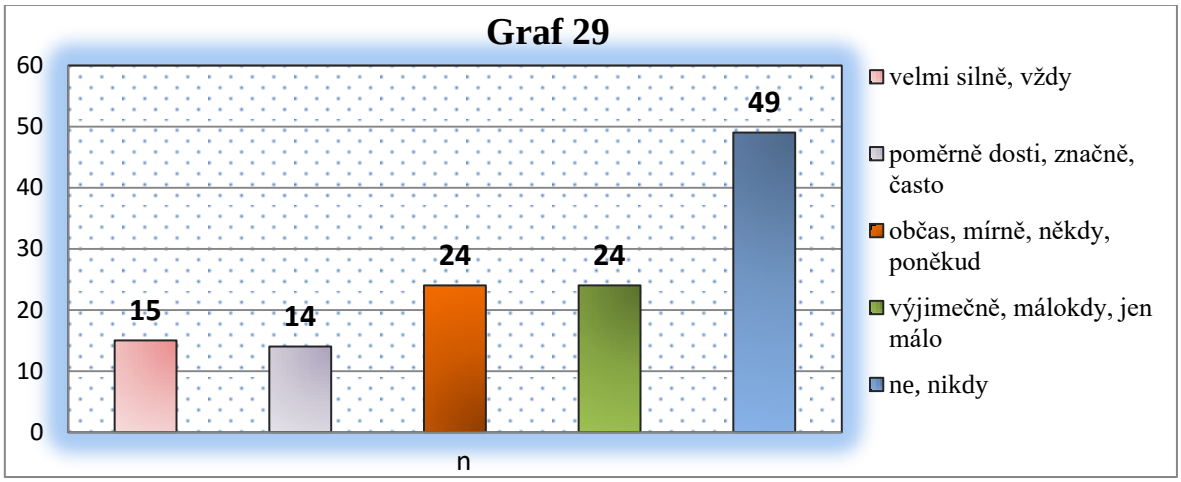


Na problémy s únikem moči musí vždy myslet 9 (7,1%) žen. Často je to 14 (11,1%) žen. 21 (16,7%) žen se rozhodlo pro volbu občas a 30 (23,8%) žen výjimečně. Možnost nikdy zvolilo 52 (41,3%) žen.

Tabulka 29. **Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	15	12
poměrně dosti, značně, často	14	11,1
občas, mírně, někdy, poněkud	24	19
výjimečně, málokdy, jen málo	24	19
ne, nikdy	49	38,9
N	126	100

Graf 29. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví

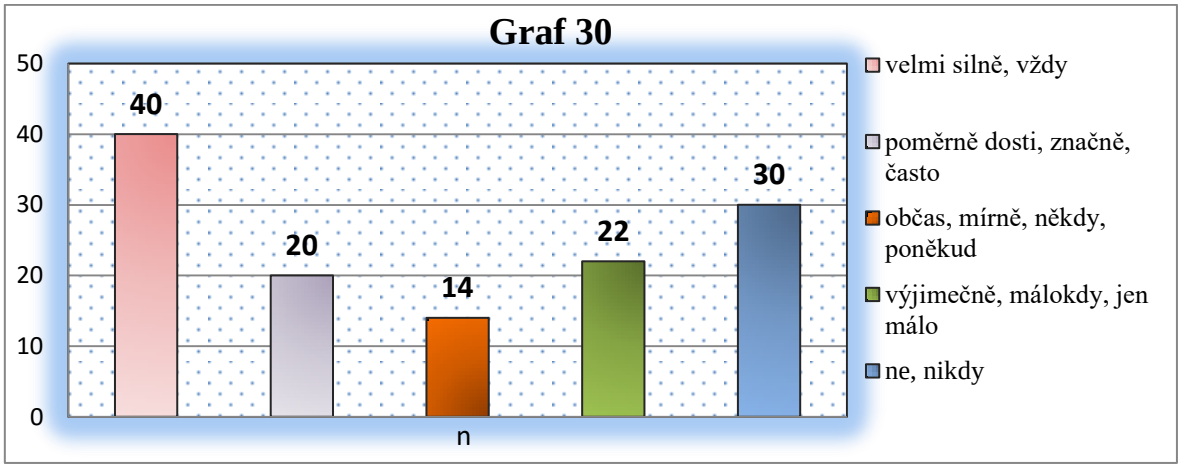


Pocit nedokonalého zdraví vyvolává silný pocit u 15 (12%) žen a značně u 14 (11,1%) žen. Mírně tyto pocity nedokonalého zdraví vyvolává u 24 (19%) žen a to samé málokdy u 24 (19%) žen. 49 (38,9%) žen se rozhodlo pro volbu nikdy.

Tabulka 30. **Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	40	31,7
poměrně dosti, značně, často	20	15,9
občas, mírně, někdy, poněkud	14	11,1
výjimečně, málokdy, jen málo	22	17,5
ne, nikdy	30	23,8
N	126	100

Graf 30. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže

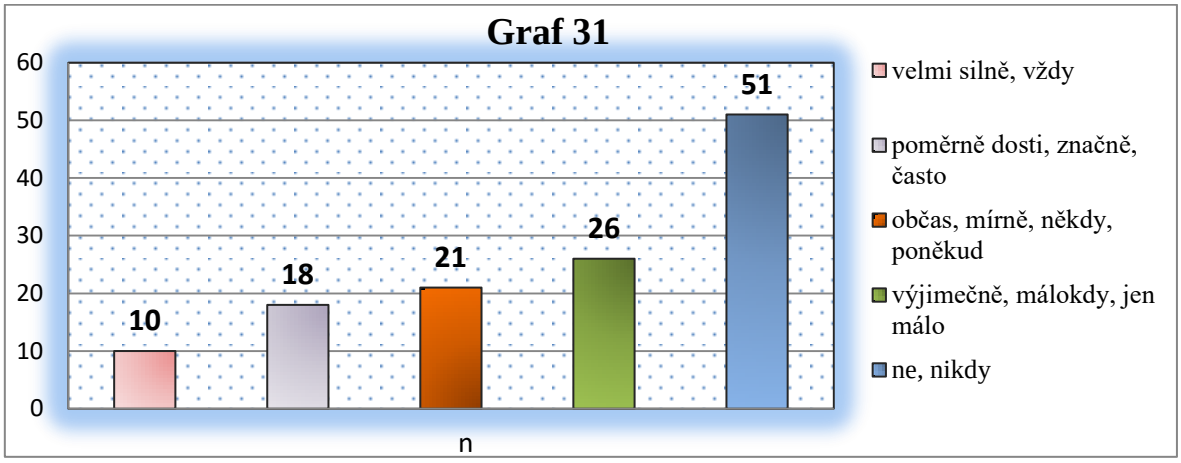


Přesvědčené, že jim léčba pomůže je velmi silně 40 (31,7%) žen. 20 (15,9%) žen jsou přesvědčené často a občas 14 (11,1%) žen. Málokdy udalo 22 (17,5%) žen a nikdy 30 (23,8%) žen.

Tabulka 31. **Únik moči mi ubírá radost ze života**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	10	7,9
poměrně dosti, značně, často	18	14,3
občas, mírně, někdy, poněkud	21	16,7
výjimečně, málokdy, jen málo	26	20,6
ne, nikdy	51	40,5
N	126	100

Graf 31. Únik moči mi ubírá radost ze života

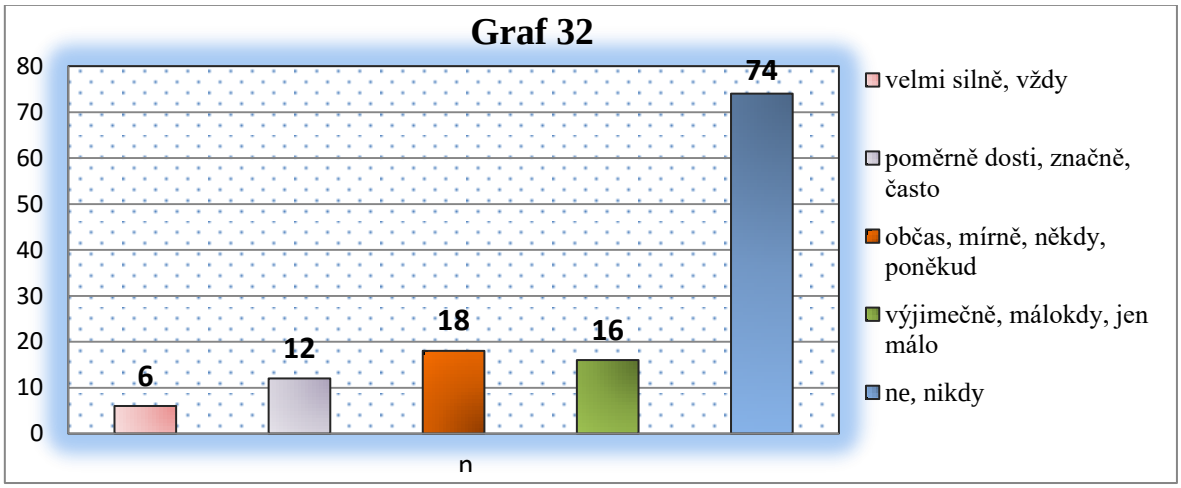


Radost ze života únik moči silně ubírá 10 (7,9%) ženám. Poměrně dosti 18 (14,3%) ženám a občas 21 (16,7%) ženám. Málokdy radost ze života únik moči ubírá 26 (20,6%) ženám a nikdy 51 (40,5%) ženám.

Tabulka 32. **Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	6	4,5
poměrně dosti, značně, často	12	9,5
občas, mírně, někdy, poněkud	18	14,3
výjimečně, málokdy, jen málo	16	13
ne, nikdy	74	58,7
N	126	100

Graf 32. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení

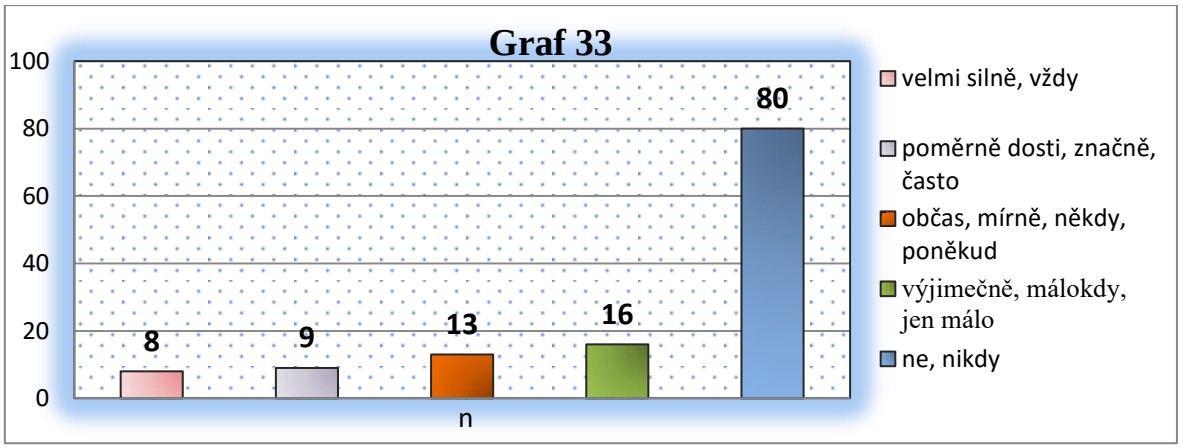


Ve výběru oblečení jsou omezené silně 6 (4,5%) žen a poměrně dosti udalo 12 (9,5%) žen. 18 (14,3%) žen pociťuje omezení občas a výjimečně 16 (13%) žen. Nikdy nepociťují omezení ve výběru oblečení celých 74 (58,7%) žen.

Tabulka 33. **Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života**

Odpovědi	n	%
velmi silně, vždy	8	6,4
poměrně dosti, značně, často	9	7,1
občas, mírně, někdy, poněkud	13	10,3
výjimečně, málokdy, jen málo	16	12,7
ne, nikdy	80	63,5
N	126	100

Graf 33. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života



Do sexuálního života močová inkontinence silně zasahuje 8 (6%) ženám a značně 9 (7,1%) ženám. Občas udalo 13 (10,3%) žen a 16 (12,7%) žen uvedlo výjimečně. Nikdy nepříjemně nezasahuje únik moči do sexuálního života 80 (63,5%) ženám.

DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji a jejich informovanost o této problematice. Úspěch léčby a subjektivního vnímání samotnou ženou může být zcela odlišný, neboť měření kvality života je ryze subjektivní a individuální metoda hodnocení stavu samotnou ženou. Záleží na momentálním psychickém rozpoložení, zdravotním stavu, prostředí a dalších ukazatelích, které mohou ovlivnit toto subjektivní vnímání.

Výzkumný soubor tvořily ženy všech věkových kategorií z Plzeňského kraje s diagnózou močové inkontinence. Druh inkontinence ani způsob léčby nebyl zjišťován. Údaje byly získávány prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdělen do dvou částí a obsahoval celkem 31 otázek. První část obsahovala položky vlastní konstrukce a v druhé části byl použit standardizovaný dotazník k močové inkontinenci I-QoL (Quality of Life in persons with urinary incontinence). Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu roku 2015 do ledna roku 2016 ve vybraných urogynekologických ambulancích Plzeňského kraje. Ženám, splňující vstupní kritéria, byl předán vytištěný dotazník prostřednictvím sester a porodních asistentek na jednotlivých ambulancích. Sběr dat probíhal anonymně. Ženy vhazovaly vyplněné dotazníky do boxů umístěných u východových dveří ambulance. Schránky byly vybírány 2 x týdně.

První otázky dotazníku zjišťovaly socio - demografické a klinické charakteristiky žen (věk, vzdělání, paritu, typ pracovní zátěže a rodinný stav) z důvodu sledování základního souboru (žen s diagnózou močové inkontinence) pro další případné studie. Je totiž empiricky prokázáno, že výše uvedené faktory ovlivňují nejen výskyt močové inkontinence, ale promítají se i do hodnocení kvality života. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

Věkové rozložení žen v našem výzkumném souboru se pohybovalo od 18 let do 69 let a více. Největší skupinu v celkovém souboru tvořily ženy ve věkové kategorii 34 až 46 let (50 žen), nejméně početnou skupinu pak ženy ve věku 18 až 24 let (3 ženy). Ve věkovém období 69 a více odpovídalo pouze 14 žen. Po padesátém roce života je podle výzkumných studií nárůst potíží s nechtěným únikem moči spojený s obdobím menopauzy, která je spojená se snížením tvorby estrogenů. (Chmel, 2010, str. 9). Jak uvádí Kolombo (2008), s věkem přibývá prevalence i závažnost tohoto onemocnění, proto lze předpokládat

i vyšší procento zastoupení starších žen ve sledovaném souboru, což se neprokázalo. Jedním z důvodů, proč starší ženy včas nevyhledají odbornou pomoc, může být to, že potíže s únikem moči přičítají procesu stárnutí a je pro ně zbytečné tento problém řešit. (Kolombo, 2008) Na základě tohoto zjištění si dovolujeme tvrdit, že ženy ve vyšším věku mohou mít omezený pracovní, společenský a intimní život a proto je potíže s únikem moči příliš neobtěžují. Naopak mladší ženy vedou intenzivní pracovní, společenský a sexuální život, nechtějí tudíž tolerovat sníženou kvalitu svého života a včas vyhledají lékařskou pomoc.

Z celkového počtu 126 žen s močovou inkontinencí bylo nejvíce žen zastoupeno v kategorii středoškolské vzdělání (62 žen), se základním a učňovským vzděláním 33 žen, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním 31 žen. Převažují tedy ženy, které dosáhly vyššího stupně vzdělání. Na základě těchto výsledků se domníváme, že ženy s vyšším vzděláním mají více informací o této problematice a snaží se tím pádem k lékaři přijít včas, nebo se snaží problémům předcházet samy např. pomocí cvičení.

Také parita (počet porodů) je považována za významný predisponující faktor ovlivňující výskyt stresové močové inkontinence. Riziko se spojuje s počtem přirozených porodů (2 a více) a hmotností plodu nad 4000g. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 585) Z celkového souboru 126 žen rodilo dvakrát a více 93 žen, 1 x rodilo 25 žen a nikdy nerodilo 8 žen. Tyto ukazatele podle našeho názoru prokazují argument, že parita mohla být jedním z rizikových faktorů močové inkontinence ve sledovaném souboru.

Zajímavým zjištěním bylo, že z celkového souboru převážná supina žen pracovala více psychicky (73 žen) než fyzicky (53 žen). Přitom fyzická námaha se řadí do rizikových faktorů vzniku inkontinence moči. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, str. 586) Dovolujeme si tedy tvrdit, že fyzická zátěž nebyla hlavním predisponujícím faktorem vzniku močové inkontinence ve sledovaném souboru 126 žen. Kvalitu života žen může ovlivnit též rodinný stav, zda žije žena sama či s partnerem.

Je třeba zdůraznit, že výsledky socio – demografických a klinických charakteristik sledovaného souboru žen nebyly statisticky zpracovány a zcela určitě byly ovlivněny některými faktory jako náhodným výběrem žen, jejich počtem, omezeným časovým obdobím sběru dat, typem močové inkontinence aj. Nelze je proto zobecnit na celou populaci žen trpících únikem moči.

Dílčí cíl 1: Zmapovat informovanost žen a způsob získávání informací o problematice močové inkontinence. Vztahovaly se k němu dva předpoklady, které byly zaměřeny na zjištění informovanosti žen o močové inkontinenci, odkud je ženy získávají, zda o ně mají zájem a v jaké oblasti.

Předpoklad 1: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen nebude mít dostatek informací o problematice močové inkontinence. K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky 6 a 7.

Z výzkumného šetření vyplývá, že nadpoloviční většina žen (64) nemá dostatek informace týkající se problematiky inkontinence moče a pouze 43 žen považuje své informace za dostatečné. Toto zjištění je poněkud překvapující neboť dotazníky vyplňovaly ženy, které navštěvují urologické ambulance. Domníváme se, že jednou z možností je individuální zpracování získaných informací. Každá žena je osobnost a jako taková zpracovává informace různým způsobem, proto některé ženy považují své informace za dostatečné a jiné nikoliv. Svoji roli mohlo sehrát i to, že některé ženy navštívily ambulantní zařízení poprvé nebo se nacházeli na začátku své léčby, což se následně odrazilo v jejich potřebě získat více informací o této problematice. Hlavní důvod však spatřujeme v nedostatečné či neefektivní edukaci ze strany sester. Je to právě edukace, která umožňuje ženám s močovou inkontinencí učinit inteligentní rozhodnutí a která může vést ke zlepšení jejich zdraví. (Škrla, Škrlová, 2003)

Nejvíce informací získaly ženy (53 žen) od lékaře, což lze považovat při prvním kontaktu s močovým problémem za samozřejmé. První komu se žena svěří, je lékař, který může ženě podat informace hlavně o možnostech léčby. Internet je druhým nejčastějším zdrojem, kde ženy čerpají informace o této problematice, což potvrzuje fakt, že ženy nejsou jen pasivními příjemkyněmi péče a aktivně vyhledávají pro ně důležité informace. (Škrla, Škrlová, 2003) V dnešní době je veliký rozvoj komunikační technologie a internet k získání informací využívá stále více lidí. Je třeba si ale uvědomit, že ne všechny informace jsou pravdivé, kvalitní a vhodné, a proto má zde svoji nezastupitelnou roli sestra (porodní asistentka) poskytující informace. Negativním zjištěním proto bylo, že jen 17 ti ženám poskytla informace sestra. Otázkou zůstává, co je příčino tohoto zjištění. Dovolujeme si tvrdit, že to může být způsobené časovou tísní, již zmiňovanou nedostatečnou úrovní edukace, její podcenění, popřípadě nedostatečně rozvinutými komunikačními zručnostmi sester (porodních asistentek). Omyl je se domnívat, že každá

sestra umí roli edukátorky zvládnout jen proto, že je sestrou. Aby mohla efektivně plnit roli edukátorky potřebuje získat důvěru ženy, organizovat výuku tak, aby odpovídala potřebám žen, komunikovat jasně a efektivně, používat vhodné výukové metody a zdroje. Důležité je naučit se ovládat umění empatické komunikace, která je velice důležitá při kontaktu se ženou. Juřeníková (2010) dokonce uvádí úzký vztah mezi úrovní komunikace a efektivitou edukačního procesu. Úkolem sestry je pomoci ženě získat sebedůvěru a překonat problémy. Zároveň se musí neustále přesvědčovat o tom, zda ženy edukaci pochopily a jsou v praxi schopné realizovat potřebné instrukce. Prostřednictvím edukace se žena stává aktivním spolutvůrcem léčby. Ženy mají nejen právo, ale skutečnou potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a zmírnit příčiny, které inkontinenci moči zhoršují. Cílem je pomoci dosáhnout ženám svého zdravotního potenciálu a tím zlepšit kvalitu jejich života. (Škrla, Škrlová, 2003)

Předpoklad 1, se potvrdil.

Předpoklad 2: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen by uvítal zvýšenou osvětu a informovanost o problematice močové inkontinence. Tento předpoklad ověřuje otázka číslo 8 a 9.

Výzkum potvrdil skutečnost, že nadpoloviční většina žen (68) má zájem získat více informací o problematice inkontinence moče. Pouze 21 žen nemělo potřebu další informace získávat. Největší zájem ženy (79) projevily o informace týkající se zdravého životního stylu při močové inkontinenci, což je právě doménou sester (porodních asistentek). Dle Feyereisla je to právě životní styl, který je neodmyslitelnou součástí konzervativní terapie, ale i její prevence. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011) Kompetence sester (porodních asistentek) obsahují možnosti edukovat v primární péči (ordinace praktického lékaře, gynekologa), kdy můžou ženám podat informace právě o zdravém životním stylu, doporučit cviky na posílení svalů pánevního dna včetně informačních brožur. Na základě těchto výsledků jsme se rozhodly vypracovat edukační standard, který by mohl pomoci sestrám (porodním asistentkám) v jejich praxi v rámci edukace týkající se vhodného životního stylu při močové inkontinenci. Ženy tím zároveň získají větší povědomí o tom, že i sestra (porodní asistentka) je kompetentní k tomu poskytovat dostatek informací. Domníváme se, že tyto aktivity jsou žádoucí neustále rozvíjet, neboť ve své praxi mají sestry (porodní asistentky) jedinečnou pozici identifikovat potencionální problémy. Edukace zároveň zvyšuje celkovou prestiž sesterského povolání v očích laické

veřejnosti a pomáhá najít sestrám větší uspokojení z dobře vykonané práce. (Škrla, Škrlová, 2003)

Předpoklad 2, se potvrdil.

Dílčí cíl 2: Zjistit subjektivní úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí ve třech oblastech (fyzické, psychické a sociální). K hodnocení kvality života byl v našem výzkumu použit dotazník I-Qol (Quality of Life in persons with urinary incontinence).

Předpoklad 3: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen bude mít sníženou úroveň kvality života ve všech sledovaných oblastech.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit subjektivní úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí ve třech oblastech (fyzické, psychické a sociální). Kvalita života žen s močovou inkontinencí v těchto sledovaných oblastech byla poměrně vysoká. Pohybovala se v rozmezí 75 – 100% a tvořila největší skupinu (58 žen) z celkového souboru 126, které odpovídalo zmiňované nejvyšší kvalitě. Ve skupině 0 – 24% bylo 7 žen, které mají nejnižší úroveň kvality života a jsou nuceny omezovat se v běžných činnostech v maximální míře. Na základě studia odborné literatury a již dříve realizovaných výzkumných šetření jsme předpokládaly, že nadpoloviční většina žen bude mít sníženou kvalitu života ve všech sledovaných oblastech, což se v našem výzkumu nepotvrdilo. Celkově tedy můžeme zhodnotit, že kvalita života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji je na docela dobré úrovni. Dovolujeme si tvrdit, že značnou roli v tom hraje subjektivní vnímání problému s únikem moči a může se lišit dle toho, zda ho ženy cítí jako handicap nebo jako přirozený jev, který přičítají např. stárnutí, nebo je tento problém v běžném životě tolik neobtěžuje. Lze připustit i možnost, že výsledky mohli být ovlivněny i socio - demografickými charakteristikami žen v našem sledovaném souboru.

Předpoklad 3, se nepotvrdil.

Dílčí cíl 3: Zjistit v jaké oblasti kvality života budou ženy udávat největší omezení.

Předpoklad 4: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žen bude udávat největší omezení v sociální oblasti kvality života. Standardizovaný dotazník I-Qol je svým složením zaměřený na tři oblasti ve kterých ženy mohou pociťovat problémy.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že ženami byla nejhůře hodnocena sociální oblast kvality života, kde jsme zjistily skóre na úrovni závažnějšího omezení. Výsledky

naší studie kolerují se studií Rybárové a kol. (2013), realizované stejnou metodikou na urologické ambulanci v Prešově., kde ženy rovněž udávaly největší omezení v sociální oblasti kvality života. Méně závažně byla hodnocena položka (58 žen) týkající se obav žen, že by okolí mohlo zpozorovat mokré skvrny na jejich oblečení a zároveň i položka spojená se zápachem při úniku moči. Domníváme se, že to může být zvýšenou osvětou, neboť např. v televizi jsou prakticky denně reklamy propagující nejrůznější absorpční pomůcky a doplňky stravy. Jedním z vysvětlení by tedy mohla být důvěra žen k uvedeným výrobkům a jejich používání, které je zbavuje obav z možných skvrn na oblečení či zápachu způsobeném při úniku moči. Dosti závažně v našem výzkumu byla hodnocena oblast, kde se ženy (46) obávají, že se jejich problém s postupem věku zhorší. Jedním z vysvětlení by mohl být deficit vědomostí o problematice močové inkontinence a o možnostech léčby což potvrzuje i to, že 78 žen má zájem získat informace o dalších možnostech léčby.

O něco lépe byla ženami hodnocena fyzická oblast kvality života, ale i zde jsme zjistily skóre na úrovni blížící se závažnému omezení. Za dosti závažnou byla hodnocena ženami (36) položka související s jejich obavami kašlat nebo kýchat, což jsou projevy typické pro stresovou a smíšenou inkontinenci. Dosti závažně byla také hodnocena položka týkající se problému nočního vstávání na toaletu (32 žen). Jak uvádí Chmel (2010) časté noční močení způsobuje poruchy spánku, což může vést až k chronické únavě a vyčerpanosti. Podle našeho názoru může být tento problém způsoben tím, že ženy nemají dostatek informací o vhodném pitném režimu (pít průběžně v malých dávkách po celý den, nepít tři hodiny před spaním) nebo konzumují před spaním nápoje s vysokým obsahem kofeinu (káva, černý čaj, coca-cola). Naopak lépe byla ženami hodnocena položka týkající se nutnosti sledovat množství přijatých tekutin, kde jsme zjistily jen mírnou závažnost. 72 žen nikdy neomezuje, nebo jen zcela výjimečně příjem tekutin, což je velmi pozitivní výsledek. Jak uvádí Vytejčková a spol. (2013) většina žen se mylně domnívá, že omezením příjmu tekutin zabrání úniku moči, ale pouze ohrožují své tělo dehydratací či infekcí dolních močových cest. Tyto výsledky korespondují se studií Rybárové a kol. (2013), kde položka týkající se omezování příjmu tekutin byla rovněž hodnocena jako mírně závažná.

Nejvyšší skóre jsme zjistily v oblasti psychické dimenze kvality života, kde se úroveň naměřených hodnot pohybuje v oblasti jen mírného omezení. Ke stejným výsledkům dospěli autoři studie (Rybárová a kol 2013), kde ženy rovněž udávaly jen mírné omezení v této oblasti. Lze se tedy domnívat, že inkontinence moči nemá výrazně negativní vliv na psychickou pohodu ženy. Tento výsledek je zajisté potěšující, neboť jak

uvádí Horčička (2006) problémy s únikem moči mohou u žen vést až k rozvoji deprese, frustrace, uzavírání se sama do sebe a následně až k sociální izolaci. To vše se projevuje na jejich sebevědomí a vede ke zvýšenému výskytu depresivního ladění, smutku, poruchám spánku a úzkostnému napětí. (Hořčička, 2006) Zajímavým zjištěním bylo, že v této oblasti kvality života byla nejlépe hodnocena položka související s pohlavním stykem a obavami z úniku moči během něho. 80 žen uvedlo, že jim tento problém do sexuálního života nezasahuje ani je výrazným způsobem neomezuje. K rozdílnému výsledku dospěla studie Rybárové a kol. (2013), kde byla tato položka naopak hodnocena jako dosti závažná. Jedním z možných vysvětlení může být to, že většina žen (102) má harmonický vztah a jejich partneři jsou tudíž k jejich problému chápavý a tolerantní. Lze předpokládat, že některé ženy v našem souboru mohou mít i omezený sexuální život nebo již sexuálně nežijí. Dále v této oblasti byla kladně hodnocena položka týkající se důvěry žen v léčbu močové inkontinence, kde 60 žen je přesvědčeno, že jim pomůže, což je pozitivní zjištění. Tento potěšující výsledek by mohl být způsoben tím, že ženy nemají deficit vědomostí o možnostech léčby močové inkontinence. Zároveň, ale náš výzkum prokázal fakt, že nadpoloviční většina žen má zájem získat informace právě o možnostech léčbě, což můžeme připsat tomu, že ženy informace sice mají, ale jsou nedostatečné.

Předpoklad 4, se potvrdil.

Dílčí cíl 4: Vypracovat edukační standard – Edukace ženy při močové inkontinenci pro sestry (porodní asistentky) v urogynekologické ambulanci Mulačovy nemocnice Plzeň, s.r.o.

Na základě zjištěných výsledků jsme se rozhodly vypracovat edukační standard pro sestry (porodní asistentky) v urogynekologické ambulanci, který je uvedený v příloze číslo 5, který je zároveň výstupem naší bakalářské práce. Efektivní edukace žen s močovou inkontinencí zvyšuje kvalitu jejich života. Měl by být kladen důraz na větší informovanost o problematice močové inkontinence a cílenou edukaci, prevenci a podporu žen při léčbě tohoto onemocnění ze strany sester (porodních asistentek). Čím více informací budou ženy mít, tím spíše si uvědomí, že jde o problém, který lze řešit a povede ke zlepšení jejich kvality života.

Doporučení pro praxi:

1. Poskytnout ženám trpící močovou inkontinencí dostatek potřebných informací o praktických možnostech léčby, cílenou edukaci o vhodném životním stylu, posilování svalů pánevního dna, včetně předání edukačních listů či informačních brožur.

2. Poskytnout sestrám dostatek informací o problematice močové inkontinence (prevence dostupné možnosti léčby), aby je uměly v případě potřeby využít v praxi (semináře).

3. Kontinuální vzdělávání sester v oblasti edukace, komunikačních zručností a empatie.

4. Rozvíjet autonomní roli sestry – edukátorky (např. zapojením sester do tvorby edukačních standardů ve zdravotnickém zařízení).

5. Aktivně vyhledávat ženy s predispozičními faktory pro vznik inkontinence moče, mezi které patří především věk, parita, těžká fyzická práce, opakované záněty močových cest (zejména u mladších žen), nezdravý životní styl (především nadměrná tělesná hmotnost) a dědičné faktory (pokud trpí problémem inkontinence matka nebo sestra, predispoziční faktory se ještě zvyšují) zakomponováním cílených anamnestických údajů do ošetřovatelské dokumentace (v primární i následné péči).

6. Identifikovat problémy s únikem moči i u žen, které navštěvují gynekologickou ambulanci nebo jsou hospitalizovány na gynekologickém oddělení s jinými problémy než s močovou inkontinencí pomocí anamnestických údajů v ošetřovatelské dokumentaci.

7. Zahrnout používání I-QoL dotazníku jako hodnotícího nástroje k posouzení závažnosti problémů v jednotlivých oblastech kvality života (fyzické, psychické, sociální) u žen s močovou inkontinencá a následně poskytnout adekvátní intervence, které vedou k vytvoření vzájemného terapeutického vztahu a zlepšení kvality života žen trpících únikem moči.

ZÁVĚR

Inkontinence moči je závažný zdravotní problém, který neohrožuje ženu na životě, ale výrazně ovlivňuje kvalitu jejího života. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit subjektivní úroveň kvality života žen s močovou inkontinencí v Plzeňském kraji a jejich informovanost o této problematice. V posledních letech se zvýšil zájem o pojem kvality života jako součást klinických studií, který je zmiňovaný na začátku práce. Následně popisuje anatomii a fyziologii močových cest, klasifikaci močové inkontinence, její etiologii, diagnostiku, léčbu, prevenci a edukaci.

Celkově můžeme zhodnotit, že úroveň kvality života žen v námi sledovaném souboru zjišťovaná pomocí standardizovaného dotazníku I-QoL byla na vyšší úrovni, což je zajisté pozitivní fakt. Močová inkontinence představuje problém, který ovlivňuje všechny oblasti a výrazně zasahuje do života ženy. Nadpoloviční většina žen udávala mírné omezení ve všech námi sledovaných oblastech (psychické, fyzické, sociální) Při hodnocení jednotlivých oblastí zvlášť byla nejhůře vyhodnocena oblast sociální, která se týkala především obav o zhoršení potíží s únikem moči s přibývajícím věkem a studu spojené s únikem moči. Ovšem samotnou léčbu nelze určit pouze na podkladě subjektivního hodnocení ženy, je zde důležitá terapie komplexní a zcela individuální. Pro efektivitu léčby je nutná multidisciplinární spolupráce, jež je v rukou lékařů, všeobecných sester, porodních asistentek, dále spolupráce s fyzioterapeutem, sexuologem, psychologem, nutričním terapeutem atd. Pokud žena vyhledá pomoc, překoná strach a stud, pak je důležité získat její důvěru a poté jí poskytnout kvalitní a odbornou péči.

Dotazník I-QoL je vhodným nástrojem, který mohou sestry (porodní asistentky) použít pro lepší identifikaci problémů v jednotlivých oblastech kvality života (fyzická, psychická, sociální) u žen trpících únikem moči. Následným vyhodnocením pak mohou lépe usměrnit ošetřovatelskou péči o ženy v urologických ambulancích.

Dále jsme v našem výzkumném šetření zjišťovaly na informovanost žen o této problematice. Výsledky šetření prokázaly fakt, že nadpoloviční většina žen nemá dostatek informací o močové inkontinenci a rády by uvítaly zvýšenou osvětu o této problematice a to především v oblasti vhodného životního stylu. Edukace o režimových opatřeních, dostupných farmakologických a nefarmakologických metodách léčby je zásadní pro ženy, které nechtějí tolerovat subjektivně sníženou kvalitu svého života. Právě zde může sehrát svoji nezastupitelnou roli sestra (porodní asistentka) prostřednictvím cílené edukace.

Naším výzkumným šetřením však bylo prokázáno, že jen velmi malé procento žen získalo potřebné informace od sester v urologických ambulancích Plzeňského kraje. Sestry si musí uvědomit, že jsou to právě ony, které mají dostatek potřebných kompetencí k tomu, aby ženám trpících únikem moči poskytla dostatek informací týkajících se životního stylu, cvičení svalů pánevního dna a praktických možností léčby. Na tomto základě byl vypracován edukační standard pro sestry (porodní asistentky) v urogynekologické ambulanci Mulačovy nemocnice s.r.o. v Plzni.

V závěru je nutné zdůraznit, že u některých žen se močová inkontinence projevuje relativně mírnými příznaky, které považují za mrzuté a u jiných žen jsou příznaky natolik závažné, neboť přinášejí obtížně řešitelné situace, přesto se stále více dostává problém spojený s močovou inkontinencí do popředí zájmu a to díky rostoucímu povědomí o zdravotních potížích a společenských dopadech spojených s tímto stavem. Je důležité nemlčet o svém trápení, vyhledat vhodného lékaře, aktivně se účastnit péče o své zdraví, stanovit si priority a cíle, zjistit si dostupné informace a v neposlední řadě využít pomoci rodiny, přátel a podpůrných skupin.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

ABRAMS, P. CORDAZO, L., FALL,M. et al. *The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Subcommittee of the International Contience Society*. Neurourol Urodyn 2002; 21: 167–168.

BARENSTEN, Janka A. et al. Severite, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population – based study as part of a randomized controlled trial in primary care. In: *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. ISSN 1477-7525, 2012 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: http://www.hqlo.com/content/10/1/153.

FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví.* 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014, 477 s. ISBN 978-8-7345-403-6.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*: *pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 223 s. ISBN 978-80-24-3265-9.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. *Komunitní ošetřovatelství.* 1. vydání. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

HOLUB, J. T. *Homeopatie léčba budoucnosti.* 1. vydání. Vydala Empatie, s.r.o., 2008, 148 s.

HORČIČKA, Lukáš. Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci. In: *Urologie pro praxi* [online]. 2010, roč. 11, č. 2, str. 79. [cit. 2015-11-15]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/02/05.pdf.

HORČIČKA, Lukáš a kol. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen.* 1. vydání. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2012. ISBN 978-80-86998-58-9.

HULKOVÁ, Viera a kol. *Štandardy v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii.* ProCare: Bratislava, 2009, 157 s. ISBN 978-80-970155-6-5.

HUVAR, Ivan. Kvalita života při močové inkontinenci. In: *Praktická gynekologie*. 2003, roč. 2, č. 1, str. 18 - 22. ISSN 1801-8750.

CHMEL, Roman. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku.* 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2010, 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KILÍKOVÁ, Mária. *Teorie moderního ošetřovatelství II.* 1. vydání. Příbram: Ústav sv. J. N. Neumanna, 2013, 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.

KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, c 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-x.

KOLAŘÍK, Dušan, Michal HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetetorium gynekologie.* 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

KOLOMBO, Ivan et al. Stresová inkontinence u žen - 1. část. In: *Urologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 6, s. 294. [cit. 2015-11-15]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/06/04.pdf.

KOŽUCHOVÁ, Mária a kol. *Domáca ošetřovatelská starostlivosť*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2014. 244 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř.* 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf 2007, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.

KROFTA, Ladislav a Jaroslav FEYEREISL. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2010, 39 s. ISBN 978-80-204-2280-4.

MAGUROVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s.r.o. ISBN 978-80-8063-326-4.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada 2006, 263 s. ISBN 80-247-1399-3.

MARTAN, Alois a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba.* 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2006, 83 s. ISBN 80-7345-094-1.

MÜHLPACHR, Pavel. K problematice vzdělávání eniorů. In ŘEHULKA, Evžen a Oliva ŘEHULKOVÁ a kol. *Učitelé a zdraví 4*. Brno: Nakladatelství Pavel Křepela, 2002, s. 191-203. ISBN 80-902653-9-4.

NĚMČEKOVÁ, Mária, Katarína ŽIIAKOVÁ a Dušan MIŠTUNA. *Práva pacientov: Filosofická reflexia a zdravotnická praxe*. 1. vydání. Bratislava: Iris, 2000, 234 s. ISBN 80-88778-94-8.

ONDREJKA, Igor. *Depresia v kontexte kvality život.* 1. vydání. Rožnova: Roveň, 2006. 126 s. ISBN 80-89168-15-9.

ONDREJKA, Igor a Katarína ADAMICOVÁ. Komplexne o kvalitě života pacienta. In *Sestra*, 2003, roč. II. Č. 3, s. 8-9. ISSN 1219-0404.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vydání. Praha: TRITON, 2005, 630 s. ISBN 978-80-247-3265-9.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie.* 1. vydání. Praha: Grada 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYBÁROVÁ, Ľubica a kol. Kvalita života žien s inkontinenciou moču. In: *Zborník vedeckých prác: Výskum ako východisko praxe založenej na dôkazoch.* [online]. Martin 2013, s. 242 - 248. [cit. 2016-02-10]. ISBN 978-80-89544-41-7. Dostupné z: https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistence/upas/Zborník 05_2013.pdf.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 272 s. ISBN 978-80-247-337-9.

SOCHOROVÁ, Nataša. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. In: *Urologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 2, s. 92 – 95. [cit. 2016-01-14]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, KUČERA Zdeněk a Tomáš HANUŠ. Aktivity Inco Fóra. In: *Urologické listy* [online]. 2008, roč. 6, č. 1, s. 91 – 95. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: www.prolekere.cz/pdf?ida=ul_08_01_15.pdf.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetřovatelský management. 1. Vydání. Praha: Advent – Orion, 2003, 477s. ISBN 8071728411.

URZDÍK, Peter a Alexander OSTRÓ. Inkontinencia moču u žien – prevencia a léčba. In *Via Practica*, 2006, roč. 3, č. 10 s. 471-474. ISSN 1336-4790.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WHOQOL GROUP. The Word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organizatoin. In *Social Science and Medicine*. 1995, vol. 41, no. 10, p. 1403-1409.

WHOQOL *Measuring Quality of Life* [online]. Genenva: World Health Organization, 1997, 13 p. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://www.who.int/mentalhealth/media/en/68.pdf.

ZACHOVAL, Roman et al. Dotazník hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem In: *Urologie pro praxi* [online]. 2006, roč. 7, č. 6, s. 286 - 296. [cit. 2015-11-15]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www. urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věk žen

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3. Počet porodů

Tabulka 4. Pracovní zátěž

Tabulka 5. Partnerský život

Tabulka 6. Kdo poskytnul informace o močové inkontinenci

Tabulka 7. Informovanost o močové inkontinenci

Tabulka 8. Zájem žen o další informace k problematice močové inkontinence

Tabulka 9. Zájem žen o oblasti související s problematikou močové inkontinence

Tabulka 10. Celkový přehled výsledků standardizovaného dotazníku

Tabulka 11. Přehled jednotlivých oblastí

Tabulka 12. Obávám se, že by lidé mohli můj únik močí rozpoznat čichem

Tabulka 13. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší

Tabulka 14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu

Tabulka 15. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení

Tabulka 16. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla

Tabulka 17. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC

Tabulka 18. Obávám se kašlat nebo kýchat

Tabulka 19. Mám strach se po delším sezení postavit

Tabulka 20. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC

Tabulka 21. Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím

Tabulka 22. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC

Tabulka 23. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC

Tabulka 24. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít

Tabulka 25. Kvůli úniku moči se cítím depresivně

Tabulka 26. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)

Graf 27. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči

Tabulka 28. Na problém s únikem moči musím pořád myslet

Tabulka 29. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví

Tabulka 30. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže

Tabulka 31. Únik moči mi ubírá radost ze života

Tabulka 32. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení

Tabulka 33. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk žen

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 3. Počet porodů

Graf 4. Pracovní zátěž

Graf 5. Partnerský život

Graf 6. Kdo poskytnul informace o močové inkontinenci

Graf 7. Informovanost o močové inkontinenci

Graf 8. Zájem žen o další informace k problematice močové inkontinence

Graf 9. Zájem žen o oblasti související s problematikou močové inkontinence

Graf 10. Celkové znázornění výsledků standardizovaného dotazníku

Graf 11. Znázornění jednotlivých oblastí

Graf 12. Obávám se, že by lidé mohli můj únik močí rozpoznat čichem

Graf 13. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší

Graf 14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu

Graf 15. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení

Graf 16. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla

Graf 17. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC

Graf 18. Obávám se kašlat nebo kýchat

Graf 19. Mám strach se po delším sezení postavit

Graf 20. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC

Graf 21. Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím

Graf 22. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC

Graf 23. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC

Graf 24. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít

Graf 25. Kvůli úniku moči se cítím depresivně

Graf 26. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)

Graf 27. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči

Graf 28. Na problém s únikem moči musím pořád myslet

Graf 29. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví

Graf 30. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže

Graf 31. Únik moči mi ubírá radost ze života

Graf 32. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení

Graf 33. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník k močové inkontinenci

Příloha 2: Souhlas s distribucí dotazníku Mulačova nemocnice s.r.o.

Příloha 3: Souhlas s distribucí dotazníku urologická ambulance v Klatovech

Příloha 4: Souhlas s distribucí dotazníku Stodská nemocnice a.s.

Příloha 5: Edukační standard

Příloha 6: Cviky dle Kegela

PŘÍLOHA 1

Dobrý den vážená paní,

jmenuji se Vendula Horová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož tématem je „*Kvalita života žen s močovou inkontinencí*“. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Vámi poskytnuté informace budou použity pouze pro výzkum k mé bakalářské práci.

Vyplněné dotazníky vhoďte prosím do uzavřené schránky, která je umístěna u východových dveří ambulance.

Předem Vám děkuji za ochotu a strávený čas při vyplňování dotazníku.

Vendula Horová Dis.

I. ČÁST

1. Váš věk:

a) 18 – 24
b) 25 – 35
c) 36 – 46
d) 47 – 57
e) 58 – 68
f) 69 a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a) základní i nedokončené
b) vyučena
c) středoškolské s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

3. Počet vašich porodů

a) 1 porod
b) 2 porody a více
c) nikdy jsem nerodila

4. Vaše pracovní zátěž je:

a) převážně fyzická
b) převážně psychická

5. V současné době žijete:

a) s partnerem
b) bez partnera

6. Od koho jste získala informace o močové inkontinenci?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) od lékaře
b) od sestry (porodní asistentky) v ambulanci lékaře
c) od rodiny, přátel
d) z internetu
e) jiné (prosím doplňte)……..
f) žádné informace jsem nezískala

7. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice močové inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím, nedokážu posoudit
d) o informace se nezajímám

8. Uvítala byste více informací o problematice močové inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím, nepřemýšlela jsem o tom
d) nemám potřebu získávat žádné informace

9. V jakých oblastech byste ráda získala informace týkající se problematiky inkontinence moče?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) o močové inkontinenci jako onemocnění
b) o možnostech léčby močové inkontinence
c) o možnostech a používání pomůcek při inkontinenci moče (např. absorpčních vložek, plenkových kalhotek, ochranných pomůcek na postel apod.)
d) o vhodném životním stylu při inkontinenci moče (např. příjmu tekutin, vhodném jídelníčku, hygieně, posilování svalů pánevního dna apod.)
e) nemám potřebu získávat žádné informace

II. ČÁST

Prosím, zakroužkujte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš současný stav:

1- velmi silně, vždy **2**- poměrně dosti, značně, často **3**- občas, mírně, někdy, poněkud **4**- výjimečně, málokdy, jen málo **5**- ne, nikdy

1. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC	1	2	3	4	5
2. Obávám se kašlat nebo kýchat	1	2	3	4	5
3. Mám strach se po delším sezení postavit	1	2	3	4	5
4. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC	1	2	3	4	5
5. Kvůli úniku moči se cítím depresivně	1	2	3	4	5
6. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)	1	2	3	4	5
7. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči	1	2	3	4	5
8. Obávám se, že by lidé mohli můj únik močí rozpoznat čichem	1	2	3	4	5
9. Na problém s únikem moči musím pořád myslet	1	2	3	4	5
10. Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím	1	2	3	4	5
11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC	1	2	3	4	5
12. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší	1	2	3	4	5
13. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC	1	2	3	4	5
14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu	1	2	3	4	5
15. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	1	2	3	4	5
16. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže	1	2	3	4	5
17. Únik moči mi ubírá radost ze života	1	2	3	4	5
18. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení	1	2	3	4	5
19. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla	1	2	3	4	5
20. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít	1	2	3	4	5
21. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení	1	2	3	4	5
22. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA 2

Mulačova nemocnice, s.r.o.
Bc. Edita Krňoulová
Hlavní sestra Mulačovy nemocnice, s.r.o.
Dvořákova 17
301 00 Plzeň

Vendula Horová, Dis.
Studentka ZČU v Plzni
Obor všeobecná sestra
Jablonského 43
326 00 Plzeň

V Plzni dne 23. 9. 2015

Věc: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní bakalářko,

žádám Vás o možnost spolupráce s Vaší nemocnicí za účelem průzkumného šetření mé bakalářské práce na téma: „Kvalita života žen s močovou inkontinencí". Jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru ošetřovatelství na ZČU v Plzni.

Ke sběru dat bude využita metoda anonymního dotazníku. Se získanými daty bude zacházeno podle platných etických norem. Získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce.

Žádám Vás o povolení průzkumného šetření v období od 1.10.2015 do 31.12.2015.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

S pozdravem

Vendula Horová

Vyjádření instituce:

Na základě Vaší žádosti o spolupráci v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma **„ Kvalita života žen s močovou inkontinencí "** sdělujeme, že Mulačova nemocnice souhlasí se sběrem dat pomocí anonymního dotazníku našich klientek.

V Plzni 30.9.2015

Bc. Krňoulová Edita

Mulačova nemocnice s.r.o.
301 00 Plzeň, Dvořákova 17
IČO: 25202189
tel: 377 677 206
osobní odd., mzdová účtárna

PŘÍLOHA 3

MUDr. Jan Ráček
Urologická ambulance
Pod Nemocnicí 871/II
339 01 Klatovy

Vendula Horová, Dis.
Studentka ZČU v Plzni
Obor všeobecná sestra
Jablonského 43
326 00 Plzeň

V Plzni dne 16. 11. 2015

Věc: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážený pane doktore,

žádám Vás o možnost spolupráce s Vaší urologickou ambulancí za účelem průzkumného šetření mé bakalářské práce na téma: „Kvalita života žen s močovou inkontinencí". Jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru ošetřovatelství na ZČU v Plzni.

Ke sběru dat bude využita metoda anonymního dotazníku. Se získanými daty bude zacházeno podle platných etických norem. Získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce.

Žádám Vás o povolení průzkumného šetření v období od 16.11.2015 do 31.01.2016.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

S pozdravem

Vendula Horová

Vyjádření instituce:

43 129 002
UROLOGIE KLATOVY, s.r.o.
MUDr. Jan Ráček - urolog 706
K Letišti 385/II.
339 01 Klatovy
tel. 376 311 994

PŘÍLOHA 4

Stodská nemocnice, a.s.
Hana Duffková
Vrchní sestra
Hradecká 600
331 01 Stod

Vendula Horová, Dis.
Studentka ZČU v Plzni
Obor všeobecná sestra
Jablonského 43
326 00 Plzeň

V Plzni dne 24.11. 2015

Věc: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní,

žádám Vás o možnost spolupráce s Vaší nemocnicí za účelem průzkumného šetření mé bakalářské práce na téma: „Kvalita života žen s močovou inkontinencí". Jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru ošetřovatelství na ZČU v Plzni.
Ke sběru dat bude využita metoda anonymního dotazníku. Se získanými daty bude zacházeno podle platných etických norem. Získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce.
Žádám Vás o povolení průzkumného šetření v období od 26.11.2015 do 31.01.2016.
Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

S pozdravem
Vendula Horová

Vyjádření instituce:

45 001 014 STODSKÁ NEMOCNICE, a.s.
Gynekologicko-porodnické oddělení
primář: MUDr. Jakub Mach
333 01 Stod, Hradecká 600, tel.: 377193628

Hana DUFFKOVÁ

PŘÍLOHA 5

Návrh ošetřovatelského standardu

Edukační standard pro ženy s močovou inkontinencí	
Charakteristika standardu	procesuální standard
Ošetřovatelský cíl	• žena získá vědomosti o režimu při močové inkontinenci • žena předchází vzniku nežádoucích komplikací • žena se aktivně podílí na spolupráci související s úpravou režimu • zlepšit kvalitu života žen s močovou inkontinencí
Skupina ošetřovatelské péče	žena s močovou inkontinencí
Standard je určený	Registrovaná všeobecná sestra, registrovaná porodní asistentka
Datum použití	
Datum kontroly	průběžně, nepravidelně, nejméně jedenkrát ročně
Kontrolu vykonává	manažerka ošetřovatelské péče, vrchní sestra
Podpis zodpovědného pracovníka	
Standard vytvořil	Vendula Horová Dis., Bc. Dana Hodinářová

Kritéria struktury:

S1: Pracovníci: Sestra (registrovaná všeobecná sestra, registrovaná porodní asistentka)

S2: Prostředí: Urogynekologická ambulance

S3: Pomůcky: Informační materiál, obrázky, anatomické modely a jiné pomůcky dle potřeby

S4: Dokumentace: Zdravotní a ošetřovatelská dokumentace, formulář pro záznam edukace

Kritéria procesu:

P1: Sestra se ženě představí, ověří si její totožnost a vyžádá si souhlas s realizací edukace.

P2: Sestra posoudí úroveň vědomostí ženy o probíraném tématu, schopnost učení, úroveň spolupráce a aktuální schopnosti, celkový zdravotní stav v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb (pozorováním, rozhovorem, dotazníkem, z dokumentace).

P3: Sestra diagnostikuje ošetřovatelské diagnózy, ve vztahu k případným nedostatečným vědomostem a edukaci, dle NANDA taxonomie II.

P4: Sestra vypracuje ve spolupráci se ženou edukační plán v závislosti na typu edukace (základní, komplexní, reedukační).

P5: Sestra určí společně s ženou obsah a rozsah edukace a vypracuje edukační listy.

P6: Sestra zvolí vhodné metody, formu, pomůcky, časový rámec a způsob hodnocení edukace. Dle potřeby lze edukaci rozdělit do více výukových sezení, jejichž počet je evidován. Zabezpečí vhodné místo a umožní účast příbuzných, dle přání ženy.

P7: Sestra edukuje ženu:

- o pitném režimu a dietním opatřením při inkontinenci moči
- o cvičení na podporu a posílení svalů pánevního dna
- o vhodné hygienické péči při inkontinenci moči

P8: Sestra během edukace podporuje ženu v aktivitě a poskytuje jí prostor na položení otázek.

P9: Sestra koordinuje edukaci v jednotlivých oblastech zmíněných v bodě P7 s ostatními členy zdravotnického personálu (lékař, fyzioterapeut, nutriční sestra).

P10: Sestra zhodnotí efektivnost edukačního procesu pomocí dotazníku či vhodně zvolenými kontrolními otázkami.

P11: Sestra poskytne ženě edukační materiál.

P12: Sestra ověří po realizaci edukace, zda žena porozuměla, získala požadované dovednosti a vědomosti a provede s ní vyhodnocení edukace.

P13: Sestra záznamy o edukaci ženy uloží do zdravotnické dokumentace.

Kritéria výsledku:

V1: Žena zná jméno sestry, která edukaci vykonává.

V2: Edukace ženy probíhá dle edukačního plánu.

V3: Žena je dle stupně vědomostí informována o jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7.

- Žena má dostatek informací o dietních opatřeních a pitném režimu
- Žena ovládá cviky na posílení svalů pánevního dna
- Žena má vědomosti o vhodné hygienické péči při inkontinenci moče

V4: V dokumentaci je přesný záznam o celém průběhu edukace.

Ošetřovatelský audit

Slouží k vyhodnocení, zda standard edukace žen s močovou inkontinencí byl splněn.

Urogynekologická ambulance:

Auditoři:

Datum:

Metody auditu:

- kontrola plnění kvalifikačních požadavků
- kontrola prostředí a pomůcek
- kontrola ošetřovatelské dokumentace a edukačních záznamů
- otázky pro sestru
- otázky pro pacienta

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S T R U K T U R A	S1-3	Jsou splněny podmínky v kritériích S1-3?	Kontrola plnění kvalifikačních požadavků	3b	0b
			Kontrola prostředí		
			Kontrola pomůcek		
	S4	Má sestra k dispozici zdravotnickou/ošetřovatelskou dokumentaci, formulář pro záznam edukace?	Kontrola dokumentace	1b	0b

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
PROCES	P1-2	Splnila sestra podmínky v kritériu P1 a posoudila ženu dle kritérií uvedených v P2?	Kontrola dokumentace	2b	0b
	P3-5	Stanovila sestra ošetřovatelské diagnózy dle kritéria P3 a vypracovala příslušný edukační plán/listy a jeho rozsah dle kritérií P4-5?	Kontrola dokumentace	3b	0b
	P6-9	Realizovala sestra stanovenou edukaci?	Otázka pro ženu	4b	0b
	P10	Zhodnotila sestra efektivnost edukačního procesu?	Otázka pro sestru	1b	0b
	P11	Poskytla sestra ženě edukační materiál?	Otázka pro ženu	1b	0b
	P12	Ověřila si setra, zda žena porozuměla podaným informacím?		1b	0b
	P13	Založila sestra záznamy do dokumentace?	Kontrola dokumentace	1b	0b

	Kód	Kontrolní kritéria	Metody hodnocení	Ano	Ne
VÝSLEDEK	V1	Zná žena jméno sestry?	Otázka pro ženu	1b	0b
	V2	Probíhá edukace dle stanoveného plánu?	Kontrola dokumentace	1	0
	V3	Má žena dostatek vědomostí o dietních opatřeních, správném provádění cviků na posílení svalů dna pánevního a vhodné	Otázka pro ženu	3b	0b

		hygienické péči při inkontinenci moče?			
	V4	Jsou v dokumentaci ženy zaznamenány potřebné údaje?	Kontrola dokumentace	1b	0b

Celkový součet dosažených bodů

Standard je **splněný** při dosažení počtu 24 bodů/100%

Standard je **splněný částečně** při dosažení počtu 22 bodů/90%

Standard je **nesplněný** při dosažení počtu méně než 20 bodů/80%

Edukačního plán

Ošetřovatelská diagnóza:

00126 Deficitní znalostí o dodržování zdravého životního stylu při močové inkontinenci v souvislosti se základním onemocněním projevující se nedodržením dietních opatření.

00004 Riziko infekce při močové inkontinenci v souvislosti se základním onemocněním projevující se nedodržení pitného režimu.

Edukační plán č. 1 Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Edukační plán č. 2 Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Edukační plán č. 3 Hygienická péče při inkontinenci moče

Edukační plán č. 1 Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Téma prvního setkání: Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Metoda edukace: přednáška, rozhovor, diskuze

Forma edukace: individuální

Pomůcky: edukační leták, brožura, a další pomůcky dle potřeby

Místo edukace: Mulačova nemocnice Plzeň, s.r.o., gynekologická ambulance

Délka trvání: individuální, podle potřeb ženy (doporučený čas: 15-30 minut)

Cíl:

Kognitivní: Žena má vědomosti o dietních opatřeních, žena má vědomosti o pitném režimu, žena má vědomosti o vhodných potravinových doplňcích.

Behaviorální: Žena si uvědomuje nutnost dodržovat dietní opatření a vhodný pitný režim, žena si uvědomuje význam potravinových doplňků při podpoře léčby močové inkontinence.

Motivační fáze:

V léčbě močové inkontinence je důležité dodržování pitného a dietního režimu. Příjem tekutin by měl být denně 1,8 až 2,2 litru správně rozložený do celého dne. Většina žen se totiž mylně domnívá, že snížením příjmu tekutin zabrání úniku moči, ale pouze ohrožují své tělo dehydratací či infekcí dolních močových cest. Důležité je nepít tři hodiny před spaním a omezit příjem alkoholických nápojů, nápojů s umělými sladidly, sycených nápojů a nápojů obsahující kofein (káva, černý čaj, coca-cola, energetické nápoje). V oblasti výživy doporučujeme ženám vyváženou stravu s vynecháním kořeněných jídel, výrazně omezit solení a pokrmy s obsahem bílého rafinovaného cukru. Vhodné je, aby ženy zařadily do svého jídelníčku více ovoce a zeleniny s vynecháním příliš kyselých plodů, jako jsou pomeranče, grepy a citrony. Nevhodné je také používání umělých sladidel. Všechny tyto potraviny vedou k dráždění stěny močového měchýře a vyvolávají nucení na močení a únik moče. Pro minimalizaci zácpy, která rovněž zhoršuje potíže s močovou inkontinencí, je vhodné konzumovat potraviny bohaté na vlákninu (ovoce, zeleninu, celozrnné výrobky apod.) Ženám s nadváhou doporučujeme snížit tělesnou hmotnost (z důvodu zátěže svalů pánevního dna) nejlépe ve spolupráci s dietology a nutričními odborníky. Jako součást podpůrné léčby močové inkontinence lze doporučit i různé potravinové doplňky (např. extrakt z brusinky kanadské, dýňová semínka), přírodní přípravek Ive Inkontin Stop, či homeopatii, které svými vlastnostmi napomáhají zpomalovat přirozené změny na močovém ústrojí. Potravinové doplňky lze zakoupit v lékárnách bez lékařského předpisu. Užívání homeopatických přípravků je důležité konzultovat s odborníky (lékařem-homeopatem, popř. lékárníkem).

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- správném rozvržení příjmu tekutin
- dietních omezeních
- potravinových doplňcích

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Vyhodnocení efektivity edukace na prvním setkání sestry s ženou.

Kontrolní otázky:

1) Které tekutiny je nutné omezit při močové inkontinenci?

2) Které potraviny jsou nevhodné při močové inkontinenci?

3) Jaké potravinové doplňky lze využít při léčbě močové inkontinence?

Edukační plán č. 2 Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Téma prvního setkání: Posilování svalů pánevního dna

Metoda edukace: přednáška, rozhovor, diskuze

Forma edukace: individuální

Pomůcky: edukační leták, brožura

Místo edukace: Mulačova nemocnice Plzeň, s.r.o., gynekologická ambulance

Délka trvání: individuální, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-30 minut)

Cíl:

Kognitivní: Žena má dostatečné znalosti o významu posílení svalů pánevního dna.

Behaviorální: Žena rozumí informacím o Keglových cvicích, žena si uvědomuje potřebu pravidelného cvičení při močové inkontinenci.

Psychomotorický: Žena názorně předvede základní cviky na posílení svalů pánevního dna.

Motivační fáze:

Většina žen nemá trénované svaly pánevního dna. Cviky na posílení těchto svalů mohou pozitivně ovlivnit celkový průběh onemocnění. Vyvolávají buď opakované kontrakce (stahy) nebo relaxace (uvolnění) určitých svalů pánevního dna, což vyžaduje jejich vědomé využívání. Tyto jednoduché cviky zavedl do praxe americký gynekolog Arnold Kegel a s jejich pomocí dosáhl vynikajících výsledků při léčbě močové inkontinence. Žena by měla cvičit každý den, dodržovat doporučený postup jednotlivých cviků a cvičit alespoň 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců, přičemž jednotlivé cviky musí opakovat 5 x až 10 x. Důležitá je kontrakce a relaxace svalů pánevního dna pro udržení správné polohy pánevních orgánů. Doba stahu se postupně prodlužuje ze dvou na pět až deset sekund střídavě se stejnou dobou pro uvolnění. Ženám doporučíme správnou

techniku dýchání, nádech nosem a výdech ústy. Důležité je necvičit po jídle a před cvičením se vymočit. Po zvládnutí Kegelova stahu lze přenést cvičení do běžných denních aktivit, jako je stoj, chůze, pohyb a následně tak udržovat dosažené výsledky. V počátcích cvičení je optimální provádět jednotlivé cviky pod vedením školeného fyzioterapeuta. Správné a pravidelné cvičení je jednoduchou metodou, která může velmi pozitivně ovlivnit problémy spojené s únikem moči.

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- základních cvicích
- praktické cvičení s ženou

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Vyhodnocení efektivity edukace na druhém setkání sestry s ženou.

Kontrolní otázky:

1) Jaká je frekvence cvičení při močové inkontinenci?

2) Popište postup jednotlivých cviků.

Edukační plán č. 3 Hygienická péče při inkontinenci moče

Téma třetího setkání: Hygienická péče při inkontinenci moče

Metoda edukace: individuální

Pomůcky: edukační leták, brožura, absorpční pomůcky (vložky, plenkové kalhotky, ev. dle potřeby)

Místo edukace: Mulačova nemocnice Plzeň, s.r.o., gynekologická ambulance

Délka trvání: individuální, podle potřeb ženy (doporučený čas: 15-25 minut)

Cíl:

Kognitivní: Žena má vědomosti o významu dodržovat zvýšenou osobní hygienu, žena má vědomosti o vhodných hygienických pomůckách k ošetřování pokožky a nošení vhodného oblečení při močové inkontinenci, žena má informace o absorpčních pomůckách.

Behaviorální: Žena si uvědomuje potřebu zvýšené osobní hygieny, žena si uvědomuje potřebu používat vhodné hygienické prostředky k ošetřování pokožky a nošení vhodného oblečení při močové inkontinenci, žena rozumí informacím o absorpčních pomůckách.

Motivační fáze:

Močová inkontinence, mimo jiné, může způsobit i vážný hygienický problém. Ženám doporučujeme častější sprchování (2-3 x denně), používání neparfémovaných mýdel s optimálním pH (5,5) a krémů, které nedráždí pokožku (např. Menalind, Bepanthen). Vhodnou hygienickou péčí lze omezit riziko kožních problémů (opruzenin) spojených s únikem moči a používáním absorpčních pomůcek. V dnešní době tyto pomůcky poskytují spolehlivou a nenápadnou formu ochrany bez obtěžujícího zápachu moči. Pomáhají zásadně zlepšit hygienický komfort a tím i pocit jistoty a bezpečí. Existuje celá řada absorpčních pomůcek různých velikostí (vložek, plen, plenkových kalhotek a savých podložek), tvarů a materiálů, které účinně zabraňují dráždění pokožky. Důležitý je správný výběr a použití vhodných pomůcek (dle závažnosti a typu inkontinence). Doporučíme ženám jejich výběr společně s praktickou ukázkou. Ženy informujeme, že absorpční pomůcky lze získat na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Také oblečení (zejména spodní prádlo) by mělo být pohodlné, prodyšné a nikde neškrtit. Při jeho výběru je vhodné upřednostnit bavlnu, či bambusové vlákno před jiným materiálem.

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- zvýšené hygieně
- vhodných přípravcích pro osobní hygienu
- vhodném oblečení
- praktická ukázka absorpčních pomůcek

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Kontrolní otázky:

1) Proč je důležité dodržovat zvýšenou hygienu?

2) Jaké hygienické přípravky jsou vhodné k ošetřování pokožky při močové inkontinenci?

3) Z jakého materiálu je vhodné používat spodní prádlo při močové inkontinenci?

4) Vyjmenujte některé absorpční pomůcky.

5) Musíte si hradit veškeré absorpční pomůcky z vlastních finančních zdrojů?

Edukační list pro sestru

Téma: Močová inkontinence

Forma edukace: individuální

Pomůcky: edukační leták, brožura, a další pomůcky dle potřeby

Místo edukace: Mulačova nemocnice Plzeň, s.r.o., gynekologická ambulance

Délka trvání: podle individuálních potřeb ženy (doporučený čas: 15-30 minut)

Téma prvního setkání: Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Téma druhého setkání: Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Téma třetího setkání: Hygienická péče při inkontinenci moče

První edukační setkání

Téma prvního setkání: Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Délka trvání: individuálně, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-30 minut)

Obsah edukace:

- pitný režim
- dietní režim

Motivační fáze:

V léčbě močové inkontinence je důležité dodržování pitného a dietního režimu. Příjem tekutin by měl být denně 1,8 až 2,2 litru správně rozložený do celého dne. Většina žen se totiž mylně domnívá, že snížením příjmu tekutin zabrání úniku moči, ale pouze ohrožují své tělo dehydratací či infekcí dolních močových cest. Důležité je nepít tři hodiny před spaním a omezit příjem alkoholických nápojů, nápojů s umělými sladidly, sycených nápojů a nápojů obsahující kofein (káva, černý čaj, coca-cola, energetické nápoje). V oblasti výživy doporučujeme ženám vyváženou stravu s vynecháním kořeněných jídel, výrazně omezit solení a pokrmy s obsahem bílého rafinovaného cukru. Vhodné je, aby ženy zařadily do svého jídelníčku více ovoce a zeleniny s vynecháním příliš kyselých plodů, jako jsou pomeranče, grepy a citrony. Nevhodné je také používání umělých sladidel. Všechny tyto potraviny vedou k dráždění stěny močového měchýře a vyvolávají nucení na močení a únik moče. Pro minimalizaci zácpy, která rovněž zhoršuje potíže s močovou inkontinencí, je vhodné konzumovat potraviny bohaté na vlákninu (ovoce, zeleninu, celozrnné výrobky apod.) Ženám s nadváhou doporučujeme snížit tělesnou hmotnost (z důvodu zátěže svalů pánevního dna) nejlépe ve spolupráci s dietology a nutričními odborníky. Jako součást podpůrné léčby močové inkontinence lze doporučit i různé potravinové doplňky (např. extrakt z brusinky kanadské, dýňová semínka), přírodní přípravek Ive Inkontin Stop, či homeopatii, které svými vlastnostmi napomáhají zpomalovat přirozené změny na močovém ústrojí. Potravinové doplňky lze zakoupit v lékárnách bez lékařského předpisu. Užívání homeopatických přípravků je důležité konzultovat s odborníky (lékařem-homeopatem, popř. lékárníkem).

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- správném rozvržení příjmu tekutin
- dietních omezeních
- potravinových doplňcích

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Vyhodnocení efektivity edukace na prvním setkání sestry s ženou.

Kontrolní otázky:

1) Které tekutiny je nutné omezit při močové inkontinenci?

2) Které potraviny jsou nevhodné při močové inkontinenci?

3) Jaké potravinové doplňky lze využít při léčbě močové inkontinence?

Druhé edukační setkání

Téma druhého setkání: Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Délka trvání: individuálně, dle potřeby ženy (doporučený čas: 20-30 minut)

Obsah edukace:

- základní cviky
- frekvence cvičení

Motivační fáze:

Většina žen nemá trénované svaly pánevního dna. Cviky na posílení těchto svalů mohou pozitivně ovlivnit celkový průběh onemocnění. Vyvolávají buď opakované kontrakce (stahy) nebo relaxace (uvolnění) určitých svalů pánevního dna, což vyžaduje jejich vědomé využívání. Tyto jednoduché cviky zavedl do praxe americký gynekolog Arnold Kegel a s jejich pomocí dosáhl vynikajících výsledků při léčbě močové inkontinence. Žena by měla cvičit každý den, dodržovat doporučený postup jednotlivých cviků a cvičit alespoň 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců, přičemž jednotlivé cviky musí opakovat 5 x až 10 x. Důležitá je kontrakce a relaxace svalů pánevního dna pro udržení správné polohy pánevních orgánů. Doba stahu se postupně prodlužuje ze dvou na pět až deset sekund střídavě se stejnou dobou pro uvolnění. Ženám doporučíme správnou techniku dýchání, nádech nosem a výdech ústy. Důležité je necvičit po jídle a před cvičením se vymočit. Po zvládnutí Kegelova stahu lze přenést cvičení do běžných denních aktivit, jako je stoj, chůze, pohyb a následně tak udržovat dosažené výsledky. V počátcích cvičení je optimální provádět jednotlivé cviky pod vedením školeného fyzioterapeuta. Správné a pravidelné cvičení je jednoduchou metodou, která může velmi pozitivně ovlivnit problémy spojené s únikem moči.

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- základních cvicích

- praktické cvičení s ženou

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Vyhodnocení efektivity edukace na druhém setkání sestry s ženou.

Kontrolní otázky:

1) Jaká je frekvence cvičení při močové inkontinenci?

2) Popište postup jednotlivých cviků.

Třetí edukační setkání

Téma třetího setkání: Hygienická péče při inkontinenci moče

Délka trvání: individuálně, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-25 minut)

Obsah edukace:

- hygienická péče
- výběr oblečení
- absorpční pomůcky

Motivační fáze:

Močová inkontinence, mimo jiné, může způsobit i vážný hygienický problém. Ženám doporučujeme častější sprchování (2-3 x denně), používání neparfémovaných mýdel s optimálním pH (5,5) a krémů, které nedráždí pokožku (např. Menalind, Bepanthen). Vhodnou hygienickou péčí lze omezit riziko kožních problémů (opruzenin) spojených s únikem moči a používáním absorpčních pomůcek. V dnešní době tyto pomůcky poskytují spolehlivou a nenápadnou formu ochrany bez obtěžujícího zápachu moči. Pomáhají zásadně zlepšit hygienický komfort a tím i pocit jistoty a bezpečí. Existuje celá řada absorpčních pomůcek různých velikostí (vložek, plen, plenkových kalhotek a savých podložek), tvarů a materiálů, které účinně zabraňují dráždění pokožky. Důležitý je správný výběr a použití vhodných pomůcek (dle závažnosti a typu inkontinence). Doporučíme ženám jejich výběr společně s praktickou ukázkou. Ženy informujeme, že absorpční pomůcky lze získat na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Také oblečení (zejména spodní prádlo) by mělo být pohodlné, prodyšné a

nikde neškrtit. Při jeho výběru je vhodné upřednostnit bavlnu, či bambusové vlákno před jiným materiálem.

Expoziční fáze:

Poskytnutí informací o:

- zvýšené hygieně
- vhodných přípravcích pro osobní hygienu
- vhodném oblečení
- praktická ukázka absorpčních pomůcek

Fixační fáze: opakování informací, diskuze

Ověřovací a hodnotící fáze: na základě kontrolních otázek

Kontrolní otázky:

1) Proč je důležité dodržovat zvýšenou hygienu?

2) Jaké hygienické přípravky jsou vhodné k ošetřování pokožky při močové inkontinenci?

3) Z jakého materiálu je vhodné používat spodní prádlo při močové inkontinenci?

4) Vyjmenujte některé absorpční pomůcky.

5) Musíte si hradit veškeré absorpční pomůcky z vlastních finančních zdrojů?

Edukační list pro ženy

Téma: močová inkontinence

Metoda edukace: přednáška, rozhovor, diskuze, praktická ukázka

Forma edukace: individuální

Místo edukace: Mulačova nemocnice Plzeň, s. r.o., gynekologická ambulance

Délka trvání: podle individuálních potřeb ženy (doporučený čas: 15-30 minut)

Téma prvního setkání: Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Téma druhého setkání: Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Téma třetího setkání: Hygienická péče při inkontinenci moče

První edukační setkání

Téma prvního edukačního setkání: Dodržování dietních opatření a pitného režimu

Délka trvání: Individuálně, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-30 minut)

Obsah edukace: V léčbě močové inkontinence je důležité dodržování pitného a dietního režimu. Příjem tekutin by měl být denně 1,8 až 2,2 litru správně rozložený do celého dne. Většina žen se totiž mylně domnívá, že snížením příjmu tekutin zabrání úniku moči, ale pouze ohrožují své tělo dehydratací či infekcí dolních močových cest. Důležité je nepít tři hodiny před spaním a omezit příjem alkoholických nápojů, nápojů s umělými sladidly, sycených nápojů a nápojů obsahující kofein (káva, černý čaj, coca-cola, energetické nápoje). V oblasti výživy doporučujeme vyváženou stravu s vynecháním kořeněných jídel, výrazně omezit solení a pokrmy s obsahem bílého rafinovaného cukru. Vhodné je do jídelníčku zařadit více ovoce a zeleniny s vynecháním příliš kyselých plodů, jako jsou pomeranče, grepy a citrony. Nevhodné je také používání umělých sladidel. Všechny tyto potraviny vedou k dráždění stěny močového měchýře a vyvolávají nucení na močení a únik moče. Pro minimalizaci zácpy, která rovněž zhoršuje potíže s močovou inkontinencí, je vhodné konzumovat potraviny bohaté na vlákninu (ovoce, zeleninu, celozrnné výrobky apod.) Ženám s nadváhou doporučujeme snížit tělesnou hmotnost (z důvodu zátěže svalů pánevního dna) nejlépe ve spolupráci s dietology a nutričními odborníky. Jako součást podpůrné léčby močové inkontinence lze využít i různé potravinové doplňky (např. extrakt z brusinky kanadské, dýňová semínka), přírodní přípravek Ive Inkontin Stop, či homeopatii, které svými vlastnostmi napomáhají zpomalovat přirozené změny na močovém ústrojí. Potravinové doplňky lze zakoupit v lékárnách bez lékařského předpisu. Užívání homeopatických přípravků je důležité konzultovat s odborníky (lékařem-homeopatem, popř. lékárníkem).

Druhé edukační setkání

Téma druhého edukačního setkání: Posilování svalů pánevního dna (Kegelovy cviky)

Délka trvání: Individuálně, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-30 minut)

Obsah edukace: Většina žen nemá trénované svaly pánevního dna. Cviky na posílení těchto svalů mohou pozitivně ovlivnit celkový průběh onemocnění. Vyvolávají buď opakované kontrakce (stahy) nebo relaxace (uvolnění) určitých svalů pánevního dna, což

vyžaduje jejich vědomé využívání. Tyto jednoduché cviky zavedl do praxe americký gynekolog Arnold Kegel a s jejich pomocí dosáhl vynikajících výsledků při léčbě močové inkontinence. Žena by měla cvičit každý den, dodržovat doporučený postup jednotlivých cviků a cvičit alespoň 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců, přičemž jednotlivé cviky musí opakovat 5 x až 10 x. Důležitá je kontrakce a relaxace svalů pánevního dna pro udržení správné polohy pánevních orgánů. Doba stahu se postupně prodlužuje ze dvou na pět až deset sekund střídavě se stejnou dobou pro uvolnění. Nesmí se zapomenout ani na dodržování správné techniky dýchání, nádech nosem a výdech ústy. Důležité je necvičit po jídle a před cvičením se vymočit. Po zvládnutí Kegelova stahu lze přenést cvičení do běžných denních aktivit, jako je stoj, chůze, pohyb a následně tak udržovat dosažené výsledky. V počátcích cvičení je optimální provádět jednotlivé cviky pod vedením školeného fyzioterapeuta. Správné a pravidelné cvičení je jednoduchou metodou, která může velmi pozitivně ovlivnit problémy spojené s únikem moči.

Třetí edukační setkání

Téma třetího edukačního setkání: Hygienická péče při inkontinenci moče

Délka trvání: Individuálně, podle potřeb ženy (doporučený čas: 20-25 minut)

Obsah edukace: Močová inkontinence, mimo jiné, může způsobit i vážný hygienický problém. Ženám doporučujeme častější sprchování (2-3 x denně), používání neparfémovaných mýdel s optimálním pH (5,5) a krémů, které nedráždí pokožku (např. Menalind, Bepanthen). Vhodnou hygienickou péčí lze omezit riziko kožních problémů (opruzenin) spojených s únikem moči a používáním absorpčních pomůcek. V dnešní době tyto pomůcky poskytují spolehlivou a nenápadnou formu ochrany bez obtěžujícího zápachu moči. Pomáhají zásadně zlepšit hygienický komfort a tím i pocit jistoty a bezpečí. Existuje celá řada absorpčních pomůcek různých velikostí (vložek, plen, plenkových kalhotek a savých podložek), tvarů a materiálů, které účinně zabraňují dráždění pokožky. Důležitý je správný výběr a použití vhodných pomůcek (dle závažnosti a typu inkontinence). Doporučujeme ženám jejich výběr konzultovat se sestrou při některé z návštěv urogynekologické ambulance. Absorpční pomůcky lze získat na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Také oblečení (zejména spodní prádlo) by mělo být pohodlné, prodyšné a nikde neškrtit. Při jeho výběru je vhodné upřednostnit bavlnu, či bambusové vlákno před jiným materiálem.

PŘÍLOHA 6

Cviky dle Kegela

Obrázek 1: Stoj vzpřímený. Pokrčit jednu nohu, uchopit ji pod kolenem a přitáhnout k sobě. Chvíli vydržet a to samé opakovat s druhou nohou.

Zdroj: Internet

Obrázek 2: Stoj vzpřímený a překřížit nohy. Pomalu se předklonit a pokusit se dotknout dlaněmi země. Dbát na to, aby se předklon prováděl pomalu a zatínaly se všechny svaly.

Zdroj: Internet

Obrázek 3: Posadit se na paty a pomalu zdvihat zadní část těla (hýždě).

Zdroj: Internet

Obrázek 4: Klek na všech čtyřech. Ramena a nohy v pravém úhlu. Hlava je v prodloužení těla. Jednu nohu napnout nad zem a mírně s ní kmitat. Opakovat i s druhou nohou.

Zdroj: Internet

Obrázek 5: Z podepřeného sedu zdvihnout pánev a stáhnout sedací svaly. Trup a pánev je v jedné rovině a hlava v prodloužení páteře. Střídavé zdvihání nohou se provádí tahem, ne švihem.

Zdroj: Internet

Obrázek 6: Leh na zádech s podepřenýma rukama.Nohy pokrčit v kolenou a střídavě se dotýkat země patou a špičkou.

Zdroj: Internet

Obrázek 7: V leže opřená o lokty napodobit nohama jízdu na kole.

Zdroj: Internet

Obrázek 8: Leh na zádech, nohy zvednout mírně pokrčené v kolenou. Tahem zvedat pánev a zadní část těla nahoru. Dbát na podsazení pánve.

Zdroj: Internet

Obrázek 9: Leh na boku s oporou ruky. Horní nohu zvedat s chodidlem do pravého úhlu a nekrčit v koleni. Vystřídat obě nohy.

Zdroj: Internet

Obrázek 10: Leh na břiše. Napnutou nohu zvednout mírně nad podložku, aby špička směřovala k zemi. Nohou jemně kmitat. Poté opakovat s druhou nohou.

Zdroj: Internet

Obrázek 11: Leh na zádech s upaženýma rukama. Nohy pokrčit v kolenou a střídavě pokládat na pravou a levou stranu. Hlavu otáčet vždy opačným směrem.

Zdroj: Internet