

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Kemal Hami Vural

EDUKACE PACIENTA S INKONTINENCÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Vural Kemal Hami

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta s inkontinencí

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 36

Počet stran – nečíslované: 13

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: inkontinence, sestra, podpora zdraví u pacientů s inkontinencí, prevence komplikací, edukace

Souhrn: Tato bakalářská práce se zabývá edukací pacientů s močovou inkontinencí a dopad inkontinence na kvalitu života pacientů. Teoretická práce je zaměřena na konzervativní možnosti léčby močové inkontinence, převážně tedy edukaci a nácvik pánevního svalstva. Praktická část shrnuje údaje z vybraných relevantních studií, které se zaměřovaly na efektivitu edukace pacientů s inkontinencí. Cílem bakalářské práce je zmapovat poznatky týkající se edukace pacientů s inkontinencí a dopad edukace na kvalitu života pacientů s inkontinencí.

Abstract

Surname and name: Vural Kemal Hami

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Education of patients with incontinence

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 36

Number of pages – unnumbered: 13

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 22

Keywords: Inkontinence, nurse, health promotion of patients with incontinence, prevention of complication, education

Summary: This bachelor's thesis deals with the education of patients with urinary incontinence and the impact of incontinence on the patients' quality of life. The theoretical work is focused on conservative treatment options for urinary incontinence, mainly education and training of the pelvic muscles. The practical part summarizes data from selected relevant studies that focused on the effectiveness of education for patients with incontinence. The aim of the bachelor's thesis is to map knowledge regarding the education of patients with incontinence and the impact of education on the quality of life of patients with incontinence.

Poděkování

Rád bych poděkoval PhDr. Mgr. Jitce Krocové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a podporu při tvorbě bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM ZKRATEK	9
ÚVOD.....	10
1 FORMULACE PROBLÉMU	12
2 CÍL PRÁCE.....	13
2.1 Výzkumné otázky	13
3 METODIKA	14
3.1 Postup řešeršní strategie	14
3.1.1 Klíčová slova	15
3.1.2 Časové období	15
3.1.3 Informační zdroje a databáze.....	15
3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů	15
3.2.1 Hodnocení kvality studií.....	15
3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria	16
4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT	17
4.1 Močová inkontinence obecně	17
4.1.1 Rizikové faktory	17
4.1.2 Druhy inkontinence	18
4.1.3 Léčba inkontinence moči.....	18
4.2 Edukace v ošetrovatelství	23
4.2.1 Sestra v roli edukátorky.....	23
4.2.2 Fáze edukačního procesu.....	24
4.2.3 Formy edukace	25
4.2.4 Metody edukace.....	26
4.2.5 Učební pomůcky.....	27
4.2.6 Komunikace.....	29
4.3 Edukace pacienta s inkontinencí.....	30
4.3.1 Rehabilitace svalů pánevního dna	31
4.4 Kvalita života.....	Chyba! Záložka není definována.
5 VÝSLEDKY	33
DISKUSE	43
ZÁVĚR.....	45
BIBLIOGRAFIE	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výsledky studie kvality života	33
Tabulka 2: Výsledky studie edukace pacientů	35
Tabulka 3: Výsledky studie edukace pacientů	37
Tabulka 4: Výsledky studie edukace pacientů	39
Tabulka 5: Výsledky studie edukace pacientů	41

SEZNAM ZKRATEK

UI – Močová inkontinence

IIQ – Incontinence impact questionnaire

SUI – Stresová močová inkontinence

CUI – Koitální močová inkontinence

UII – Urgentní močová inkontinence

MUI – Smíšená močová inkontinence

QoL – Kvalita života

ÚVOD

Močová inkontinence je častý problém, se kterým se potýká vysoké procento pacientů, převážně žen a má významný dopad na kvalitu života v mnoha aspektech, nejen tedy v oblasti zdravotního stavu, ale i v oblasti psychického blahobytu či sexuálního života. Močová inkontinence, v jakékoliv své formě, se dá ale diagnostikovat, léčit a v mnoha případech i vyléčit. V první linii terapie stojí v čele edukace a nácvik pánevního dna. Tyto intervence se v posledních letech nejen staví do popředí jakožto intervence, na které navazuje další léčba, ale i jako finální řešení inkontinence bez potřeby následné léčby. Efektivní edukace pacientů umožňuje snížení či eliminaci negativního dopadu na kvalitu života pacientů.

Všeobecná sestra v rámci edukace pacientů musí jít pacientům příkladem. Musíme být tedy motivovaní a vzbouzet v pacientech motivaci, povzbuzovat jejich sebevědomí a chuť se aktivně léčby účastnit ale hlavně pochopit princip jejich onemocnění, jejich možnosti léčby a jak se mohou správně na léčbě sami podílet. Aktivní, motivovaný pacient se nejen lépe a rychleji léčí, ale stává se aktivní součástí v jeho vlastním ošetrovatelském procesu

V teoretické části práce definuji močovou inkontinenci, její druhy, rizikové faktory a možnosti léčby. Dále se věnuji edukaci samotné, její formě, metodám edukace, roli všeobecných sester jakožto edukátorky a různým edukačním pomůckám které jsou během edukace využívány. Praktická část hledí na relevantní studie, které pohlíží na edukaci pacientů trpících inkontinencí, nácvik svalstva pánevního dna a dopad těchto intervencí na kvalitu života pacientů.

Cílem této kvalifikační práce bylo zmapovat a shrnout dostupné informace z publikovaných studií a článků, které se věnují problematice močové inkontinence a efektivním metodám v zachování či zlepšení kvality života pacientů.

Vstupní studijní literatura:

1. JOCELYN S. HU, MD, ELYSE FIORE PIERRE, MD. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American Family Physician*. [Online] 15. Září 2019. [Citace: 3. Prosinec 2022.] <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p339.html>. 339-348.

2. Lea Peroni, Didier Armaingaud, Stéphane Sanchez, Monique Rothan-Tondeur. Perceptions, representations and logics of action of urinary incontinence in institutionalised elderly people: a concurrent mixed study protocol. *BMJ Open*. [Online] 31. Březen 2022. [Citace: 1. Prosinec 2022.] <https://bmjopen.bmj.com/content/12/3/e057639>. 057-639.

3. Srovnání efektu individuální a skupinové fyzioterapie u pacientek s močovou inkontencí. R. Holaňová, K. Hegedüsová, M. Gärtner, J. Krhut. 1, Praha : Care Comm s.r.o., 2015. 1211-2658.

4. Thomas, Lois H., a další. Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *PubMed Central*. [Online] 1. Únor 2019. [Citace: 13. Leden 2023.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6355973/>. 30706461.

5. Yoshitaka Aoki, Heidi W. Brown, Linda Brubaker, Jean Nicolas Cornu, J. Oliver Daly & Rufus Cartwright. Correction: Urinary incontinence in women. *Nature.com*. [Online] 16. Listopad 2017. [Citace: 30. Listopad 2022.] <https://www.nature.com/articles/nrdp201797>. 17042.

1 FORMULACE PROBLÉMU

Problém močové inkontinence spočívá v neschopnosti kontrolovat močení, což může vést k nechtěnému úniku moči. Tento stav může být způsoben různými faktory, jako jsou oslabené svaly pánevního dna, neurologické problémy nebo hormonální nerovnováha. Močová inkontinence může negativně ovlivnit každodenní život jednotlivce a vyžaduje individuální přístup k léčbě a řešení tohoto problému. Močová inkontinence postihuje převážně ženy a seniory v pokročilém věku. Fenomén močové inkontinence je v literatuře dobře popsán, ale edukace pacientů se stále vyvíjí, především díky novým diagnostickým možnostem a pokroku v oblasti fyzioterapie a nácviku svalstva pánevního dna (Peroni, 2022).

Močová inkontinence se negativně odráží na kvalitě života všech, kteří s ní mají zkušenost. Jak velký dopad na kvalitu života se odráží na stupni inkontinence, ale inkontinence jako taková představuje multidisciplinární problém, projevuje se totiž v několika aspektech života naráz – v psychické sféře, má dopad na sebevědomí pacientů a jejich požitky z života, má dopad na zdraví, převážně na stav pokožky, různé opruzeniny a může vést i k infekcím močového ústrojí a ve sféře sociální, kdy se pacienti mohou setkat i se sociální izolací z důvodu neschopnosti předejít úniku moči na veřejnosti.

Močová inkontinence je diagnóza, se kterou se sice setkává vysoké procento žen a seniorů, ale jsou pacientům k dispozici možnosti léčby, od farmakoterapie a hormonální terapie po miniinvazivní léčbu a léčbu operační. Pacienti mohou využívat různých pomůcek, jako jsou pesary či absorpční pomůcky, ale terapie, která úspěšně snižuje až eliminuje projevy inkontinence je edukace pacienta a nácvik svalstva pánevního dna.

V edukaci pacientů je důležitý přístup pacienta, ale převážně edukátora, právě protože edukátor pacienty doprovází v jejich nemoci a motivuje edukanty aktivně čelit potížím a účastnit se léčby a vzdělání.

Proto byl stanoven výzkumný problém: Jaký má vliv edukace a nácviku svalstva pánevního dna na kvalitu života pacientů?

2 CÍL PRÁCE

Zmapovat aktuální poznatky z relevantních článků které se týkají efektivity edukace pacientů s inkontinencí, nácviku svalstva pánevního dna a dopad močové inkontinence na kvalitu života.

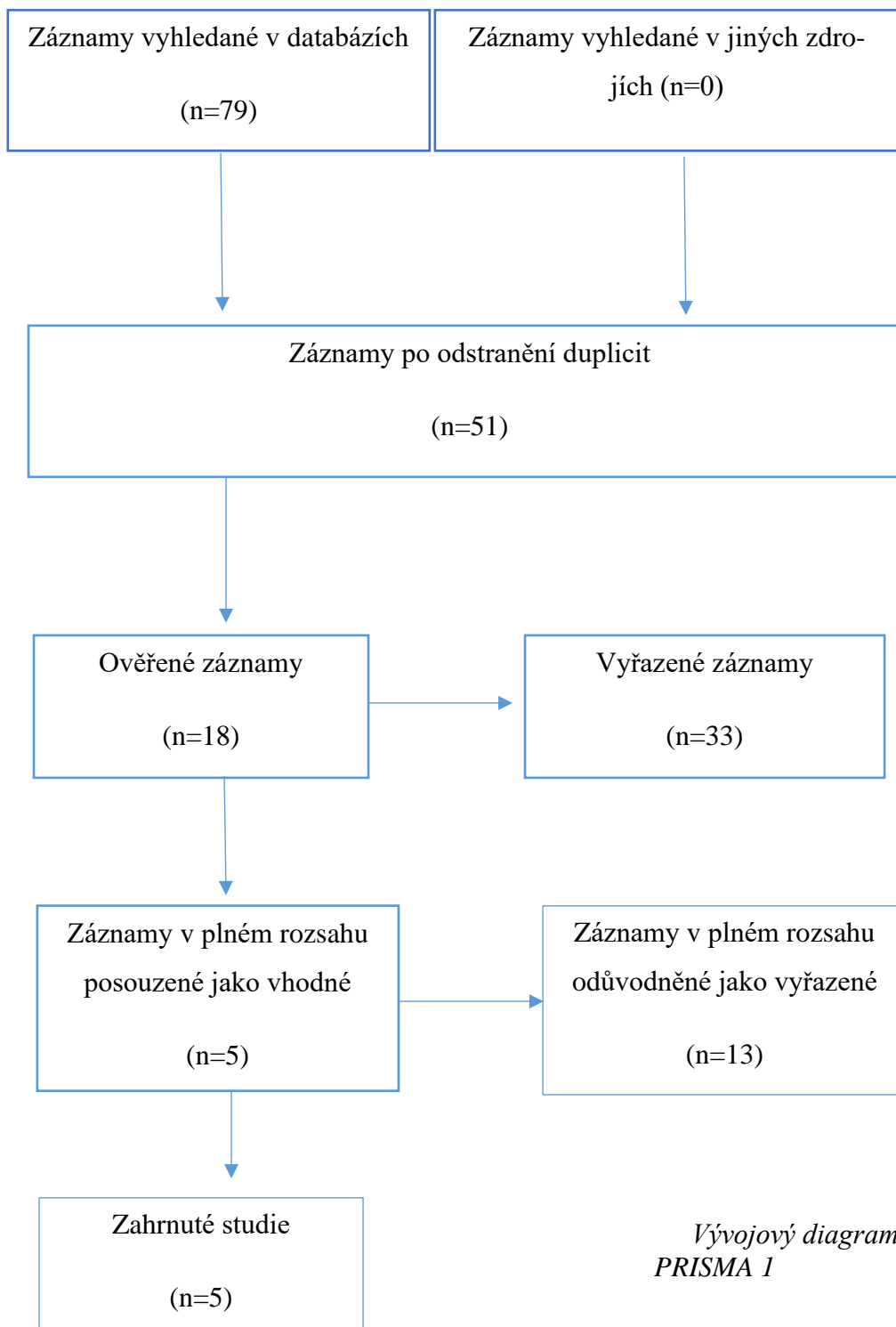
2.1 Výzkumné otázky

Jaký má dopad edukace pacientů s inkontinencí a trénink svalstva pánevního dna na kvalitu života pacientů s inkontinencí?

3 METODIKA

3.1 Postup rešeršní strategie

V rámci rešeršní strategie bylo zaznamenáno na platformách PubMed a Google Scholar celkem 79 studií, ze kterých po odstranění duplikátů zůstalo 51 studií a odborných článků. Tyto studie a články byly poté ověřeny a redukovány na 18 záznamů. Po analýze 5 studií bylo shledáno jako vhodné dle stanovených požadavků a použito pro výzkum.



3.1.1 Klíčová slova

Pro tuto bakalářskou jsem zvolil klíčová slova inkontinence, sestra, kvalita života pacienta s inkontinencí, edukace, svalstvo pánevního dna

Key words: incontinence, nurse, quality of life of patients with incontinence, education, pelvic floor muscles

3.1.2 Časové období

Časové období bylo limitováno na publikace publikovány mezi lety 2010–2024 pro získání nejnovějších a relevantních dat.

3.1.3 Informační zdroje a databáze

Na základě stanovených klíčových slov jsme vyhledávali publikace v databázích Pub-Med, Google Scholar a Medline. Čerpáno bylo z rešerší, výzkumů, přehledových studií a knih z knihovny města Plzně.

3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů

3.2.1 Hodnocení kvality studií

Kvalita studie byla hodnocena individuálně na základě tématu, kterému se autoři věnovali. Studie musí být relevantní k cíli práce a stanoveným klíčovým slovům a být relevantní k zodpovězení dané výzkumné otázky „Jaký má dopad edukace pacientů s inkontinencí a trénink svalstva pánevního dna na kvalitu života pacientů s inkontinencí?“

Tato kritéria splnilo 5 studií, z toho 2 byly review (úroveň kvality důkazů V), 1 kohortová (úroveň kvality důkazů IV), 1 nerandomizovaná studie (úroveň kvality důkazů III), a 1 kvaziexperimentální studie (úroveň kvality důkazů III). Studie byly hodnoceny dle modifikované hierarchie důkazů od autorů Melny, Fineout-Overholt, 2005 (in Jarošová a Zelníková, 2014).

3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria

Mezi zahrnující kritéria jsem zvolil: Studie publikované v českém či anglickém jazyce, studie týkající se podpory zdraví, edukace a nácviku svalstva pánevního dna u dospělých pacientů s inkontinencí. Mezi vylučovací kritéria bylo zařazeno nesplnění kritérií zahrnovacích a jiné žánry, např. dopisy redakci, jiné kvalifikační práce a recenze publikací

4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT

4.1 Močová inkontinence obecně

Inkontinence je klasifikována jakožto neúmyslný a nedobrovolný únik moči. Patří mezi běžné problémy a postihuje miliony pacientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních i mimo něj. Tato diagnóza představuje nejen ošetrovatelský problém, ale problém, který narušuje kvalitu života pacienta v oblastech sociálního a sexuálního života, ale má dopad i na pacientovo psychické zdraví. Není vždy možné inkontinenci zabránit, ale existují aktivity, které napomáhají ke snížení šance vzniku inkontinence. O těchto aktivitách by pacient měl být řádně edukován všeobecnou sestrou na oddělení kde je pacient hospitalizován, či sestrou u svého praktického lékaře, či fyzioterapeutickým pracovníkem. Mezi možné způsoby prevence vzniku inkontinence zahrnujeme například udržování zdravé hmotnosti, nácvik svalstva pánevního dna, změna pitného režimu – snížení příjmu tekutin před spánkem a omezení požívání alkoholu. Dle typu inkontinence, kterou pacient trpí, může jejich ošetřující lékař doporučit omezení příjmu tekutin, převážně nápojů jako je čaj, káva, slazené nápoje či alkohol, které mohou způsobit zvýšenou produktivitu moči v ledvinách a následně zvýšit šanci nedobrovolného úniku moči (NHS, 2023). Mezi řešení inkontinence patří také škála chirurgických zákroků. Mezi tyto zákroky patří, mimo jiné, implantace pásek ze syntetického materiálu, které podpírají močovou trubici a napomáhají zastavení úniku moči při zvýšení nitrobřišního tlaku. Tento výkon se využívá při léčbě stresové inkontinence u žen, trvá přibližně 30 minut a představuje malé riziko komplikací (Fakultní Thomayerova Nemocnice, 2016-2023). U mužů se využívá Systém ATOMS (Adjustable Trans Obturator Male System) - Nastavitelný transobturátorový systém, který spočívá v zavedení pásku s polštářkem pod močovou trubici a portu pod kůži šourku. Port slouží k doplňování tekutiny do polštářku a nastavení celého systému (Fakultní Thomayerova Nemocnice, 2016-2023).

4.1.1 Rizikové faktory

Vznik močové inkontinence je záležitost multifaktoriální a každý typ inkontinence má své specifické rizikové faktory.

Stresová inkontinence vzniká na podkladu oslabení či poškození svalstva pánevního dna či uretrálního svěrače a následného selhání udržet moč v močovém měchýři. Problémy mohou nastat již během porodu vaginální cestou, zvýšením nitrobřišního tlaku vlivem obezity, těhotenství či chronické obstipace. (NHS, 2023)

Urgentní inkontinence vzniká z důvodu hyperaktivity detrusoru, která může být způsobena řadou faktorů. Mezi tyto faktory řadíme užívání určitých léčiv, snížená konzumace tekutin, která vede k tvoření koncentrované moči, která dráždí stěny močového měchýře a uvolnění detrusoru. Další z faktorů jsou infekce močových cest, tumorózní onemocnění a požívání vysokého množství alkoholu či kávy (NHS, 2023).

Přepadová inkontinence, také zvaná chronická močová retence, je stav kdy se močový měchýř fyziologicky naplní, ale nedojde k vyprázdnění z důvodu obstrukce či blokace v dolních močových cestách. Tato obstrukce může být tvořena zvětšenou prostatou či močovými kameny. Porucha funkce detrusoru způsobuje tento typ inkontinence a je způsobena poškozením nervů, např. jako následek operačního zákroku či poškození míchy (NHS, 2023).

4.1.2 Druhy inkontinence

Mezi nejčastější druhy inkontinence se zahrnuje stresová, urgentní a smíšená. Urgentní inkontinence je způsobená nadměrnou aktivitou detrusoru, neurologickými poruchami či poraněním míchy. Projevuje se únikem moči spojené se silným nucením na močení před únikem. U těchto pacientů se také vyskytuje nykturie a častým nucením k močení. Stresová inkontinence je způsobena zvýšenou uretrální mobilitou a dysfunkcí svěrače. Pacienti trpící stresovou inkontinencí trpí únikem moči při tzv. stresových manévrech jako je kašel, kýchaní či smích. Tyto stresové manévry zvyšují intraabdominální tlak. Smíšená inkontinence je kombinací předešlých dvou typů, od patofyziologie po symptomy. Mezi méně časté typy inkontinence se zahrnuje přepadová inkontinence, která spočívá v obstrukci močové trubice či změně kontraktility detrusoru. Pacienti trpí retencí moče a následného úniku moči z nedokonale vyprázdněného močového měchýře (Hersh, a další, 2013).ⁱ

4.1.3 Léčba inkontinence moči

Léčba inkontinence moči se zcela odvíjí od diagnózy, typu a stádia inkontinence. Léčbu lze dělit na konzervativní, kam například zařazujeme behaviorální terapii, reedukaci, elektro stimulaci, farmakoterapii a další, a operační léčbu (Hanuš, 2011, s.50)

4.1.3.1 Syndrom hyperaktivního močového měchýře

Syndrom hyperaktivního močového měchýře je soubor příznaků, které se projevují častými urgencemi k močení s či bez samovolného úniku moči, často také nočním močením. Urgence je tedy náhlý pocit silného nucení na močení, který je vůlí obtížně potlačitelný a má zásadní dopad na kvalitu života pacientek. Frekvence je definována jako močení častěji

než jednou v rámci tří hodin, nebo také močení častěji než osmkrát v rámci dvaceti čtyř hodin (Navrátil, 2023, s. 170)

Máme několik možností konzervativní léčby, v první řadě tedy behaviorální terapii. Ta spočívá v principu edukace o adekvátním příjmu tekutin v průběhu dne, nastavení intervalů mezi močením, vynechávání evakuace moči před odchodem z domova, stanovení spánkového režimu. Další možností je trénování močového měchýře či elektrostimulace. Při elektrostimulaci nepřímo elektrostimulujeme intravaginální prostor, kde inhibujeme parasymptikus a stimulujeme betasympomatické receptory v močovém měchýři po dobu třiceti dní. Následně se lze uchýlit k farmakoterapii, která cílí na potlačení urgencye a zvýšení kapacity močového měchýře. Základem farmakoterapie je inhibice kontraktility detruzoru. Jedná se o inhibici parasymptiku a stimulaci receptorů v močovém měchýři pomocí různých farmak, jako jsou například anticholinergika, tricyklická antidepresiva a hormonální terapie. Syndrom hyperaktivního močového měchýře se dá také léčit operačně a tato léčba se dá dělit léčbu minimálně invazivní a léčbu operační. Minimálně invazivní léčba spočívá v aplikaci botulotoxinu do močového měchýře. Tato volba se volí u pacientů, kteří nereagují adekvátně na medikamentózní léčbu nebo u nich není možná. Aplikace botulotoxinu je krátký, cystoskopický výkon, probíhá zhruba 15 až 20 minut za hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Tato metoda má efekt na snížení kontraktility svaloviny detruzoru, a zvýšení kapacity močového měchýře, u pacientů se to tedy projeví tak, že se sníží počet urgencí, prodlouží se intervaly mezi mikcí a minimalizuje se či kompletně zmizí únik moči. Účinek je bohužel reverzibilní, odeznívá po šesti až devíti měsících a je možné že dojde k celkové poruše mikce, bude tedy nutno pacienta intermitentně katetrizovat. Botulotoxin se dá aplikovat opakovaně bez rizika snížení efektivity či zvýšení rizika vedlejších účinků, je tedy možné tento mini invazivní zákrok podstoupit opakovaně (Hořčíčka, 2017, s. 48-61)

Další možnost řešení syndromu hyperaktivního močového měchýře je operační řešení, kam zahrnujeme augmentaci močového měchýře a derivaci moči pomocí ureteroileostomie, ureterostomie či vezikostomie a náhrada močového měchýře. Princip augmentace močového měchýře spočívá ve zvětšení měchýře pomocí části tkáně z gastrointestinálního traktu za cílem zvětšení objemu močového měchýře. Mezi nežádoucí účinky patří porucha evakuace moči, potíže v oblasti gastrointestinálního traktu a sekrece hlenu použitou částí gastrointestinálního traktu, což může mít za následek například infekci močových cest. (Hořčíčka, 2017, s. 62-64)

4.1.3.2 Stresová inkontinence

Léčbu stresové inkontinence můžeme také rozdělit na léčbu konzervativní a léčbu operační. První volbou v rámci konzervativní léčby je behaviorální terapie, kdy edukátor učí pacienta, co stresovou inkontinenci způsobuje, vyvolává a zhoršuje. Pacienti omezí či kompletně vyřadí zvedání těžkých břemen, které zvyšuje nitrobřišní tlak, pacienti upravují i způsob vykonávání své práce, upravují stravu, příjem tekutin a eventuálně užívají laxativa s úmyslem eliminace a prevence obstipace která by mohla příznaky zhoršovat. Také je důležité brát ohled na kašel, převážně tedy chronický, který se vyskytuje například u chronických kuřáků či pacientů s alergiemi, například sezónními. Další možností je fyzioterapie a medikamentózní léčba, která směřuje na využívání farmak s cílem zvýšení uretrálního uzavíracího tlaku. Alternativa využitelná při využití fyzioterapie je elektrostimulace, která může být prováděna jak ambulantně, tak v domácím prostředí. Možností je využívání kapesního přístroje určeného k léčbě stresové inkontinence pro domácí použití, ale v ambulantní léčbě fyzioterapeuti využívají složitější přístroje (García-Sánchez, 2019) Doporučené schéma léčby se skládá z 20 až 30minutového využívání přístroje po dobu 30 dní po předchozím vyšetření urologem či fyzioterapeutem abychom mohli správně přístroj nastavit. Metoda elektrostimulace se využívá především v momentě, kdy ostatní léčebné varianty a dle pětiletého sledování má úspěšnost 50-60 %. Pacientky také mají možnost využít vaginální kónusy, což jsou malá závaží, která napomáhají stimulování svalstva pánevního dna. Princip kónusů nespočívá ve využití co největší váhy, ale ve stimulaci kontraktility svalstva pánevního dna při pohybu. Alternativní léčbou je také pesaroterapie která se využívá především u inoperabilních pacientek či u pacientek před operačním výkonem. Pesary míří na úpravu porušených anatomických poměrů a/nebo zvýšení výtokového odporu uretry. Pesary jsou vyráběny nejčastěji ze silikonu a vyrábějí se různé velikosti a tvary, ve zdravotnictví se nejvíce využívají pesary kruhové a kostkové. Mechanismus je podobný léčbě operační ale má hlavní výhodu v tom, že pesary jsou miniinvazivní a dají se využít i intermitentně, například při určitých sportech či mohou být využívány pacientkami které operační zákrok nemůžou podstoupit či ho odmítají. Užívání vaginálních pesarů může mít za následek častější riziko zánětu poševní sliznice a pacientky dochází pravidelně na gynekologické vyšetření, poprvé již týden až dva od zavedení pesaru (Navrátil, 2023 s. 165).

Operační léčba se volí pod podmínkou, že stresová inkontinence je způsobena poškozením více než jednoho svalu, vazy či jiné struktury, pacientka byla podobně seznámena s riziky a

limity operace, pacientka byla podrobně vyšetřena a ostatní léčebné postupy selhaly. Operační léčba je tedy indikována u pacientek, u kterých selhala dostatečně dlouhá konzervativní léčba či nebyla dostatečně účinná nebo předpokládáme že konzervativní léčba selže, například u pacientek s patologickým anatomickým nálezem či omezenou pohyblivostí. Pacientky před operačním výkonem prochází standartním předoperačním vyšetření doplněné o specializované vyšetření urologem, mikrobiologickým vyšetřením moči, urodynamické vyšetření a ultrazvukové vyšetření pánve. Jsou různé typy operací, v první řadě jsou páskové operace, při kterých se retropubicky či transobturátově zavede polypropylenová páska do střední třetiny močové trubice. Mezi komplikace patří krvácení, poruchy mikce až retence moči, toto lze řešit v brzkém pooperačním období stažením zavedené pásky, po operaci také může dojít k poranění močového měchýře a uretry. Další operační výkon je operace s periuretrálními implantáty, kdy transuretrálně aplikujeme látky do submukózy uretry v oblasti hrdla močového měchýře pod cystoskopickou kontrolou za cílem zvýšení intrauretrálního odporu při zvýšení nitrobršního tlaku. Tyto látky mohou být z různých materiálů, jako je autologní tuk, který se částečně vstřebává, kolagen, na který může vzniknout alergická reakce, silikonové polymery či polyakrylamid hydrogel. Periuretrální implantáty jsou často finální možností u pacientek po opakovaných operacích či u pacientek vysoce morbidních (Hořčíčka, 2017, s.71-74).

4.1.3.3 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie je edukativní léčba, která vede pacienta k soběstačnosti a učí ho se svou nemocí pracovat, zlepšovat až eliminovat potíže. Vyžaduje celoživotní aktivitu pacienta ve spolupráci s edukátorem, převážně v počátečních fázích. Je nedílnou součástí konzervativní léčby inkontinence a snaží se pacienty motivovat k dosažení nejvyšší úspěšnosti léčby na základě kladného a informativního vztahu mezi edukantem a edukátorem. Součástí je úprava zvyků denního života, jako jsou například i držení těla, způsob zapojení svalů při zvedání břemen k vytvoření ideálních podmínek pro minimalizaci zatěžování svalstva pánevního dna a celkově vede pacienty k aktivnímu a částečné samostatnosti v oblasti léčby. Behaviorální terapie je poměrně jednoduchá, srozumitelná a je možné ji začít okamžitě, na druhou stranu je velmi časově náročná pro lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuty a i pacienty. Pacientovi zasahuje do již zažitých životních stereotypů a mění je, což narušuje jejich komfort, a ne každý pacient změnu vnímá kladně, to může vést k jejich nedostatečné spolupráci a narušit léčbu (Vlková, 2017).

V rámci behaviorální terapie je důležité zajistit určitá režimová opatření. Tato opatření mají celoživotní platnost a využívají se v rámci prevence i jako součást konzervativní léčby nebo u pacientů v pooperačním období po operaci která zasahovala do močových cest nebo jejich okolí. Jako režimová opatření rozumíme korekci pohybových a režimových návyků. To znamená dodržování racionální diety a stravovacích návyků s cílem udržení ideální hmotnosti a vyhnutí se obstipaci či plynatosti. Redukce hmotnosti je velká součást léčby, neboť obezita v jakémkoliv měřítku má dopad na držení těla a nutí pacienty k vytváření nevhodných pohybových stereotypů, proto je cílem držet hmotnost ve zdravých hodnotách, napravit stereotypní pohyby a trénovat svaly pánevního dna. Neopomenutelnou součástí sběru anamnézy je zjištění pacientových návyků v oblasti pitného režimu. Doporučený pitný režim se pohybuje mezi 1,5 až 2 litry, omezení pití kávy, alkoholu a čaje. Další součástí je prevence obstipace, která může vést k dlouhodobému přetěžování svalstva pánevního dna a dlouhodobá obstipace či náročná defekace mohou být i samotnými příčinami zejména stresové inkontinence. Obstipace i flatulence se dají především řešit úpravou diety a pitného režimu, aktivním pohybem, fyzioterapií, masáží břicha a případně i farmakologicky. Další kapitolou behaviorální terapie je úprava mikčních návyků, to znamená, že pacient je edukován o pravidelném vyprazdňování močového měchýře, snaha o nepřerušovaný proud moči při každodenním močení a testování svalstva pánevního dna, což spočívá v přerušení proudu moči během mikce. Pokud lze proud zastavit, značí to, že svalstvo je plně funkční. Zvedání těžkých břemen je další součástí terapie, tedy nauka pacienta o nepřetěžování svalstva při nevhodné technice zvedání či zvedání břemen příliš těžkých. Je důležité toto téma vyzdvihnout při sběru anamnézy a zaměřit se na běžné všední činnosti a volnočasové aktivity, tím míříme na zvedání nákupních tašek, ale i například batolat či vykonávání sportu který především klade nátlak na svaly břicha a pánevního dna. Na změnu techniky klademe důraz především u pacientek po porodu, břišních operací, operací inkontinence a podobně. Úprava spočívá ve vědomém zaujatí správného držení těla při zvedání břemen a zapojení ostatních svalů. Pokud není možné aktivity plně vyloučit, jako například nošení nákupních tašek, je nutné tyto aktivity reorganizovat, například nošení nákupu v batohu na zádech, rozdělení váhy na menší části a podobně (Hořčíčka, 2017, s.78-84)

4.1.3.4 Fyzioterapie

Fyzioterapie s cílem trénování svalstva pánevního dna začíná v důsledné edukaci pacienta o samotném fungování svalstva a jejich principu. Svaly pánevního dna jsou komplexním funkčním celkem, který tvoří spodinu peritoneální dutiny. Součástí je diaphragma pelvis a

diaphragma urogenitale které zajišťují kontinenci a umožňují dilataci porodních cest. Toto svalstvo je doplněno o endopelvicou fascii, což je systém pojivové tkáně, který zajišťuje podporu a mobilitu orgánů pánve. Hlavní funkcí celého pánevního dna je držení fyziologického postavení orgánů malé pánve a zachování kontinence (Navrátil, 2023, s. 167).

Další částí je správná, izolovaná aktivace svalstva pánevního dna bez zapojení a kontrakce svalstva hýžd'ového, břišního či stehenního, což je častou chybou ze strany edukanta. Edukace o správném zapojení svalstva začíná vleže, doplněná o vizualizaci svalstva a intenzivním soustředěním na svalstvo. V momentě, kdy pacient zvládá trénink vleže, posouvá se fyzioterapie do stoje, poté i do běžné denní činnosti. Po cvičení svalstva je důležité svalstvo kompletně uvolnit a vyvarovat se přetrénování. Cvičení by mělo probíhat spíše častěji než déle. Nároky na práci svaloviny se úzce odrážejí na stavu pacienta a jeho možnostech, pokud tedy je pacient pohybově zdatný, můžeme navýšit počet opakování cviků, výdrže a střídání typů kontrakcí (Navrátil, 2023, s. 168-169).

4.2 Edukace v ošetřovatelství

Edukace probíhá mezi edukátorem (ve zdravotnickém prostředí to je všeobecná sestra, lékař, fyzioterapeut, porodní asistent apod.) a edukantem (pacientem, opatrovníkem či rodinným příslušníkem). Je to proces zaměřený na získání nových dovedností a zlepšení v oblasti sebepečce, ale i ke zlepšení spolupráce mezi edukantem a ošetřovatelským týmem. Edukant by měl dosáhnout či se alespoň zlepšit v péči o sebe sama, získat teoretické i praktické dovednosti, jako je například péče o léze, stomii a podobně. Pochopit podstatu svého onemocnění, překážky a jak se s onemocněním vyrovnat, a zlepšit svou kvalitu života, například prostřednictvím nově získaných návyků či realizací zdravého způsobu života (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola).

4.2.1 Sestra v roli edukátorky

Na sestru poskytující edukaci edukantovi jsou kladeny určité požadavky, převážně tedy v oblasti vzdělání. Sestra musí být vzdělána v oblasti ve které pacienta edukuje a mít patřičné teoretické i praktické dovednosti. Také by měla být schopna navázat s edukantem vztah a získat jeho důvěru, mít dobré verbální i neverbální komunikační schopnosti a vzbudit v edukantovi motivaci (Svěráková, 2012, s. 36-37). Sestra jakožto edukátorky zastává určité kompetence, mezi které řadíme kompetence k vedení výuky, sestra tudíž musí mít osvojené komunikační, jazykové a pedagogické

vlastnosti. Také jsou na místě osobnostní předpoklady a povinnost doživotního vzdělávání. Sestra zjišťuje znalosti a dovednosti pacienta, poskytuje informace pacientovi či rodinnému příslušníkovi týkající se ošetrovatelského procesu za účelem podpory edukace, zjednodušení edukačního procesu a jeho fází. Cílem sestry edukátorky je vytvářet nové dovednosti a znalosti a následně je rozvíjet, procvičovat a zdokonalovat a také udržovat adekvátní úroveň zdraví a motivovat ke změně postojů a chování pacienta (Krátká, 2016, s. 28).

4.2.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces má svá specifika, a protože ve zdravotnickém zařízení se zabýváme především péčí o pacientovo zdraví, edukace by vždy měla být součástí péče. Proto se musí přizpůsobit možnostem a metodám v daném zařízení. Edukace má standardně fázi pět.

První fází je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kde se edukátor snaží zjistit úroveň dovedností, vědomostí ale i osobnost, postoje a návyky edukanta. K zjištění těchto domén využívá edukátor převážně metody pozorování a rozhovoru (Juřeníková, 2010 s. 21-22).

Druhou fází je fáze projektování, kdy edukátor plánuje cíle, volí metody, pomůcky a obsah edukace, ale i časový rámeček (Juřeníková, 2010 s. 21-22).

Třetí fází je fáze realizace, která začíná motivací edukanta a následné zprostředkování nových informací, výuky. Klíčové je, aby se na této fázi nepodílel jen edukátor, ale i edukant který se aktivně účastní. Nově získané dovednosti a znalosti jsou edukantem procvičovány a opakovány, edukátor edukanta průběžně zkouší a prověřuje jeho pochopení i zájem. Naposledy je praktické zkoušení kdy edukant své získané dovednosti a znalosti prakticky aplikoval a byl schopný je použít (Juřeníková, 2010 s. 21-22).

Čtvrtou fází je fáze upevnění a prohlubování učiva. Tato fáze je nezbytná pro uchování vědomostí a vyvarování se chybování, například v domácím prostředí bez odborného dohledu. Neopakované vědomosti jsou z 50 % zapomenuty do druhého dne a cílem této fáze je systematické opakování a procvičování, aby došlo k fixaci dovedností. Pátá a poslední fáze je fáze zpětné vazby, ve které se edukant snaží hodnotit výsledky své i edukanta. Cílem je získání zpětné vazby z obou stran pro benefit obou stran. Výše zmíněné fáze bychom se měli snažit přizpůsobit ošetrovatelskému procesu (Juřeníková, 2010 s. 21-22).

4.2.3 Formy edukace

Slovo “forma” je spíše tedy tvar, způsob uspořádání a organizace edukace samotné. Jednotlivé oblasti medicíny mají zpracované své speciální metodiky, například metodika kouření pro matky, výchova o racionální výživě, vzdělávání diabetiků, metodika odvykání od užívání návykových látek a další. Edukační metody jsou obecně cílevědomé postupy, které slouží k předání znalostí, osvojování určitých návyků a odnaučení od jiných návyků, například kouření (Svěráková, 2012 s. 38-39).

Formy edukace jsou zásadně tři, a mezi ně zařazujeme následující: Formy individuálního působení, forma skupinového působení a forma distančního učení. Pro volbu formy edukace je naprosto klíčové předem zhodnotit stanovený cíl, obsah látky, kterou budeme vyučovat, připravenost a potřeby edukanta, ale také zda již byl edukován v minulosti. Také je nutné zhodnotit možnosti které nám zdravotnické prostředí ve kterém bude edukace probíhat poskytuje (Krátká, 2016, s. 32)

Formou individuálního působení rozumíme individuální rozhovor mezi sestrou a pacientem, konzultace, instruktáže a telefonické poradenské linky. Probíhá vždy mezi jedním edukátorem a jedním edukantem, edukanti mezi sebou nespolupracují ani neinteragují. Obsah je stanoven na základě potřeb daného edukanta a probíhá nejčastěji v ordinaci praktického lékaře, u lůžka nebo ambulantně. Jejich hlavní výhodou je individuální přístup k pacientovi a jeho potřebám a jednoduché získání zpětné vazby. Edukační plán je stavěn individuálně u každého pacienta, dle jejich možností a kapacity. Na tom se odráží i učební tempo a obsah edukace samotné. Tato forma je velmi efektivní, především kvůli neustále aktivitě edukanta, který je pod nepřetržitým dohledem edukátora. Bohužel nevýhodou je, že se stále narůstajícím počtem pacientů vyžadující edukaci je tato forma neefektivní z hlediska časových možností a edukanté nemají možnost sdílet svoje zkušenosti a poznatky s dalšími edukanty (Juřeníková, 2010, s. 19).

Forma skupinového působení je tedy edukace, která probíhá ve skupinách různé velikosti. Ve zdravotnictví se využívá především v kontextu balneoterapie či v takzvaných svépomocných skupinách, kde si edukanté navzájem předávají své zkušenosti s ostatními pacienty se stejným problémem. Tato forma edukace se využívá u zdravých i chronicky nemocných, ideálně ve skupinách do pěti členů. Skupinu nejčastěji řídí edukátor, ale lze i mít skupinu řízenou edukantem, nejlépe tedy v kooperaci s edukátorem či po předešlém zaučení.

Takové skupiny mohou vzniknout neformálně, tedy na základě vlastního zájmu, nebo vytvořena formálně, to znamená na základě určitých kritérií. Tato kritéria mohou být věk, pohlaví, druh onemocnění či úroveň vědomostí. Tyto skupiny se ještě dále dělí na skupiny homogenní, kde jsou zařazeni edukanti se stejným zdravotním problémem a s přibližně stejnou úrovní vědomostí a dovedností. Naopak v heterogenních skupinách máme edukanty s rozlišnou diagnózou a nepoměrnými vědomostními úrovněmi. Nejčastěji ve skupině využíváme diskusi či brainstorming, ale i různé cvičení, besedy a podobné skupinové aktivity. Výhodou je samozřejmě možnost edukace většího počtu pacientů, ale příznivým faktorem může být i vzájemná výměna zkušeností mezi pacienty. Naopak hlavní nevýhodou je ten fakt, že se málokdy ve skupině zapojují pacienti rovnoměrně a tím klesá i efektivita edukace a zvyšuje se šance špatného porozumění mezi edukanty a edukátorem (Juřeníková, 2010 s. 20).

4.2.4 Metody edukace

Pojem metoda chápeme jakožto cílevědomé působení edukátora v zájmu zapojení edukanta v edukaci tak, abychom naplnili předem stanovené edukační cíle. Volba edukačních metod se odráží od osobnosti edukanta, jeho vědomostí, již získaných dovedností a předešlých zkušeností. Samozřejmě je nutné vzít v potaz stanovené edukační cíle, obsah a zvolenou formu edukace. Metoda edukace je efektivní jedině tehdy, kdy je v souladu s edukantovo fyzickým a psychickým stavem, prostředím, které nám poskytuje zdravotnické zařízení nebo zařízení jiné kde edukace probíhá. Metoda musí být využitelná prakticky, působit přirozeně a zaujmout pozornost edukanta i edukátora. Informace předávány edukačními metodami nesmí být zkreslené a musí být plnohodnotné. Odborná literatura má několik různých klasifikací edukačních metod, já jsem se rozhodl vyzdvihnout metody nejčastěji využívané ve zdravotnickém prostředí. Obecně lze metody rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické. Nejčastěji využívané metody ve zdravotnickém prostředí jsou přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení (Juřeníková, 2010 strana 37).

Metoda přednášky je metoda již z dob antiky a spočívá v předávání informací a vědomostí v celistvém, souvislém projevu. Součástí přednášky jsou tři části, úvod, vlastní výklad a závěr. V úvodní části je edukant seznámen s problematikou a je naší snahou v edukantovi budit zájem a pozornost. Na tuto část navazuje tedy vlastní výklad, kdy prezentujeme podložená fakta v kontextu ostatních poznatků edukanta. Přednáška by měla být uspořádána tak, aby na sebe text logicky navazoval a ideálně byl doplněn příklady z praxe. Nové poznatky a terminologii je dobré podrobně vysvětlit a dát edukantům prostor pokládat otázky.

Poslední částí je závěr, kdy je naším cílem shrnout nejdůležitější části přednášky, nejlépe v dobře stravitelných bodech. Během přednášení je dobré doplnit mluvené slovo i učebními pomůckami, abychom dopomohli edukantům si probíranou problematiku lépe představit a pochopit. V dnešní době je nejčastěji využíván dataprojektor propojený s počítačem a projekce prezentací. Tyto prezentace jsou dobré převážně tím, že mohou doplnit výklad fotografiemi či videem. Při přednášení se také využívá tabule, na kterou edukátor vypisuje důležité body, myšlenky či kreslí různé obrazce, grafy a podobně. Přednáška by měla probíhat tempem, které umožňuje edukantům tvořit vlastní výpisky, či ji doplnit již vytištěným textem, další možností je projektovat text pomocí projektoru. Výhodou přednášek je samozřejmě možnost předání většího množství informací velké skupině posluchačů. Bohužel, aktivita edukantů během přednášek může stagnovat a v průběhu přednášky postupně klesá. Edukátor se může pokusit tento nedostatek odstranit tím, že bude pokládat publiku otázky a během či na závěr přednášky iniciovat diskusi mezi edukanty a edukátorem samotným. Přednáška musí být předem promyšlená a edukátor na ní musí být řádně připraven tak, aby byl schopný obsah dobře a důkladně vysvětlit, schopný odpovědět na různé otázky a připraven vést diskusi na probírané téma (Juřeníková, 2010, s. 38).

Další metodou je metoda vysvětlování, kdy se snažíme objasnit různé příčiny a souvislosti tak, aby edukant byl schopný pochopit podstatu problematiky. Tato metoda je nejčastěji využívána, když není možnost se opřít o edukantovo předchozí zkušenosti a vědomosti. Vysvětlování je často doplněno metodou popisu a dokazování, abychom docílili nejvyššího možného pochopení ze strany edukanta. Vždy postupujeme s klidem, jsme objektivní, problematiku vysvětlujeme v rámci určité logické posloupnosti, srozumitelně a logicky. Fotografie a videa mohou být nápomocnou pomůckou při vysvětlování (Juřeníková, 2010 s.39).

4.2.5 Učební pomůcky

Učební pomůcky jsou doplňkovou složkou edukace, kterou pomáhají doplnit a zvýšit efektivitu, převážně tak, že dovolují zprostředkovat obsah učiva v názorné podobě a ulehčují splnění edukačních cílů. Tyto pomůcky plní funkcí několik, převážně tedy funkce motivační, informačně-logické, názorné, aktivační, rozšiřující a doplňující. Dají se rozdělit do následujících skupin: textové, mezi které lze zahrnout učebnice, letáky vyvěšené v čekárnách, ordinacích či na chodbách oddělení, nebo brožury a pracovní listy, ale i časopisy určené pro

odborníky ale i pro laickou veřejnost. Vizuální učební pomůcky, jako například fotografie, nástěnné obrazy, obrazy projektované prostřednictvím dataprojektoru propojeného s počítačem, různé modely a тренаžéry a převážně tedy zdravotnický materiál který sám edukant bude využívat ke kompenzaci svého onemocnění, tím rozumíme například inzulinové pero či stomický sáček a tak dále. Auditivní učební pomůcky jsou hudební a zvukové záznamy, které umožňují přehrávat již zaznamenaný výklad či zprostředkovat média pro zrakově postižené. Také využíváme audiovizuální pomůcky jako jsou výukové filmy či videa a počítačové edukační programy.

Při volbě učebních pomůcek je důležité zohlednit několik různých parametrů a přihlížet na stanovené cíle, zvolené metody a obsah edukace. Velmi důležité je také zohlednit pacienta samotného, převážně tedy jeho věk, ale i zdravotní a psychický stav, jeho možnosti a schopnosti využívat dané pomůcky. Učební pomůcky musí být co nejvíce efektivní, a především ji musí edukátor znát a umět dobře ovládat. Edukační pomůcky musí být kontrolovány vždy před jejich využitím, nebo může dojít k poruše a ztrátě času, ale i důvěry pacienta a narušení celého edukačního procesu.

Textové učební pomůcky jsou nejčastěji využívanou učební pomůckou a v edukaci jsou hojně zastoupené, převážně ve formě letáků a brožurek. Jejich největší výhodou je jejich dostupnost, lehce se přenáší a pacient se k psanému textu může kdykoliv vrátit, opakovat a učit se z něj. Pacient si také může vybrat kdy a kde se bude učit, ale i své tempo, lze text doplnit poznámkami, jak ze strany edukátora, tak edukanta. Bohužel vytvořit textovou učební pomůcku je velmi časově náročné, informace jsou sdělovány formou textu, který může být doplněn obrázky či grafy, ale ty mohou být pro laika nepřehledné. Tato forma učebních pomůcek není vhodná pro pacienty s poruchami zraku, a vždy by měla být použita v kombinaci s jinou pomůckou pro zvýšení efektivity a zpětné vazby edukanta.

Vizuální učební pomůcky jsou často používanou pomůckou v případech, kdy potřebujeme znázornit dovednost či informaci která má vizuální složku. Hlavní výhodou této pomůcky je možnost prezentování informací pro větší publikum. Zahrnujeme sem tedy dataprojektory a tabule. Bohužel, k materiálu, který je zprostředkován touto formou se nemůže edukant vrátit a při tvoření vlastních výpisků z prezentace může dělat chyby, například při špatné interpretaci informace. Další nevýhodou je snížená zpětná vazba edukantů, převážně tedy při edukaci několika edukantů zároveň. Tyto pomůcky jsou často finančně nákladnější než textové učební pomůcky.

Auditivní učební pomůcky jsou oproti již zmíněným pomůckám využívány méně, ale využívají se především když edukace vyžaduje využití sluchových vjemů. Mezi zástupce patří CD a MP3 přehrávače, ale například i rozhlas a jeho využití pro zprostředkování vzdělávacích programů. Jejich výhodou je lehká přenosnost a jednoduchost jejich použití. Bohužel, na druhou stranu zde chybí vizuální složka a pozornost edukantů po několika minutách klesá.

Audiovizuální učební pomůcky jsou v dnešní době využívány více a více, především proto, protože využívají sluchové i vizuální vjemy, jsou dostupné prakticky všude a jsou velmi praktické. Mezi zástupce řadíme televizory, DVD přehrávače, videa a dataprojektory s PC. Výhodami je zapojení sluchových i zrakových analyzátorů zároveň, jsou poutavé pro edukanty a můžeme zapojit větší skupinu edukantů zároveň. Bohužel jsou tyto pomůcky poměrně cenově náročné.

Počítačové programy a internet se v současné době dostává velmi rychle do popředí a je velmi výhodnou učební pomůckou. Edukant si může určit učební tempo a dobu kdy bude edukace probíhat. Počítačové programy jsou velmi interaktivní, jejich prostřednictvím můžeme edukanta testovat a získat zpětnou vazbu. Nevýhodou samozřejmě je skutečnost že využití této formy je poměrně náročná na znalost práce s PC a internetem. Bohužel, ne každý pacient má přístup k PC a internetu, informace na internetu se často mění, a ne vždy jsou spolehlivé (Juřeníková, 2010 s 48-52).

4.2.6 Komunikace

Komunikace zjednodušeně chápeme jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Jde o proces, kdy se vyměňují a předávají informace, hodnoty a emoce. Komunikace je základním kamenem a nezaměnitelnou složkou edukace, proto v ní musí být sestra poskytující edukaci vzdělaná a její komunikace musí být efektivní. Komunikace jako taková nám napomáhá zjistit informace o pacientovi ještě před začátkem edukace, například během příjmu k hospitalizaci nebo během rutinní prohlídky u lékaře v ordinaci. Způsob, kterým pacient komunikuje, jak neverbálně, tak verbálně nám pomáhá zjistit jeho charakter, postoje, ale i například sociální prostředí ve kterém se pohybuje či žije, což nám napomáhá ve stavbě edukačního plánu. V komunikaci je důležité se vyvarovat šumu, který může být překážkou efektivní komunikaci. V konverzaci mezi dvěma lidmi může dojít k misinterpretaci, bariérám a poškození, kterému se musíme vyvarovat. Proto je důležité se často k předaným informacím vracet, abychom zkontrolovali, zda jsme informaci předali

efektivně a zda nám druhá strana porozuměla, co z našeho výkladu pochopila a co je třeba znovu vysvětlit (Pokorná, 2011, s. 9-16).

Efektivní komunikace je komunikace otevřená, při které nedochází ke zkreslení informací a všichni účastníci si rozumí, či jsou schopni si nedorozumění vyjasnit. Z efektivní komunikace musí odcházet všichni participanti spokojeni a s pozitivním pocitem. V kontextu edukace má efektivní komunikace jasně stanovené cíle a na konci umožňuje vzájemné pochopení a vyřešení problému pacienta. Také umožňuje společné rozhodování v rámci edukačního procesu a stanovení dalších cílů a intervencí. V efektivní komunikaci si musí obě strany navzájem důvěřovat, sdělení musí mít pro pacienta význam a být relevantní, sdělení mu je jasné a je vyjádřeno v jazyce kterému pacient rozumí, komunikace je opakována a konzistentní a je komunikována v komunikačních kanálech které jsou pro pacienta vhodné a pochopitelné a pacient je schopný pochopit záměr komunikace a nemusí vyvolat zvláštní úsilí pro její pochopení (Pokorná, 2011 s 35-36).

4.3 Edukace pacienta s inkontinencí

Edukace pacientů s inkontinencí se odvíjí od diagnostikovaného typu inkontinence vzhledem k rozdílným terapeutickým možnostech léčby různých typů UI. Základní sféra edukace pacientů s močovou inkontinencí jsou režimová opatření, tím rozumíme redukci hmotnosti, vyhýbaní se zvedání těžkých břemen a úprava příjmu tekutin v případě stresové inkontinence. V případě hyperaktivního močového měchýře se využívají dietní opatření jako například omezení močopudných nápojů jako je káva, alkohol, čaj a omezení pikantní, dráždivé stravy, která by mohla působit flatulenci.

Inkontinentní pacienti jsou také edukováni o dalších možnostech léčby, ale převážně je důležité klást důraz na inkontinenční pomůcky. Ženy mohou využívat pesary, které odstraňují či redukují stresovou inkontinenci tím, že po vložení upravují anatomické poměry a zvyšují tlak v uretře. Pokud je dobře zvolen velikost a materiál pesaru, pesar se dá využít jako předoperační léčba či trvalé řešení u pacientek, které operaci podstoupit nemohou či ji odmítají.

Dále pacienti mohou využívat intrauretrální obturující – okluzní pomůcky, což jsou jednorázové pomůcky, které se vkládají do močové trubice či na její ústí a brání úniku moči při stresových manévrech. V České republice ale nejsou distribuovány ani registrovány.

Poté existují absorpční pomůcky, které si kladou za cíl převážně zlepšení kvality života pacientů a předcházet komplikacím které močovou inkontinenci doprovází, například opruzeniny, dekubity či uroinfekce. Absorpční pomůcky musí mít dobrou schopnost absorpce, minimalizovat riziko infekce močových cest, být dobře prodyšné a musí se s nimi dát jednoduše manipulovat vzhledem k jejich využití i mimo zdravotní prostředí netrénovanými osobami, například pacientem či rodinou.

4.3.1 Rehabilitace svalů pánevního dna

Je důležité mít na paměti, že svalstvo pánevního dna je velmi komplexní struktura, která hraje podstatnou roli v procesu mikce tím, že poskytuje stabilitu a podporu svalům a vazům které se podílejí na dynamice mikce a vyprazdňování střev. Vzhledem k umístění perineální membrány v urogenitálním trojúhelníku, je momentálně popisována jako nejdůležitější struktura hrající roli v oblasti močové inkontinence. Perineální membrána je zodpovědná za stabilizaci a kompresi externího uretrálního svěrače. Rehabilitace svalů pánevního dna je šetrná, široce dostupná neinvazivní léčba močové inkontinence, která je vhodná jako první volba léčby, převážně kvůli limitovanému riziku vedlejších účinků v porovnání s více invazivními alternativami. Rehabilitace svalů pánevního dna je nejvíce efektivní, když je doprovázena úpravou životního stylu, tedy adekvátním příjmem tekutin, omezení nápojů s vysokým obsahem kofeinu, omezení kouření, pokud je to nutné tak snížení tělesné váhy a další (Krhut, 2015).

Svalstvo pánevního dna a jeho ochabnutí je úzce spojeno jak s věkem, ale i porodem a následným obdobím šestinedělí. Porod je velmi náročný na svalstvo pánevního dna a ostatní hluboké svaly a je nutné těmto svalům věnovat pozornost před i po porodu. Porod pomocí císařského řezu může předejít značnému ochabnutí svalstva, ale představuje riziko pro následnou rehabilitaci a cvičení, zvláště kvůli bolestem v oblasti řezu a následné jizvy. Samotný císařský řez sice nenarušuje samotné svalstvo pánevního dna, ale má dopad na ostatní svalstvo v oblasti břicha a břišní dutiny, to může vyvolat různé komplikace a ovlivnit celkovou kvalitu života pacientky.

Široce užívaný „Knack“ manévr poprvé prezentoval Miller v roce 1996 a používá se v oblasti fyzioterapie do dnes. Spočívá v kontrakci svalového dna pouze během zvýšení abdominálního tlaku, například před kašlem či kýchnutím, aby pacient poskytl podporu močovému měchýři s cílem zabránit úniku moči (Krhut, 2015).

Krhut udává, že přibližně 30–40 % pacientek nedokáže plně aktivovat svalstvo pánevního dna, což nepramení z atrofie svalstva či poruchy inervace, ale nedostatečného tréninku a pacientky aktivují spíše svalstvo abdominální či gluteální. Je tedy klíčové pacientky edukovat o správné, izolované kontrakci svalstva pánevního dna. Poté, co si pacientka osvojí tyto dovednosti, nácvik se rozšíří o zapojení užívání svalstva pánevního dna do pohybových stereotypů (Krhut, 2015).

5 VÝSLEDKY

Tabulka 1: Výsledky studie kvality života

Výsledky studie zabývající se kvalitou života žen s močovou inkontinencí	
Autoři	Matteo Frigerio, Marta Barba, Alice Cola, Andrea Braga, Angela Celardo, Gaetano Maria Munno, Maria Teresa Schettino, Primo Vagnetti, Fulvio De Simone, Alessandra Di Lucia, Giulia Grassini, Marco Torella
Název práce	Sexuality in Women with Urinary Inconctinence – Where Are We Now: A Narrative Review
Datum vydání	9.4.2022
Klíčová slova	Sexual function; urinary incontinence; stress urinary incontinence; mixed urinary incontinence; coital urinary incontinence; review; sexuality
Cíl studie	Zhodnotit současný stav poznatků z nedávné literatury týkající se kvality života, duševní pohody a sexuality u žen s močovou inkontinencí, s důrazem na poskytnutí aktuálních informací a podporu dalšího výzkumu v této oblasti
Typ studie	Review
Výsledky studie	Výsledky studie naznačují, že močová inkontinence má významný negativní dopad na kvalitu života postižených žen. Zdůrazňuje, že stresová, smíšená a koitální inkontinence mohou negativně ovlivnit sexuální funkci žen. Také ukazuje, že terapie na léčbu inkontinence, včetně cvičení pánevního dna, farmakologická léčba chirurgická léčba mohou přispět ke zlepšení kvality života pacientek. Před závěry je zapotřebí dalšího výzkumu a získání dalších důkazů

Článek se zaměřuje na kvalitu života, duševní pohodu a sexualitu u žen s močovou inkontinencí. Zmiňuje negativní dopad inkontinence na sexuální funkci, ale také možné zlepšení po léčbě. Diskutuje o různých formách močové inkontinence a možných terapiích, které mohou ovlivnit sexuální život žen (Frigerio, 2022)

Studie se zabývá různými možnostmi léčby UI, včetně tréninku pánevního dna, farmakoterapie a chirurgické léčby, a jejich potenciálem zlepšit kvalitu života prostřednictvím zlepšení sexuální funkce. Zmiňuje důležitost individuálně přizpůsobených terapií na základě uro-dynamických nálezů a jak úspěšný management UI může vést ke značnému snížení epizod inkontinence během sexuální aktivity (Frigerio, 2022)

V závěru článek zdůrazňuje významnou souvislost mezi močovou inkontinencí a sexuální funkcí žen. Podotýká potenciální přínosy léčby při zlepšování kvality života tím, že se zabývá sexuálními problémy spojenými s inkontinencí. Ale také uznává potřebu dalšího výzkumu a důkazů předtím, než lze učinit definitivní závěry ohledně dopadu UI na sexuální zdraví žen (Frigerio, 2022).

Tabulka 2: Výsledky studie edukace pacientů

Výsledky studie zabývající se edukací pacientů s inkontinencí	
Autoři	PhD. Anna Szumilewicz, PhD. Agnieszka Kuchta, MSc. Monika Kranich, OhD Marcuin Donowski, PhD. Zbigniew Jastrzębski
Název práce	Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence
Datum vydání	Únor 2020
Klíčová slova	exercise; pregnancy; postpartum; pelvic floor disorders; urinary incontinence; educational program; high-low impact exercise program
Cíl studie	Cílem studie bylo zhodnotit dopad inkontinence moči po porodu u žen účastnicích se prenatálního, high-low cvičebního programu podporovaného edukací a tréninkem pánevního dna
Typ studie	Kvaziexperimentální výzkum
Výsledky studie	Výsledky studie značí že pacientky, které se zúčastnily edukačního programu a tréninku svalstva pánevního dna měly menší problémy s močovou inkontinencí po porodu oproti ženám které se programu neúčastnily.

Studie se zaměřuje na hodnocení dopadu močové inkontinence po porodu u žen, které se účastnily edukačního programu a nácviku svalstva pánevního dna (n = 133) od druhého trimestru do porodu, třikrát za týden. Tato skupina byla edukována o nácviku svalstva pánevního dna a porovnána s kontrolní skupinou žen (n = 127) u kterých nebyla provedena žádná intervence (Szumilewicz, 2020).

Studie popisuje edukaci o důležitosti a významu pánevního dna v mechanismu inkontinence jako klíčový element v managementu UI. Pacientky by měly být edukovány o cvičení pánevního dna ihned po porodu, také by se mělo dbát na pacientky sebevědomí a aktivně promovat udržení motivace pro cvičení. Autoři studie v prvotním testu zjistili, že 14 % až 53 % pacientek nebylo schopno správně aktivovat svalstvo pánevního dna (Szumilewicz, 2020).

Autoři této studie zjistili že počet pacientek s močovou inkontinencí se snížilo o 20 % mezi druhým a dvanáctým měsícem po porodu ale u pacientek které se účastnily tréninkového programu a podstoupily edukaci se počet snížil až dvojnásobně. Také bylo zjištěno, že pacientky, které byly edukovány již před porodem měly nižší Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) skóre oproti pacientkám v kontrolní skupině, což potvrzuje že prenatální cvičení pánevního dna a edukace pacientek snižuje nejen výskyt, ale i závažnost postnatální močové inkontinence (Szumilewicz, 2020).

Tabulka 3: Výsledky studie edukace pacientů

Výsledky studie zabývající se edukací pacientů s inkontinencí	
Autoři	Seda Yakıt Yeşilyurt, Nuriye Özenin, M Ata Topçuoğlu
Název práce	Comparing the efficacy of the Knack maneuver on pelvic floor muscle function and urinary symptoms using different teaching methods: a prospective, nonrandomized study
Datum vydání	2.5.2022
Klíčová slova	Knack maneuver; patient education; Stress urinary incontinence; Valsalva maneuver
Cíl studie	Cílem studie bylo porovnat účinnost cvičení Knack manévru na funkci svalů pánevního dna a močové inkontinence pomocí různých edukačních metod u žen trpících stresovou inkontinencí
Typ studie	Výhledová nerandomizovaná studie
Výsledky studie	Výsledky studie značí, že ve všech třech stanovených skupinách pacientů byl snížený dopad močové inkontinence na kvalitu života po absolvování edukačního programu, nejlepší výsledky měla skupina, která využívala Knack manévr a verbální edukaci

Studie se zúčastnilo 49 žen trpící stresovou inkontinencí. Tyto ženy byly rozděleny do tří skupin dle jejich vlastní preference: první skupina žen (n=17) byla cvičila Knack manévr s elektromyografickým biofeedbackem, druhá skupina (n=17) cvičila Knack manévr doplněn o verbální edukaci a třetí skupina (n=15) cvičila Knack manévr doplněn o vaginální palpaci. Tento edukační program ženy podstupovaly jeden den v týdnu po dobu čtyř týdnů. (Yeşilyurt, 2022).

Celkově se zjistilo, že cvičení Knack manévru vedlo ke zlepšení symptomatických projevů u žen s inkontinencí moči, převážně ve druhé skupině, která byla doplněna verbální edukací. Studie zdůrazňuje důležitost cvičení pánevního dna jako terapeutického řešení této diagnózy (Yeşilyurt, 2022)

Tabulka 4: Výsledky studie edukace pacientů

Výsledky studie zabývající se edukací pacientů s inkontinencí	
Autoři	Kajsa Bokne, Malin Sjöström, Eva Samuelsson
Název práce	Self-management of stress urinary incontinence: effectiveness of two treatment programmes focused on pelvic floor muscle training, one booklet and one Internet-based
Datum vydání	18.7.2019
Klíčová slova	Stress; urinary incontinence; self-management; e-health
Cíl studie	Cílem studie bylo posoudit efektivitu dvou edukačních programů zaměřených na cvičení pánevního dna, jeden program byl pacientům zprostředkován formou brožury, druhý formou internetového programu.
Typ studie	Kohortová studie
Výsledky studie	Výsledky studie ukazují, že oba programy vedly ke zlepšení kvality života a snížení závažnosti příznaků, bez ohledu, zda pacientky byly edukovány pomocí brožury či internetového programu.

Tato studie se zaměřila na hodnocení účinnosti dvou edukačních samoléčebných programů stresové močové inkontinence, jeden ve formě brožury a druhý ve formě internetového programu, oba bezplatně dostupné (Bokne, 2019)

Ve výsledku studie 53 žen které využily edukaci formou brožury a 27 žen které využilo edukaci formou internetového programu hlásilo snížení závažnosti příznaků, bez významného rozdílu mezi formami edukace. Autoři považují self-management močové inkontinence jako důležitou součást terapie pro pacientky s močovou inkontinencí (Bokne, 2019).

Tabulka 5: Výsledky studie edukace pacientů

Výsledky studie zabývající se edukací pacientů s inkontinencí	
Autoři	Arnold T. M. Bernards, Bary C.M. Berghams, Marijke C. Ph. Slieker-ten Hove, J. Bart Staal, Rob A. de Bie, Erik J. M. Hendriks
Název práce	Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence:an update
Datum vydání	1.10.2013
Klíčová slova	Diagnostics process; Guideline; Physiotherapy; Therapeutic process; Stress urinary incontinence; 31Q; Incontinence Questionnaire
Cíl studie	Cílem studie bylo představit aktualizované nizozemské směrnice pro fyzioterapii a edukaci pacientů s inkontinencí moči.
Typ studie	Review
Výsledky studie	Doporučení pro diagnostický proces, terapeutické intervence a management inkontinence moči. Studie zdůrazňuje vyšetření a trénink pánevního dna.

Studie se zaměřuje na nizozemské klinické směrnice pro fyzioterapii u pacientů s námahovou inkontinencí moči. Diagnostický proces zahrnuje systematický přehled, anamnézu a hodnocení závažnosti inkontinence. Doporučená terapie zahrnuje cvičení pánevního dna a edukaci pacientů. Klíčové body zahrnují použití dotazníků pro hodnocení změn ve zdravotním stavu pacienta a kvantifikaci ztráty moči pomocí 24hodinového testu s podložkou. Tato studie také vyzdvihuje důležitost nejen posílení svalstva pánevního dna, ale také schopnost udržet jejich funkci po co nejdelší dobu. Autoři prezentují směrnice pro fyzioterapeutický management stresové močové inkontinence a shrnují doporučení. Hlavní benefit těchto směrnic spočívá ve zlepšení péče o pacienty, jednotu péče a zlepšení transparence fyzioterapie pro pacienty a lékaře, kteří fyzioterapii pacientům referují. Od těchto směrnic je možné v rámci možností odchýlit, podle typu inkontinence, se kterou se fyzioterapeut setkává a dle možností pacienta (Bernards, 2013)

DISKUSE

Po analýze dat získaných ze studií zaměřených na edukaci pacientů trpících močovou inkontinencí a dopadem močové inkontinence na jejich kvalitu života, se dá vyvodit že edukace pacientů a nácvik svalstva pánevního dna jsou naprosto klíčové intervence které vedou ke zlepšení kvality života v jakémkoliv věku.

V rámci diskuse je důležité zdůraznit klíčové aspekty efektivity edukace pacientů s inkontinencí a jejího dopadu na zlepšení jejich kvality života. Výsledky studií prezentované v praktické části ukazují, že edukace má významný přínos pro pacienty, pomáhá jim lépe porozumět svému onemocnění, efektivněji řešit jeho projevy a zlepšit svou psychickou pohodu. Zároveň je třeba zdůraznit, že edukace by měla být adaptabilní a přihlížet k individuálním potřebám a preferencím pacientů, což zvyšuje její efektivitu.

Při implementaci edukačních programů je klíčové začlenit trénink svalů pánevního dna, který se ukázal jako efektivní metoda v redukci příznaků inkontinence. Výzkumy poukazují na to, že kombinace edukačních intervencí a fyzického cvičení přináší nejlepší výsledky a značné zlepšení kvality života. Důležitou roli hraje také multidisciplinární přístup, kdy jsou do edukačního procesu zapojeni nejen lékaři a ošetrovatelský personál, ale i fyzioterapeuti a psychologové.

Na druhé straně je nutné uznat, že existuje prostor pro další výzkum, zejména v oblasti dlouhodobých efektů edukačních programů a jejich zdkonalení. Tento výzkum by měl také zkoumat, jak nejlépe začlenit moderní technologie a například e-learningové platformy do edukace pacientů s inkontinencí, což by mohlo zvýšit dostupnost a flexibilitu edukativních programů.

V závěru je podstatné zdůraznit, že přestože se edukační programy ukázaly jako účinné ve zlepšování kvality života pacientů s inkontinencí, stále existuje mnoho výzev, které je třeba řešit. Tyto výzvy zahrnují potřebu individualizovaného přístupu, integrace multidisciplinárních týmů a využití nových technologií pro zlepšení edukace. Takový přístup vyžaduje nejen rozsáhlé zdroje, ale i trvalou angažovanost a spolupráci mezi různými profesionály ve zdravotnictví.

LIMITY VÝZKUMU/PRÁCE

Limity pro výzkum byl počet placených studií a článků, které jsem z finančních důvodů nemohl ve výzkumu zahrnout.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM

Další výzkum by se měl zabírat efektem edukace po stránce dlouhodobé terapie a jak udržitelná je funkce svalů pánevního dna u pacientů, kteří to s tréninkem po delším cvičení vzdá.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI/VÝSTUP Z PRÁCE

Tato práce může být inspirací pro pacienty trpící inkontinencí a dodávat jim sebejistotu a motivaci, neboť výsledky studií ukazují, že správná edukace a fyzioterapie jsou funkční terapeutické intervence, a že behaviorální terapie a úprava životního stylu se vyplatí za vynalezenou námahu pacientů.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce si kladla jako hlavní cíl zmapování dostupných, aktuálních článků a publikací zaměřujících se na močovou inkontinenci, její dopad na kvalitu života pacientů a následnou edukaci spojenou s nácvikem svalstva pánevního dna.

Práce a vyhodnocené studie analyzované v praktické části ukazují, že správně provedená edukace, změna životního stylu a nácvik svalstva pánevního dna jsou klíčové, efektivní metody v terapii močové inkontinence a vedou ke zlepšení kvality života. Provedené studie ukázaly, že pacienti, kteří byli součástí edukačních programů, vykazovali lepší pochopení svého onemocnění, byli lépe schopni spravovat své symptomy a měli vyšší míru spokojenosti se svým zdravotním stavem.

Na druhou stranu, v diskusi bylo nutné zmínit, že výsledky studií jsou sice povzbudivé, je důležité se výzkumu v tomto oboru nadále věnovat, převážně v oblasti dlouhodobých efektů edukace a tréninku svalstva pánevního dna na kvalitu života. Také je velmi důležité zdůraznit význam individualizovaného přístupu k edukaci, který musí zohledňovat specifické potřeby a preference pacientů. Inkontinence je onemocnění, které se musí řešit multidisciplinárně, včetně edukace. Je potřeba tyto metody začlenit do komplexního léčebného plánu pro pacienty trpící inkontinencí s cílem zajištění lepší kvality života, posílení sebevědomí a povzbuzení v jejich aktivní účasti na léčbě.

Na závěr se dá tedy argumentovat, že edukace nejen má podstatný dopad na kvalitu života pacientů s inkontinencí, ale v některých případech, ideálně ve spojení s nácvikem svalstva pánevního dna, mohou inkontinenci úspěšně vyléčit a kvalita života zůstane nenařušená. Edukace se dá provádět ambulantně, na lůžkovém oddělení nemocničního zařízení, ale i formou brožur či internetových programů. Forma a metoda edukace by ale měla být uspořádána tak, aby se zaměřovala na každého pacienta individuálně a pacientovi vyhovovala natolik, aby se v ní mohl a chtěl aktivně účastnit.

BIBLIOGRAFIE

BERNARDS, M., T., Arnold; BERGHMANS, M., C., Bary; SLIEKER-TEN HOVE, Ph., C., Marijke; STAAL, Bart, J.; DE BIE, A., Rob; HENDRIKS, M. J., Eriks; *Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update* Online Int Urogynecol J. 2014 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906549/> [citováno 2024-03-25].

BOKNE, Kajsa; SJÖSTRÖM, Malin; SAMUELSSON, Eva. *Self-management of stress urinary incontinence: effectiveness of two treatment programmes focused on pelvic floor muscle training, one booklet and one Internet-based* Online. Scand J Prim Health Care, 2019 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713123/> [citováno 2024-03-19].

Fakultní Thomayerova Nemocnice. *Implantáty*. Fakultní Thomayerova Nemocnice. Online 2016-2023. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/implantaty-1094/>. [citováno 2023-06-18].

FRIGERIO, Matteo; BARBA, Marta; COLA, Alice; BRAGA, Andrea; CELARDO, Angela; MUNNO, Maria, Gaetano; SCHETTINO, Teresa, Maria; VAGNETTI, Primo; DE SIMONE, Fulvio; DI LUCIA, Alessandra; GRASSINI, Giulia; TORELLA, Marco. *Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence- Where Are We Now: A Narrative Review* Online. Medicina (Ksáunas). 2022 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9025831/> [citováno 2024-03-15].

HANUŠ, Tomáš. *Urologie. Lékařské repetitorium*. V Praze: Triton, 2011. s.50 ISBN 978-80-7387-387-5.

HERSH; LAUREN; BROOKE; SALZMAN. *Clinical Management of Urinary Incontinence in Women*. American Family Physician. Online 2013. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0501/p634.html>. 23668526. [citováno: 2023-10-15].

HOLAŇOVÁ, R.; HEGEDÜSOVÁ, K; GÄRTNER, M; KRHUT, J. *Srovnání efektu individuální a skupinové fyzioterapie u pacientek s močovou inkontinencí*. 1, Praha : Care Comm s.r.o., 2015. 1211-2658.[citováno 2024-02-01].

HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2017. s.48-84 ISBN 978-80-204-4503-2.

HU, S., Jocelyn; PIERRE, Fiore, Elyse. *Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management*. American Family Physician. Online 2019 Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p339.html>. 339-348. [citováno:2022-12-3.].

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 20-52 ISBN 9788024721712.

KRÁTKÁ, Anna. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. 1. vydání. Zlín:: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně 2016 s.28-32 ISBN 978-80-7454-635-8

KRHUT, Jan; HOLAŇOVÁ, Romana; GÄRTNER, Marcel; MÍKA, David. *Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen*. Online Česká urologie, 2015, ročník 19 s. 131-134 ISSN: 1211-8729 Dostupné z: <https://www.czechurol.cz/flashbook/cur/2015/2.php> [citováno 2024-03-15].

LOIS, Thomas, H., a další. *Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults*. PubMed Central. Online 2019. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6355973/>. 30706461. [citováno 2023-01-13]

NAVRÁTIL, Leoš; ŠEDIVCOVÁ, Milada, Luisa. *Léčebná rehabilitace v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2023. s.164-170 ISBN 978-80-271-3132-7.

NHS. *Urinary incontinence*. Online NHS, 2023. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/urinary-incontinence/>. [citováno 2023-10-14].

PERONI, Lea; ARMAINGAUD, Didier; SANCHEZ, Stéphane; ROTHAN-TONDEUR, Monique. *Perceptions, representations and logics of action of urinary incontinence in institutionalised elderly people: a concurrent mixed study protocol*. BMJ Open. Online 2022. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/3/e057639>. 057-639. [citováno 2022-12-1].

POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. s.9-36 ISBN 978-80-7013-466-5.

SEDA, Yakit, yeşilyurtnuriye; ÖZENGİN, Nuriye; TOPÇUOĞLU, Ata, M. *Comparing the efficacy of the Knack maneuver on pelvic floor muscle function and urinary symptoms using different teaching methods: a prospective, nonrandomized study* Online Int Urogynecol J. 2022 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9060846/> [citováno 2024-03-24].

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. s.36 ISBN 9788072628452.

SZUMILEWICZ, Anna; KUČHTA, Agnieszka; KRANICH, Monika; DORNOWSKI, Marcin; JASTRZĘBSKI, Zbigniew. *Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence A quasiexperimental trial* Medicine Online 2020 Dostupné z: https://journals.lww.com/md-journal/FullText/2020/02070/Prenatal_high_low_impact_exercise_program.14.aspx [citováno 2024-03-19].

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola. *Edukace*. Edukační proces. Online [2015]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>. [citováno 2023-12-16].

YOSHITAKA, Aoki; BROWN, W., Heidi; BRUBACKER, Linda; CORNU, Jean Nicolas; DALY, Oliver, J.; CARTWRIGHT, Rufus. 2017. *Correction: Urinary incontinence in women*. Nature.com. Online 2017. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/nrdp201797.17042>. [citováno 2023-11-30].
