

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2015

Bc. Věra Vinklerová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Věra Vinklerová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Informovanost zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Hana Pokorná

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Věra Vinklerová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Pokorné za odborné vedené diplomové práce a poskytování cenných rad. Děkuji i Mgr. Petru Fučíkovi Ph.D za pomoc při statistickém zpracování získaných dat. Děkuji všem kolegyním, které mi byly nápomocny při dotazníkovém šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Definice inkontinence	9
2.2 Epidemiologie inkontinence	9
2.3 Klasifikace inkontinence.....	10
2.4 Etiologie inkontinence	13
2.4.1 Inkontinence a rizikové faktory	14
2.5 Diagnostika inkontinence	16
2.5.1 Anamnéza	16
2.5.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy	17
2.5.3 Zobrazovací metody	18
2.5.4 Urodynamické vyšetřovací metody	19
2.6 Léčba inkontinence	21
2.6.1 Léčba urgentní inkontinence.....	21
2.6.2 Léčba stresové inkontinence.....	23
2.7 Absorpční pomůcky	26
2.8 Prevence inkontinence	27
2.9 Následky močové inkontinence	28
2.10 Inco Forum.....	30
2.11 Péče o inkontinentní pacienty	30
2.12 Vzdělávání všeobecných sester	32
2.12.1 Pregraduální studium	33
2.12.2 Postgraduální studium.....	34
3 METODIKA PRÁCE	35
3.1 Výběr metody	35
3.2 Průběh výzkumu	36
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	36
4 VÝSLEDKY	39
4.1 Analýza popisná.....	39

4.2	Analýza srovnávací.....	53
5	DISKUSE.....	60
6	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
7	SOUHRN.....	68
8	SUMMARY.....	69
	REFERENČNÍ SEZNAM	70
	SEZNAM TABULEK	75
	SEZNAM GRAFŮ	76
	SEZNAM ZKRATEK	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78
	ANOTACE	96

ÚVOD

„Vědomosti je nutné neustále doplňovat, zkvalitňovat, potencovat a zvyšovat, nebo se vytratí.“

Peter F. Drucker

Inkontinence moči je závažným celospolečenským problémem, který vyžaduje velké množství práce a energie v oblasti zajištění adekvátní péče o takto postižené pacienty. Propagace kontinence může vést ke změnám postojů, zlepšení léčby a jejich výsledků. Informovanost odborné veřejnosti a její vzdělávání v této oblasti jsou základní způsoby, jak tohoto zlepšení dosáhnout (Pevná, 2002).

Inkontinence moči je velmi rozšířený symptom, který postihuje stovky milionů lidí na celém světě a má vážný ekonomický a sociální dopad na celou společnost. Neschopnost ovládat držení moči zcela jistě patří mezi nejvíce ponižující stavy v životě člověka. Následky inkontinence se promítají do oblastí osobního i společenského života. Jedinci trpící inkontinencí se často vzdávají mnohého ze svého životního stylu, dochází tak i k narušení sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a jejich celkové spokojenosti v životě.

Jako rozšířený zdravotní problém je močová inkontinence spojena s významnou zátěží pro jednotlivce, instituce i společnost. Zahrnuje strádání pacientů a ekonomické důsledky dotýkající se nemocných a všech, kteří o ně pečují i veřejnosti, která za péči o inkontinentní platí. Finanční náklady na diagnózu a terapii močové inkontinence se pohybují v západních zemích ve stejných hodnotách jako u diabetu mellitu. I přes veškerou dostupnost informací a pokrok v medicíně, je spousta žen i mužů různého věku, kteří svůj problém s únikem moči tají, stydí se za něj a nechtějí jej žádným způsobem řešit. K této skutečnosti přispívá i fakt, že tito pacienti jsou při vyhledání odborné pomoci odbývání konstatováním normalnosti tohoto stavu ve vztahu ke stáří.

V souvislosti se zvyšujícím se průměrným věkem světové populace, existuje předpoklad i zvyšujícího se počtu lidí postižených inkontinencí. Vzdělávání odborné, ale i laické veřejnosti v problematice nechtěného úniku moči je proto nezbytně nutné a velice významné.

Problematikou inkontinence se zabývá celá řada odborníků (gynekologové, urologové, geriatři, neurologové, fyzioterapeuti, psychologové a další). Za účelem

sjednocení jednotlivých přístupů k inkontinenci byla již v roce 1971 založena Mezinárodní společnost pro kontinenci ICS – International Continence Society. Tato společnost doporučila sjednocení terminologie, klasifikace a léčby inkontinence. V České republice vzniklo v roce 2000 expertní seskupení IncoForum. Programovými cíli IncoFora je zvýšení povědomí veřejnosti o problematice inkontinence, poradenská činnost a poskytnutí podpory pacientům ve snaze o zvýšení kvality jejich života (Čermák, 2006, Svěráková, 2007).

Diplomová práce se zabývá informovaností zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci. Cílovou skupinou výzkumného šetření jsou všeobecné sestry Vojenské nemocnice Olomouc a studenti Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Olomouci. V diplomové práci se zaměřujeme na zjišťování úrovně vědomostí o problému inkontinence u všeobecných sester v praxi a studentů, kteří se připravují na své budoucí povolání zdravotnického asistenta a diplomované všeobecné sestry.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl

Zhodnotit a porovnat úroveň znalostí všeobecných sester pracujících ve Vojenské nemocnici Olomouc a studentů Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Olomouci o močové inkontinenci.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti umí vysvětlit pojem inkontinence moči a zda znají rozdělení močové inkontinence.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti znají rizikové faktory a způsoby diagnostiky močové inkontinence.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti znají možnosti a postupy řešení močové inkontinence, které mohou v rámci svých kompetencí uplatnit.
4. Vysledovat zájem všeobecných sester a studentů o seminář věnovaný močové inkontinenci.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Definice inkontinence

Podle ICS (International Continence Society) je symptom inkontinence definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči (Horčíčka, 2012). Matoušková uvádí, že inkontinence moči je dle standardu ICS a IUGA (International Urogynecological Association) definována jako jakýkoliv mimovolný únik moči (Matoušková, 2013). Hanuš definuje inkontinenci jako stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsky – psychologický a sociálně – hygienický problém (Hanus, 2004). Martan popisuje inkontinenci jako nechtěný únik moči, který je objektivně prokazatelný a stává se sociálním a hygienickým problémem. Svou podstatou se jedná o velmi rozšířený medicínský problém, který svého nositele omezuje výrazným způsobem hygienicky a hlavně psychosociálně (Martan, 2013).

Termínem inkontinence moči se označuje:

- Příznak – symptom, kdy pacient konstatuje mimovolnou ztrátu moči
- Projev – sign, je objektivně prokazatelný únik moči
- Stav – condition, je urodynamický průkaz ztráty moči (Martan, 2013)

2.2 Epidemiologie inkontinence

Odhady prevalence inkontinence v populaci vykazují výraznou míru variability v závislosti na použité definici inkontinence, demografických charakteristikách populace a epidemiologické metodice průzkumu. Močová inkontinence obtěžuje odhadem 5-69 % žen a 1-39 % mužů. Obecně je inkontinence dvakrát častější v ženské populaci. Sklony k inkontinenci především stresového typu, jsou z významné části geneticky podmíněné. Je zřejmé, že prevalence tohoto onemocnění se mění s věkem. V běžné populaci postihuje až 30 % dospělých žen ve věku nad 50 let a stává se tak jedním z nejčastějších zdravotních problémů západní civilizace. Nejčastější formou úniku moči je stresová inkontinence (SI), která postihuje především ženy. SI tvoří až 50 % případů inkontinence, zhruba ve 20 % se jedná o inkontinenci urgentní (UI), smíšené formy inkontinence dosahují asi 25 % a v 5 % případů se jedná o vzácnější formy inkontinence jako je inkontinence z přetékání a reflexní inkontinence (Matoušková, 2013). Podle odhadů Světové zdravotnické organizace trpí

inkontinencí moči přibližně 5 -8 % obyvatelstva ve všech zemích světa. Stresovou inkontinencí trpí asi 20 % žen kolem 45 let. Ve vyšších věkových skupinách výskyt tohoto onemocnění stoupá. Jednou z příčin nárůstu počtu osob trpících inkontinencí moči je prodlužování průměrného lidského věku (Hanuš, 2013). Dle Zámečnicka se na výskytu inkontinence moči v ČR podílí ve 34,4 % osoby s částečným únikem moči, 16 % tvoří inkontinence osob starších 15 let a 22 % inkontinence u osob starších 60 let, přičemž poměr mužů a žen je 23,7% a 44,6% (Zámečník, 2008).

2.3 Klasifikace inkontinence

V zájmu sjednocení diagnostiky, klasifikace i léčby se v současné době doporučuje užívat klasifikace Mezinárodní společnosti pro kontinenci ICS, která se zabývá poruchami funkce dolních močových cest v celosvětovém měřítku. Rozlišuje se inkontinence urgentní, stresová, reflexní a inkontinence z přetékání tzv. paradoxní ischurie (Hanuš, 2004). Čermák uvádí dělení inkontinence na urgentní, stresovou, reflexní, inkontinenci z přetékání a tranzitorní (Čermák, Pacík, 2006). Podle Matouškové je inkontinence členěna na inkontinenci stresového typu, urgentní, smíšenou a vzácné formy úniku moči jako je paradoxní ischurie, neurogenní inkontinence a extraanatomická inkontinence - únik moči pístělemi nebo v důsledku vrozených vad (Matoušková, 2013). Dle Martana lze využít i starší zjednodušenou klasifikaci inkontinence moči na inkontinenci uretrální – stresová, urgentní, reflexní a paradoxní inkontinence a extrauretrální – kongenitální a získaná (Martan a kol. 2001).

Urgentní inkontinence (UI)

Je samovolný únik moče spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení. Urgence může být motorická, způsobená hyperaktivitou detruzoru, nebo senzorická způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru při cystitidě, nádoru nebo cystolithiáze. Únik moči je po nucení imperativního charakteru, kterému musí pacient vyhovět (Čermák, 2006). Dochází k poruše rovnováhy mezi vnímáním náplně měchýře a centrální kontrolou stahů močového měchýře (Hanuš, 2004, Hanuš, 2011, Čermák, Pacík, 2006).

Hyperaktivní močový měchýř (OAB - OverActive Bladder)

V roce 2002 navrhla ICS používat definici hyperaktivního močového měchýře *overactive bladder* OAB jako definici založenou na symptomech a odlišit ji tak od hyperaktivity detruzoru, která je založena na urodynamickém nálezu (Hanuš, 2004). Termín hyperaktivní močový měchýř zahrnuje soubor symptomů dysfunkce močových cest, kde hlavním příznakem je urgence – náhlý a nutkavý pocit nutnosti se vymočit, který je obtížné potlačit. Dalším příznakem, který může být součástí tohoto syndromu je frekvence, o které hovoříme, pokud je močení častější než 8 krát v průběhu 24 hodin. Typická je i potřeba močit v noci – nykturie a urgentní inkontinence, kdy dojde k úniku moči kvůli nedostatku času dojít na toaletu. Syndrom hyperaktivního měchýře je nutné odlišit od jiných chorob, jako jsou stresová inkontinence u žen a hypertrofie prostaty u mužů, které mohou mít obdobné příznaky. OAB je často chorobou, jejíž výskyt stoupá s věkem. Z práce Martana, která zjišťovala prevalenci OAB u žen starších 18 let v ambulancích gynekologů vyplynulo, že 32% dotazovaných žen trpí urgencí, 24% trpělo frekvencí a 32 % nykturií. Z výsledků vyplývá, že syndrom OAB je i v ČR častý a tedy i velkým problémem pro naše pacienty. Syndrom OAB má negativní dopad na kvalitu života, ovlivňuje fyzickou, sociální a emoční pohodu. Takto postižení pacienti trpí často pocity méněcennosti, cítí se trapně či se stydí (Martan, 2013). Pacienti s OAB vyžadují dlouhodobou léčbu, která je zbaví příznaků a nemá závažné nežádoucí účinky. Cílem je, aby nemocní mohli vykonávat běžné a nezbytné aktivity každodenního života. K základní terapii OAB patří antimuskarinová léčba, změna životního stylu a výjimečně při selhání předchozích metod chirurgická léčba (Halaška, 2006, Hanuš, 2004, Martan, 2013).

Reflexní inkontinence

Tento typ inkontinence se objevuje u pacientů s patologickým neurologickým nálezem, kdy inkontinence je následkem neurogeně podmíněné hyperaktivity detruzoru při absenci senzitivní složky (Čermák, Pacík, 2006). Při onemocnění či poškození centrálního nervového systému pacient ztrácí vědomou kontrolu mikčného reflexu, který probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše (Martan, 2013). Jedná se o mimovolný únik moče způsobený hyperreflexií detruzoru, přičemž pacient nemá nucení na močení (Hanuš, 2004, Čermák, Pacík, 2006, Martan, 2013).

Stresová inkontinence (SI)

Projevuje se jako mimovolní únik moči spojený s fyzickými aktivitami jako je běhání, skákání, zvedání břemen, kýchání nebo kašláním. K úniku moči dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru a lze to objektivně dokázat. Příčinou je většinou patologická pohyblivost uretry, která vzniká v důsledku poškození podpůrných a závěsných aparátů uretry. Únik moči vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu za současného zvýšení abdominálního tlaku. Stresová inkontinence je dosud nejlépe zpracovaným typem inkontinence (Čermák, Pacík, 2006, Horčíčka, 2012, Martan, 2013, Matoušková, 2013, Zikmund, 2001).

Klasifikace stresové inkontinence

V klinické praxi se používá dělení stresové inkontinence podle Ingelmana-Sundberga do tří stupňů. Toto rozdělení je důležité např. pro preskripci typu a množství inkontinenčních pomůcek.

1. stupeň je charakterizován unikáním moči po kapkách při smíchu, kýchnutí a při zvedání těžkých předmětů. K unikání moče dochází v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Moč odtéká jen intermitentně.
2. Stupeň – moč uniká v situacích s podstatně mírnějším vzestupem intraabdominálního tlaku, než tomu je při prvním stupni. K úniku moče dochází při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci.
3. stupeň – k úniku moče dochází již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká prakticky permanentně při pomalé chůzi nebo v klidu ve vzpřímené poloze.

U prvního stupně inkontinence dochází během 4 hodin ke ztrátě 50 -100 ml moči, u druhého stupně je to 100 -200ml a u třetího je ztráta nad 200 ml (Matoušková, 2013, Hruška, 2013, Martan, 2013, Chmel, 2010).

Inkontinence z přetékání

Je poměrně vzácná forma inkontinence nazývaná paradoxní ischurie, při které dochází k úniku moči při přeplněném močovém měchýři. Jedná se o nechtěný únik moče,

když intravezikální tlak převyší maximální uretrální tlak. Při tomto úniku chybí detruzorová aktivita. Paradoxní inkontinence se zpočátku projevuje neúplným vyprazdňováním měchýře se zvětšujícím se zůstatkem moči v měchýři po vymočení. Postupně narůstající zůstatek vede k nadměrnému rozšíření jeho svaloviny, velkému zvětšení kapacity měchýře a k následnému oslabení jeho stažitelnosti. Charakteristické jsou úniky malého množství moči i po několika minutách. Při palpaci je patrný naplněný močový měchýř v podbřišku, někdy dosahující až k pupku (Čermák, Pacík, 2006, Matoušková, 2013, Chmel, 2010).

Smíšená inkontinence

U tohoto typu inkontinence se kombinují znaky inkontinence jak stresové, tak i urgentní. Obvykle se doporučuje nejprve zahájit terapii UI a současně je vhodné provádět konzervativní léčbu SI (Čermák, Pacík, 2006, Hanuš, 2011).

Tranzitorní inkontinence

Jedná se o přechodný výskyt inkontinence. S tímto typem se setkáváme u stavů bezvědomí, při těžké uroinfekci, atrofické uretritidě nebo kolpitudě, při užívání farmak typu hypnotik, diuretik, anticholinergik, spasmolytik, antiparkinsonik apod. Příčinou přechodné inkontinence může být i změna psychického stavu ve stáří, těžká deprese, farmakologicky indukovaná nadměrná diuréza. Rovněž imobilita může narušit mikční režim a způsobit dysfunkci dolních močových cest, projevující se inkontinencí (Čermák, Pacík, 2006).

2.4 Etiologie inkontinence

Příčiny inkontinence podle etiopatogeneze jsou velmi různorodé a jednotlivé příčiny se mohou různým způsobem kombinovat a lze je považovat za multifaktoriální.

- Těhotenství, vaginální porod a operace v malé pánvi mohou přispět k poranění pudendálních nervů a degeneraci svalů pánevního dna a sfinkteru, rovněž při rozsáhlých operacích v malé pánvi může dojít k denervaci močové trubice.

- Neurologická onemocnění na centrální i periferní úrovni, netraumatického nebo traumatického původu mohou vést k porušení mechanismu kontinence.
- Patologie v oblasti dolních močových cest (infekce dolních močových cest, cystolithiáza, BHP, nádory).
- Inkontinence navozená farmaky, která ovlivňují kontraktilitu detruzoru nebo zhoršují sfinkterové funkce (spasmolytika, antidepressiva, antihistaminika, alfa blokátory, blokátory kalciových kanálů) zvyšují diurézu nebo farmaka s významným tlumivým účinkem.
- Životní styl, charakter zaměstnání s opakovaným zvyšováním nitrobrišního tlaku mohou vést k postupnému uvolnění závěsného aparátu močového měchýře a uretry, a svalového pánevního dna.
- Stárnutí a komorbidity mohou zvýšit riziko vzniku inkontinence a již přítomnou inkontinenci zvyšovat (Horčíčka, 2012, Čermák, Pacík, 2006, Martan, 2013).

2.4.1 Inkontinence a rizikové faktory

Ke vzniku inkontinence přispívají i prokazatelné rizikové faktory:

Pohlaví – ženy jsou stresovou inkontinencí postiženy 2 -3 krát častěji než muži. Tento rozdíl je patrný zvláště ve věkové kategorii pod 60 let, kdy je prevalence stresové inkontinence

u mužů velice nízká (Krhut, 2013). Rozdíl se ztrácí v pozdním věku, kdy se u mužů objevují obtíže s inkontinencí v důsledku operačních výkonů pro onemocnění prostaty (Krofta, Feyereisl, 2010, Krhut, 2013).

Věk – s věkem narůstá prevalence inkontinence i její závažnost. Nárůst však není lineární. Recentní práce demonstrují nárůst prevalence mezi 40. - 60. rokem, s další akcelerací u pacientek starších 65 – 70 let. Typ inkontinence se rovněž mění s věkem. Řada odborných prací dokladuje vyšší výskyt stresové inkontinence u mladších žen, zatímco urgentní typ lze pozorovat u vyšších věkových kategorií (Krhut, 2013, Čermák, Pacík, 2006).

Rasa – jsou popisovány mezirasové rozdíly, co se týče jednotlivých forem dysfunkce pánevního dna. Dosud však není jasné, zda jsou rozdíly podmíněny genetickými či

sociálně – kulturními rozdíly, nebo spolupůsobením i jiných vlivů (Krhut, 2013, Čermák, Pacík, 2006).

Těhotenství a porody – močová inkontinence se vyskytuje kolem 4% u nulipar ve věku nad 35 let. Porod císařským řezem zvyšuje riziko minimálně nebo vůbec, vliv hmotnosti plodu nad 4000 gramů může představovat riziko pro vznik inkontinence. Ženy, u kterých se projevila dočasná stresová inkontinence v již průběhu těhotenství, mají vyšší riziko, že se u nich v případě proběhlého vaginálního porodu inkontinence znovu objeví v pozdějším věku (Krhut, 2013, Krofta, Feyereisl, 2010).

Rodinná predispozice – genetické faktory a dědičnost mohou hrát roli při rozvoji jak stresové inkontinence, tak urgentní. Ženy, jejichž matka, či starší sestra jsou inkontinentní, mají vyšší riziko pro vznik a rozvoj inkontinence. Je – li inkontinentní matka i babička, pravděpodobnost se ještě zvyšuje (Čermák, Pacík, 2006).

Obezita – je významný podporující faktor pro vznik všech typů inkontinence, zvláště stresové. U žen s nadváhou dochází k soustavnému navyšování intraabdominálního tlaku s následným překonáním kontinentních mechanismů (Krhut, 2013, Krofta, Feyereisl, 2010, Čermák, Pacík, 2006).

Menopauza – atrofické změny, které vznikají při přechodu z premenopauzy do stavu menopauzy, zvyšují náchylnost k močové inkontinenci, dysuriím a atrofii vaginální sliznice (Čermák, Pacík, 2006).

Léky – mnoho běžně užívaných léčiv má vedlejší účinky, které mají vliv na projevy inkontinence. Alfalytika, ACE inhibitory, betablokátory a kalciové blokátory mohou zesilovat projevy stresové inkontinence. Anticholinergika a antidepresiva mohou vest k chronické retenci. SSRI antidepresiva, lithium, diuretika, kofein a alkohol naopak vedou k časté a nutkavé mikci a mohou tak demaskovat subklinickou urgentní mikci (Matoušková, 2013, Čermák, Pacík, 2006).

Rizikovými faktory s možným vztahem ke vzniku močové inkontinence jsou – recidivující infekce močových cest, kouření, chronická obstipace, omezení pohyblivosti, kognitivní poruchy, diabetes mellitus a další komorbidity (Krhut, 2013, Krofta, Feyereisl, 2010, Čermák, Pacík, 2006).

2.5 Diagnostika inkontinence

Nejdůležitější v problematice inkontinence je zjištění příčiny samovolného úniku moči, ze kterého pak vyplývá sestavení správného léčebného plánu. K tomu slouží pečlivá anamnéza, fyzikální vyšetření, vyšetření moči, urodynamické a gynekologické vyšetření, zobrazovací vyšetření a eventuálně cystoskopie. Nutnost a sled jednotlivých vyšetření k uzavření diagnózy určuje zpravidla lékař specialista, urolog nebo gynekolog.

2.5.1 Anamnéza

Inkontinence je základním anamnestickým údajem, se kterým přichází pacient k lékaři. U všech pacientů zjišťujeme rodinnou, osobní, urologickou a u žen gynekologickou anamnézu.

Rodinná anamnéza - začínáme obvykle rodinnou anamnézou, rodinná zátěž se u inkontinentních pacientů může projevit v mnoha směrech. Zvláště časté bývají anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady páteře a anomálie v oblasti sakrální míchy. Také diabetes se může prvně manifestovat jako diabetická neuropatie (Zachoval, 2008, Zikmund, 2001, Čermák, Pacík, 2006).

Osobní anamnéza - snažíme získat přehled o všech onemocněních pacienta a lécích, které užívá. Mnohé léky mohou inkontinenci moči způsobit nebo ji podstatně zhoršit (antihypertenziva, fenothiaziny a další), jindy onemocnění jiného orgánu může být nepříznivě ovlivněno farmakoterapií inkontinence (glaukom a parasimpatolytika, kardiovaskulární choroby s hypertenzí a alfamimetika) (Zachoval, 2008).

Urologická anamnéza - pacienta necháme vylíčit svoje obtíže vlastními slovy a tyto údaje zpřesníme cílenými dotazy. Pacienti mohou udávat tlak nebo bolest za sponou, polakisurii, dysurii, dyspareunii, hematurii. Tlak a bolest nad sponou jsou obvykle mírné, neurčité a nemění se po vymočení. Ostrá bolest po vymočení se vyskytuje u při akutní nebo intersticiální cystitidě. Polakisurie – časté močení, může být způsobena zánětem dolních močových cest, může být příznakem urgentní inkontinence, ale může mít i neurologickou příčinu. Velké tumory orgánů malé pánve mohou zmenšovat kapacitu močového měchýře nebo ho infiltrovat, a být tak příčinou častější mikce. Hematurie, údaj o nálezů krve v moči je vždy závažný. V dětství a u mladých lidí hematurie svědčí pro

zánět močového měchýře. V dospělosti hematurie, zvláště ta bezbolestná, vzbuzuje podezření na nádorové onemocnění močového měchýře. Snažíme se získat co nejvíce informací o inkontinenci moči a mikčních potížích. Zajímá nás začátek úniku, jeho vztah k operaci, porodu, úrazu nebo jiné události. Dále zjišťujeme, za jakých podmínek pacient moč neudrží, zda moč uniká při urgenci, kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, chůzi ze schodů, běhu nebo i v klidu, zda pacient dokáže nebo nedokáže během močení proud moči přerušit. Zásadní informace o frekvenci mikce, velikosti mikčních porcí, frekvenci a množství úniku moči nám dává mikční deník. Údaje do tohoto deníku zaznamenává pacient nejméně 48 hodin (Zachoval, 2008, Krofta, Feyereisl 2010, Martan, 2013).

Gynekologická a porodnická anamnéza - důležité jsou údaje o menstruačním cyklu, počtu, a způsobu ukončení gestací, hmotnosti porozených dětí. V případech inkontinence je třeba pátrat po vztahu inkontinence k menstruačnímu cyklu (zhoršení v sekreční fázi cyklu), pátrat po bezprostřední souvislosti s porodem. Samozřejmostí je údaj o prodělaných gynekologických zánětech a provedených gynekologických operacích (Zachoval, 2008, Juráková, 2014).

Pracovní a sociální anamnéza – má svou důležitost při stanovení diagnózy, tak i v pooperačním období, při začleňování pacientky do zaměstnání. Urgentní inkontinence bývá častěji u žen vystavených trvale psychickým stresům (Martan, 2013).

Anamnézu lze doplnit systémem otázek sestavených do řady validovaných dotazníků. Jedná se o skórovací systém, který kvantifikují poměr urgentních a stresových symptomů. Nejznámější a nejvíce používané dotazníky jsou Gaudenzův, Hodgkinsonův a Robertsonův, případně jejich modifikace (Martan, 2013, Krofta, Feyereisl, 2010).

2.5.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Fyzikální vyšetření prováděné lékařem začíná aspexí. Lékař si všímá introidu, zda je uzavřen nebo zeje, zda je viditelná přední nebo zadní stěna poševní. U inkontinentních žen je často přední stěna poševní pokleslá. Dále sleduje stav hráze, jizev po předchozích operacích (epiziotomiích, rupturách), uložení uretrálního ústí (hypospadie, epispadie). Pacientky s dysurickými potížemi mívají často everzi uretrální sliznice nebo zánětlivé změny. Při gynekologickém vaginálním vyšetření se lékař zaměřuje na hrdlo děložní, velikost a uložení dělohy. Palpačně se rovněž přesvědčuje o stavu hráze a funkční zdatnosti

svalstva pánevního dna. (Zachoval, 2008, Martan, 2013, Krofta, Feyereisl, 2010). K objektivizaci a diagnostice inkontinence se používají některé speciální testy:

Marshallův test – močový měchýř se naplní sterilní tekutinou. Pacientce se stresovým typem inkontinence při zakašlání ve stoje odtéká moč (Martan, 2013, Zachoval, 2008).

Bonneyův test - navazuje na předchozí Marshallův test, kdy po tomto testu dvěma prsty vyzdvihneme parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak při kašli moč neodtéká (Martan, 2013, Zachoval, 2008).

Q – tip test - umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede navlhčená vatová štětka. Pacientka zatlačí jako na stolicí. Při normálním stavu uretrovezikálního spojení se poloha štětčky prakticky nemění. Při hypermobilním vezikouretrálním spojení štětka opisuje polokruh směrem vzhůru (Martan, 2013, Zachoval, 2008).

Pad weight test (PWT) - test vážení vložky, který určuje ztrátu moči vážením vložek nebo plen před standardními aktivitami a po nich (Martan, 2013, Zachoval, 2008).

2.5.3 Zobrazovací metody

Zobrazovacími metodami se snažíme zachytit morfologické změny dolních močových cest a orgánů malé pánve (např. prolaps pánevních orgánů), o kterých víme, že se při inkontinenci vyskytují a jsou důležité pro další diagnostický a léčebný postup (Martan, 2013).

Cystouretroskopie - je endoskopické vyšetření, které slouží k vyšetření močové trubice, posouzení hrdla a celého močového měchýře, k vyloučení obstrukce vývodných močových cest, tumoru, cizího tělesa, ulcerací, striktur a jiných patologií. Součástí tohoto endoskopického vyšetření je i kalibrace uretry – zjišťování jejího průsvitu (Čermák, 2006, Zachoval, 2008).

Intravenózní vylučovací urografie (IVU) - toto vyšetření nás obecně dostatečně neinformuje o močovém měchýři a uretře ve vztahu k funkci pánevního dna či inkontinenci moči. IVU nebo jiné formy zobrazení horních částí močového systému nejsou rutinně indikovány k určení příčiny inkontinence, ale mohou být přínosné při hodnocení stupně poškození této oblasti (Čermák, 2006, Martan, 2013).

Ultrazvukové vyšetření (UZ) – vyšetření ultrazvukem k hodnocení pozice a mobility hrdla močového měchýře je jednou z metod posouzení typu a příčiny inkontinence moči. Může pomoci objektivizovat efekt konzervativní a operační léčby, zjistit příčinu možného neúspěchu či komplikací antiinkontinentních operací. Při UZ volíme přístup zevní – abdominální, perineální, introitální nebo přístup intrakavitální – vaginální, rektální. Při vyšetření ultrazvukem nejčastěji sledujeme postmikční reziduum, pozici a mobilitu uretry, hrdla a baze močového měchýře, vezikalizaci proximální uretry a tloušťku detruzoru. Novější metodou diagnostiky poranění svalů pánevního dna je 3D ultrasonografie (Čermák, 2006, Martan 2013, Zachoval, 2008, Juráková, 2014).

Magnetická rezonance (MR) - Je neinvazivní zobrazovací metoda, která nám poskytuje informace o strukturách pánevního dna, jeho funkci a defektech. Nevýhodou této metody je finanční a časová náročnost. Toto vyšetření je indikováno zejména u pacientek před reoperací nebo u jiných komplikovaných případech (Martan, 2013).

2.5.4 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamika je nauka o transportu moči. Je založena na uplatnění fyzikálních zákonů hydrodynamiky v hodnocení funkce močových cest. Sada urodynamických vyšetření je základní diagnostickou metodou při určení typu inkontinence. Pro diagnostiku stresové inkontinence se používá měření uretrálního tlakového profilu nebo měření leak point pressure a pro určení urgentní inkontinence je určující plnicí cystometrie (Čermák, Pacík, 2006, Zachoval, 2008).

Plnicí cystometrie – je nejužívanější urodynamická metoda ke zhodnocení vztahu mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře. Močový měchýř se plní fyziologickým roztokem zahřátým na tělesnou teplotu, pacient je v poloze vleže na zádech. Pacient udává pocit prvného, normálního a silného nucení na močení a maximální kapacitu močového měchýře a podle toho jej dělíme na močový měchýř hyposenzitivní (DM, neurogení poruchy), normosenzitivní a hypersenzitivní (zánět, tumor, litiáza). Hyperaktivita močového měchýře se projevuje hyperaktivitou detruzoru a sníženou kapacitou nebo compliance měchýře. Hyperaktivita detruzoru znamená přítomnost netlumených kontrakcí během plnění, které se vyskytují u dlouhodobé infravezikální obstrukce (BHP), při degenerativních změnách močového

měchýře ve stáří. Pokud tyto kontrakce vedou k úniku moči, jedná se o urgentní inkontinenci. Netlumené kontrakce se vyskytují rovněž u nervových onemocněních a neurogenních poruchách (CMP, RS, spinální trauma). Sníženou compliancí rozumíme sníženou poddajnost stěny močového měchýře, např. po chronických zánětech či radioterapii. V tomto případě dochází ke strmému vzestupu intravezikálního tlaku již při malém množství tekutiny v měchýři, tento vysoký intravezikální tlak převyšuje tlak v oblasti svěrače a dochází k úniku moči (Čermák, Pacík, 2006, Zachoval, 2008).

Uretrální tlakový profil – slouží k vyšetření funkce sfinkterů, k měření tlaku v průběhu délky uretry, při současném měření tlaku v měchýři. Vysunujeme-li měřící katetr konstantní rychlostí z močového měchýře a naměřené hodnoty zapisujeme na registrační papír, získáme přesný obraz prostorového rozložení tlaku v uretře – uretrální tlakový profil. Toto měření provádíme za klidových i stresových podmínek (kašel). Nejdůležitějším parametrem je maximální uretrální uzavírací tlak, což je rozdíl mezi intrauretrálním a intravezikálním tlakem. Pokud je tento tlak negativní, dochází k inkontinenci, a pokud je tento tlak pozitivní objevuje se inkontinence (Čermák, Pacík 2006, Zachoval, 2008, Martan, 2011).

Uroflowmetrie - popisuje průběh mikce a slouží k objektivizaci poruch vyprazdňování močového měchýře. Jedná se o měření hodnot rychlosti močového proudu, který je výsledkem působení vypuzovacích sil (kontrakce detruzoru, břišní lis) a uretrálního odporu. Základní naměřené hodnoty jsou doba mikce v sekundách, objem mikce v mililitrech, maximální a střední hodnota močového proudu v mililitrech za sekundu a postmikční reziduum (Čermák, Pacík, 2006, Martan, 2011).

Elektromyografie - elektrické potenciály způsobené depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního za použití povrchových nebo jehlových elektrod. Měření se provádí prstencovou nebo bipolární elektrodou v oblasti análního sfinkteru. Nejčastěji je tato metoda využívána k ověření synergie či dyssynergie funkce uretrálního sfinkteru a detruzoru, a také k hodnocení funkce pánevního dna při zátěžových testech (Martan, 2013).

Leak point pressure - označuje tlak, při kterém uniká moč z uretry. Měří se statickou nebo dynamickou metodou. Statický test je důležitý u neurogenních měchýřů. Dynamický

testem určujeme stupeň kompetence uretrálního svěrače při stresové inkontinenci (Čermák, Pacík, 2006, Martan, 2013).

2.6 Léčba inkontinence

Možnosti léčby inkontinence jsou stejně pestré jako její příznaky a příčiny. Na jednom konci spektra se nacházejí neinvazivní prostředky a na opačném konci jsou invazivní chirurgické zákroky. Léčba se řídí podle typu a stupně postižení. Nejprve volíme metody nejméně zatěžující, pokud nedejde ke zlepšení stavu, použijeme náročnější invazivní metody (Genadry, 2013). Dle Horčičky má doporučený léčebný postup tři základní předpoklady – režimová léčba, obecná léčba a cílená léčba jednotlivých druhů inkontinence (Horčička, 2012).

Režimová léčba – tělesný pohyb, zaměřený na posílení svalů pánevního dna, u seniorů i na celkovou zdatnost a svalovou tonizaci, zdravý životní styl, omezení příjmu močopudných látek, omezení fyzické námahy, zejména přenášení a zvedání těžkých předmětů, dostatečný příjem tekutin, pravidelný pitný a mikční režim.

Obecná léčba – stresová inkontinence – úprava pracovního režimu, úprava pohybových aktivit, gymnastika svalů pánevního dna, používání speciálních pomůcek k posílení účinku fyzioterapie. Urgentní inkontinence – úprava pitného a mikčního režimu, vedení mikčního deníku, důsledné léčba a prevence zánětlivých onemocnění dolních močových cest, biofeedback.

Cílená léčba jednotlivých druhů inkontinence (Horčička, 2012, Krhut, 2008).

2.6.1 Léčba urgentní inkontinence

Základním předpokladem úspěšné léčby je správná diagnóza a eliminace vyvolávající příčiny nebo její úplné odstranění. Terapie UI zahrnuje konzervativní metody, reflexní terapii a metody chirurgické léčby.

Konzervativní metody léčby UI

Farmakologická léčba UI - farmakoterapie je základním specializovaným terapeutickým krokem v léčbě urgentní inkontinence a tedy i hyperaktivního močového měchýře. Jejím

cílem je zvýšit kapacitu močového měchýře a utlumit jeho zvýšenou pohotovost ke kontrakcím. Tato léčba je aplikována na základě znalostí rozmístění vegetativních receptorů v dolních močových cestách. Nejčastěji jsou užívány léky ze skupiny:

- anticholinergika (Oxybutin, Propiverin, Tolterodin)
- alfa-sympatolytika (Xartal)
- antagonisté kalcia (Verapamil)
- tricyklická antidepresiva (Melipramin)
- estrogeny (Estriol)

(Čermák, Pacík, 2006, Horčíčka, 2012, Zachoval, 2008)

Behaviorální léčba UI - cílem této metody je obnovit volní kontrolu inhibice mikce, mluvíme o tréninku močového měchýře, kdy si pacienti vytváří pravidelné mikční návyky. Zásadní pomůckou pro tuto metodu je mikční kalendář, do kterého si pacient zaznamenává údaje o každé mikci. Tím získáme přehled o denní a noční frekvenci. Podstatou této metody je prodlužování intervalů mezi močením a směřovat je do předem stanovených časů. Pacienti se postupně naučí potlačit kontrakci detruzoru a zamezí tak inkontinenci (Čermák, Pacík, 2006, Horčíčka, 2012).

Biofeedback - metoda biologické zpětné vazby. Napomáhá identifikovat svalové skupiny, které je nutno trénovat a přináší pacientovi zpětnou kontrolu, zda cviky provádí správně. Sám pacient si kontroluje změny intravezikálního tlaku na cystometru. Cílem je vytvoření podmíněného reflexu, zajišťujícího kontinenci (Čermák, Pacík, 2006, Horčíčka, 2012).

Reflexní léčba UI

Zahrnuje vaginální nebo rektální elektrostimulaci. Cílem je vytvoření podmíněného reflexu, zajišťujícího kontinenci, kdy podráždění sliznice má za následek relaxaci detruzoru. K vytvoření reflexu se využívá biologická zpětná vazba, což je audiovizuální kontrola změn intravezikálního tlaku (Čermák, Pacík, 2006, Zachoval, 2008, Romžová, Hurtová, Holub, Pacovský, 2011)

Chirurgická léčba UI

V případech, kdy konzervativní i méně invazivní metody selhávají a nevedou k úspěchu, hyperaktivní měchýř pacienty invalidizuje fyzicky a diskriminuje společensky, je nutné zvážit chirurgické metody léčby. Nejčastěji se v praxi využívá augmentační cystoplastika. Princip augmentace spočívá ve zvětšení kapacity močového měchýře užitím střevního segmentu, nejčastěji terminálního ilea. Mezi další možnosti chirurgického řešení UI patří ortoptická náhrada – vytvoření neoveziky a její napojení na uretru nebo heterotopická náhrada – vytvoření neoveziky a cévkovatelného ventilu, který je vyústěný na přední stěnu břišní, v oblasti pupku. (Krhut, 2008, Zachoval, 2008, Čermák, Pacík, 2006, Hanuš, 2011).

2.6.2 Léčba stresové inkontinence

K léčbě stresové inkontinence máme v současnosti k dispozici konzervativní metody jako je fyzioterapie, elektrosimulace, pesaroterapie farmakologická a hormonální substituční léčba. Za nejúčinnější formu léčby SI je však považována chirurgická léčba (Čermák, Pacík, 2006).

Fyzioterapie

Ochablost svalů pánevního dna hraje významnou roli ve vzniku stresové inkontinence. Poporodní traumata mívají za následek poškození inervace svalstva, stejně jako namáhavá fyzická práce či často u žen se vyskytující obstipace. Vypracování soustavy cviků, posilujících svaly pánevního dna slouží k reinervaci svalstva, ke zvýšení jeho kontraktility a bazálního tonu. Výsledkem je zvýšení klidového uretrálního uzavíracího tlaku a lepší koordinace při reflexních kontrakcích svalů pánevního dna. Důležitá je přitom správná motivace a spolupráce klienta. K metodám fyzioterapie patří Kegelovy cviky. Toto cvičení je zaměřeno na zvýšení síly a odolnosti svalů pánevního dna. Efekt léčby je závislý na přesné instruktáži a zpětné vazbě, umožňující pacientce sledovat pokroky v léčbě. Cvičení probíhá individuálně nebo skupinově. Vyšetření a terapii provádí registrovaný fyzioterapeut – specialista na danou problematiku. Podle nálezu sestaví terapeutický plán. V první části se zaměří na techniky ovlivňující svalové napětí a svalovou dysbalanci. Další částí je terapie zaměřená na svaly pánevního dna podle jednotlivých vrstev, izolovaná

kontrakce svalů pánevního dna v synchronizaci s dechem, se souhyby s dolními končetinami, aktivace svalů pánevního dna současně s kontrakcí funkčně spojených svalů. Efekt léčby se zvyšuje s využitím elektrostimulace a biofeedbacku. První intenzivní fáze trvá většinou 6 měsíců, kdy počet návštěv se pohybuje v průměru od sedmi do desíti. Po ukončení intenzivní fáze následuje kontrolní vyšetření. Pak pacientka přechází do druhé dlouhodobé fáze, kdy pokračuje v zavedeném režimu dalších 6 měsíců sama (Holaňová, 2005, Horčíčka, 2012, Čermák, Pacík, 2006). Použitím vaginálních konusů pacientka posiluje svalstvo dna pánevního vaginálně uloženými závažími konického tvaru, která nosí v pochvě. Po určité době, kdy je v pochvě bez problému udrží, jsou měněny za další závaží vyšší hmotnosti. Denně je pacientka musí nosit 20 minut. Zlepšení je udáváno kolem 50% (Horčíčka, 2012).

Elektrostimulace

Jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervosvalových struktur pánevního dna, uretry a detruzoru pomocí vaginálně nebo rektálně umístěné sondy, přijímající elektrické impulzy z kapesního přístroje. Výsledek elektrostimulace je individuální a lze jej kombinovat s jinými druhy konzervativní léčby (Horčíčka, 2012, Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol., 2004).

Pesaroterapie

Uplatňuje se při poklesu nebo výhřezu pohlavních orgánů ženy. Pacientka si zavede silikonový pesar, změní tak anatomické poměry a zvýší výtokový odpor močové trubice. Tato metoda je doporučena pacientkám, které nemohou být operovány, či na operaci čekají nebo prodělaly více zákroků, při nichž nebylo docíleno efektu (Holý, 2014, Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol., 2004).

Farmakologická léčba SI

Význam farmakoterapie SI je dosud jen velmi omezen. V České republice pro léčbu, resp. zmírnění stresové inkontinence není dosud registrován žádný specifický preparát. Zesílení přenosu nervového signálu v oblasti nervosvalových spojek umožňují některá antidepresiva a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Zvýší se tak aktivita pánevních nervů a tím napětí svěrače močové trubice (Holý, 2014, Matoušková, 2013).

Hormonální substituční léčba SI

Jedním z významných faktorů, který ovlivňuje morfolonii a funkci dolních močových cest u ženy jsou pohlavní hormony, zejména estrogény. Byly nalezeny estrogenové receptory v dolním močovém traktu u žen a na těchto základech byla později dokázána přímá souvislost mezi atrofií urogenitálního traktu v menopauze a deficitem estrogenů. V důsledku poklesu estrogenů atrofuje mukóza i submukózní tkáň uretry. K hormonální substituční léčbě se využívají estrogény lokálně aplikované, jež příznivě ovlivňují pojivovou tkáň a výživu epitelu sliznic (Holý, 2014, Krhut, 2006).

Závěsné suprapubické operace – vezikopexe

- Burchova retropubická kolpopexe – tento druh operace je indikován u pacientek s hypermobilní uretrou a malým descensem. Principem operace je elevace a závěs hrdla měchýře a proximální uretry pomocí 2 – 3 párů nevstřebatelných stehů. Úspěšnost této léčby je vysoká a dlouho byla považována za „zlatý standard“ chirurgické léčby SI (Martan, 2013, Matoušková, 2013, Hanuš, 2013).
- Marschall – Marchetti – Kranz kolpopexe – je modifikací předchozího typu, která sbližuje parauretrální tkáň oblasti hrdla močového měchýře s periostem spony stydké (Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol., 2003).

Vaginální operace – kolpoplastiky

- Přední kolpoplastika – princip této otevřené operace spočívá ve zřazení parauretrálního vaziva a pubovezikální fascie s elevací hrdla močového měchýře.
- Zadní poševní plastika – obvykle se spojuje s přední kolpoplastikou (Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol. 2003, Matoušková, 2013).

Slingové operace

Technika operace smyčkou *sling* využívá autologní lyodury vaginální stěny, fascie a heterologní z prolenu a jiných materiálů. Princip operace spočívá v závěsu ureterovezikálního spojení do smyčky a jeho elevace. Dnes jsou tyto operace nahrazeny TVT metodou.

- TVT – Tension – free Vaginal Tape beznapěťová podpora při inkontinenci – tato operační technika využívá pásky z polypropylenových vláken, která vytváří oporu pro močovou trubici. Páska je pružná, díky malým bodcům na okrajích se

neposouvá, jakmile ji lékař umístí do definitivní polohy. Bodce se zachytí ve svalu a pojivové tkáni, a proto není nutné pásku fixovat stehy. Operace se provádí v lokální anestezii a od pacientky se vyžaduje spolupráce. Pro dosažení optimálního uložení pásky je pacientka vyzvána, aby zakašlala. Páska je pak dotažena tak, aby při námaze nedocházelo k samovolnému úniku moči (Genadry, 2013, Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol. 2003, Matoušková, 2013).

- TVT – O - obturatorní systém – pro zavedení pásky přes foramen obturatum – zásadní rozdíl oproti klasické TVT je ten, že páska prochází skrze foramen a vyhýbá se močové trubici a močovému měchýři Metoda je oproti TVT jednodušší a bezpečnější.
- Periuretrální injekce – jedná se o endoskopickou metodu aplikace inertní látky podslizničně do oblasti svěrače. Nevýhodou bývá pouze krátkodobý efekt této metody.
- Umělý svěrač uretry – hlavní indikací pro umělý svěrač uretry jsou pacienti s absencí léze svěrače po prostatektomii nebo v souvislosti s frakturou pánve apod. (Čermák, Pacík, 2006, Halaška a kol. 2003, Matoušková, 2013).

2.7 Absorpční pomůcky

Jednorázové absorpční pomůcky plní na začátku léčby jakéhokoliv typu inkontinence funkci doplňující, ale v případech neléčitelných nebo jen částečně léčitelných, jsou jedinou možností zajištění sociální a hygienické únosnosti života pacientů s těžkou formou nechtěného úniku moči. Absorpční pomůcky mohou zásadním způsobem zlepšit hygienický stav pacientů, a tím zvýšit jejich pocit jistoty a bezpečí. Absorpční pomůcky, které pomohou řešit inkontinenci, umožní částečný návrat pacientů k aktivitám každodenního života. Základním předpokladem úspěchu při řešení inkontinence použitím jednorázových absorpčních pomůcek je stanovení typu, stupně inkontinence a edukace pacienta. Správně zvolený výrobek zkvalitní pacientův život a zabrání zdravotním problémům provázející inkontinenci moči (opruzeniny, dekubity, infekce). Absorpční pomůcky jsou vyráběny tak, aby rychle odváděly ze svého povrchu moč do svého jádra, kde dojde k její přeměně v gel, který je v jádru pevně vázán. Povrch pomůcky zůstává suchý a prodyšný, gel zajistí i dezodoraci a eliminuje zápach. Důležitá je i snadná manipulace s pomůckami pro pacienta i ošetřující personál.

Preskripci pomůcek pro inkontinentní pacienty provádí lékař s odborností – urologa, praktického lékaře, gynekologa, neurologa a geriatra na předepsaný tiskopis Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Pomůcky lze předepsat na 3 měsíce. Předepisující lékař určí skupinu postižení, dřívější stupeň. Při preskripci nesmí dojít k překročení limitů (množstevních a finančních) stanovených pro jednotlivce zdravotní pojišťovnou. Typy pomůcek podle stupňů inkontinence:

- I. Stupeň inkontinence (ztráta 50-100 ml) – pomůcky: vložky absorpční dámské, pánské a kapsy absorpční, hrazeno max. 150 ks měsíčně – nejvýše do 450,- Kč
- II. Stupeň inkontinence (ztráta 100-200ml) – pomůcky: pleny absorpční dámské a pánské, hrazeno max. 150 ks měsíčně – nejvýše do 900,- Kč, kalhotky fixační, hrazeno max. 24 ks za rok – nejvýše do 190,-Kč, kondomy urinální, hrazeno max. 30ks za měsíc, do celkové výše 700,- Kč, sběrné sáčky, hrazeno max. 10 ks za měsíc, do celkové výše 500,- Kč
- III. Stupeň inkontinence (ztráta nad 200 ml) – pomůcky: kalhotky absorpční (kalhotky plenkové), hrazeno max. 150 ks za měsíc, do celkové výše 1700 Kč, kondomy urinální, hrazeno max. 30ks za měsíc, do celkové výše 700,- Kč, sběrné sáčky, hrazeno max. 10 ks za měsíc, do celkové výše 500,- Kč. (Hanuš, 2011, Sochorová, 2008, Hruška, 2013, Horčíčka, 2010, Horčíčka, 2012).

2.8 Prevence inkontinence

Mnozí pacienti, kteří mají potíže s únikem moči, mlčky trpí. Stydí se řešit svůj problém s lékařem nebo se domnívají, že jejich potíže stejně není možné nijak zmírnit. Pacienti, kteří vyhledají pomoc, začnou lépe chápat své problémy a dovědí se o možnostech jejich řešení. Informovaný pacient se stává partnerem lékaře v péči o své zdraví, dokáže s ním lépe komunikovat a rozumět mu. Preventivní opatření spočívají v zodpovědném přístupu zdravotníků a pacientů k této problematice.

Mezi preventivní opatření zařazujeme:

- Navození správných mikčních návyků v nejranějším dětství. Upevnění reflexních nervových oblouků kontrolujících shromažďování a vypuzování moči je předpokladem pro správnou pozdější funkci močového ústrojí.
- Udržování přiměřené tělesné hmotnosti.
- Vyhýbání se fyzicky nadměrně náročné stereotypní práci.
- Dostatek pohybu a péče o pravidelnou stolicí.
- Předcházení infekcím urogenitálního traktu a jejich správná a důsledná léčba zejména v mládí.
- Správný pitný režim, tj. vypít alespoň dva litry tekutin denně.
- Dodržování pravidelného intervalu močení, minimálně každých 4-5 hodin, vymočení před spaním.
- Péče o správnou funkci ledvin a močových cest v těhotenství, šetrný porod s pečlivým ošetřením všech porodních poranění, snaha o posílení pánevního dna a obnovu správné mikce v šestinedělí pomáhají překonat toto náročné období bez pozdějších následků pro kontinenci.
- Dalším zvláště důležitým obdobím je přechod a postmenopauza s vyhasínáním tvorby ženských pohlavních hormonů, které podporují dobrou funkci závěsného aparátu vnitřních pohlavních orgánů a dolního močového traktu.
- Správná léčba chronických onemocnění – DM, astma bronchiale, s vlivem na inkontinenci (Genadry, 2013, Chmel, 2010, Galajdová, 2000).

2.9 Následky močové inkontinence

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Pacienti jsou močovou inkontinencí ovlivněni ve všech oblastech svého života fyzické, sociální, psychické, v sexuálním životě, doma i v zaměstnání.

Fyzické následky

Přímými fyzickými následky je iritace kůže a infekce, dekubity, omezení fyzické aktivity, urosepse. Mezi nepřímé fyzické následky se řadí alergické reakce na léky

a materiál, vedlejší a nežádoucí účinky léků. Záměrné omezování tekutin s cílem co nejvíce snížit diurézu, a tím i riziko pomůčení. Zejména u starších lidí může dojít k obrazu dehydratace, ortostatické hypotenzi a hypovolemii (Sochorová, 2008, Chmel, 2010, Bojar, Kučera, Svěráková, 2004).

Psychosociální následky

Nevýznamnější dopad má inkontinence na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Často vnímají pacienti inkontinenci jako projev selhání, ztráty důstojnosti, sebeúcty, zásah do fyzické i psychické intimity a autonomie. Strach z úniku moči může vést k sexuální abstinenci a narušení intimních vztahů takto postižených jedinců. Uchylují se k maladaptivním formám chování, sociálně se izolují, omezují své aktivity, kontakty, často rezignují s projevy depresivního chování. Poruchy spánku vyvolané nykturií vedou k chronické únavě, vyčerpání organismu a následuje i zhoršení pracovní výkonnosti (Sochorová, 2008, Chmel, 2010).

Ekonomické následky

Přímé ekonomické následky jsou spojeny s léčbou a péčí, která vynaložena inkontinentním pacientům, tyto náklady zahrnují vyčíslení finančních prostředků vynaložených na vyšetřovací a diagnostické výkony, farmakoterapii a operační zákroky, úhrady fyzioterapeutických a rehabilitačních procedur. Nepřímé ekonomické následky se stanovují obtížněji, vyplývají z psychosociálních a pracovních – společenských důsledků inkontinence, představují hodnotu vyjádřenou ztrátou produktivity a času. Individuální finanční náklady pro jednotlivou osobu postiženou inkontinencí, představují spoluúčast na farmakoterapii, na úhradě kompenzačních pomůcek. Mezi ekonomické následky se řadí i celospolečenské náklady. Plátcí zdravotní péče musí hradit z celospolečenských a pojišťovnických fondů prevenci, diagnostiku, konzervativní i operativní léčbu močové inkontinence, včetně úhrady kompenzačních pomůcek využívaných inkontinentními osobami (Sochorová, 2008, Chmel, 2010, Bojar, Kučera, Svěráková, 2004).

2.10 Inco Forum

V České republice vzniklo v roce 2000. Na popud České společnosti podpory zdraví se sešla skupina odborníků, kteří se ve své praxi setkávají s pacienty trpícími inkontinencí, aby pro ně společně připravili program pomoci. Inco Forum sdružuje odborné lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, psychology, zástupce výrobců pomůcek a farmak pro léčbu inkontinence. Toto expertní seskupení si stanovilo za cíl zlepšení zdravotní péče o ně a zmírnit také sociální a ekonomické dopady spojené s touto diagnózou. Inco Forum organizuje odborné konference na speciální téma. Odborníci také připravují různý edukační materiál pro pacienty např. gymnastika pánevního dna. Prioritou osvětového programu Inco Fora je zvýšení povědomí veřejnosti o tom, jak je závažná problematika inkontinence, ale i poskytnutí opory pacientům ve snaze o zvýšení kvality a důstojnosti jejich života. Inco Forum vydává tištěné osvětové materiály, určené do čekáren urologických a gynekologických pracovišť, připravuje články a relace do tištěných a elektronických médií. Spolupracuje s řadou patientských organizací. Inco Forum nezapomíná ani na odbornou veřejnost, pro kterou organizuje celostátní konference na různá témata související s problémem inkontinence (Čermák, 2006, Svěráková, 2007).

2.11 Péče o inkontinentní pacienty

Často prvním, s kým se pacient setkává v ambulanci nebo zdravotnickém zařízení je sestra. Je zároveň i osobou, od které pacient očekává informace. Role sestry v záchytu inkontinence je velmi důležitá a záleží jen na jejím přístupu k pacientovi. Díky vhodné komunikaci a chování může pacientovi „otevřít dveře, nebo naopak nevhodným chováním zamezit jakémukoliv svěřením se s problémem“.

Prvním krokem při zajišťování ošetrovatelské péče o inkontinentního pacienta je ošetrovatelská anamnéza. Zjišťujeme způsoby vylučování moče, jejich frekvenci, trvání a rozsah mikčních potíží, kdy a za jakých okolností dochází k samovolnému úniku moči, či bolestivosti při močení. Všimáme si i jiných faktorů ovlivňujících vylučování moče (choroba, léky, příjem tekutin). Pozorováním sledujeme charakter moče (zápach, barvu, příměsí, množství). Vždy se snažíme vysvětlit pacientovi způsoby, jak zvládat inkontinenci. Volíme ta opatření, která jsou pro pacienta nejšetrnější a nejvhodnější.

Základním opatřením je vytvoření vhodného prostředí pro zvládnání problému s močením (viditelné označení toalety, madla, nástavec na WC).

Na základě informací z ošetřovatelské anamnézy stanovujeme ošetřovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II – diagnostická doména: 1. Podpora zdraví, 3. Vylučování, 5. Vnímání – poznávání, 11. Bezpečnost – ochrana, 12. Komfort (Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006).

- Deficit vědomostí (o inkontinenci)
- Ochota k uspořádání (nápravě) deficitních vědomostí souvisejících s inkontinencí moče
- Porušené vylučování moče
- Úplná inkontinence moče
- Funkční inkontinence moče
- Stresová inkontinence moče
- Urgentní inkontinence moče
- Reflexní inkontinence moče
- Riziko urgentní inkontinence moče
- Ochota k uspořádání – nápravě vyprazdňování moče
- Riziko infekce

Další fází ošetřovatelského procesu je plánování. V této fázi si vytýčíme cíle, kterých chceme dosáhnout u nemocného s močovou inkontinencí, ošetřovatelskou strategii a intervence. Obecně je cílem péče zachování nebo obnovení normálního vylučování moče a současně předcházení rizikům poruch vyprazdňování moče. Po procesu plánování následuje jeho realizace – ošetřovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku. (Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006, Hejzlarová, 2009, Kapounová, 2007, Vybíhalová, 2011, Petrášová, 2012).

Aktivita sestry v této oblasti jsou zaměřeny na:

- Dodržování pitného režimu pacienta, alespoň 2 litry tekutin denně
- Na sledování bilance tekutin
- Zajištění a provádění zvýšené hygienické péče o kůži, ošetřování pokožky a prevence dekubitů u imobilních pacientů

- Provádění nácviku rytmu pravidelného močení po 2 hodinách s následným prodlužováním intervalů mezi močením na 3-4 hodiny
- Poučení o vedení mikčnického deníku
- Informování o nevhodných tekutinách (káva, čaj, alkohol)
- Osvojení si cviků na posílení pánevního dna
- Používání vhodných pomůcek pro inkontinentní pacienty podle stupně inkontinence
- V případě zavedení permanentního močového katetru dodržovat aseptický postup ošetrovatelské péče o PMK

Poslední fází ošetrovatelského procesu je hodnocení. Vyhodnocení je posouzení odpovědi nemocného na ošetrovatelské zásahy a její porovnání s výslednými kritérii. Závěry hodnocení určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy skončit, pokračovat, revidovat nebo změnit. Výsledky hodnocení zaznamenáváme do dokumentace. Mezi kompetence všeobecné sestry, které vykonává v rámci řešení inkontinence, patří především edukace. Důležitá je edukace v oblasti používání vhodných pomůcek pro inkontinentní pacienty, edukace o rizikových faktorech, edukace zaměřená na osvojení si cviků na posílení pánevního dna, o pitném režimu a vedení mikčnického deníku. Samozřejmostí je i péče o pokožku inkontinentního pacienta (Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006, Hejzlarová, 2009, Kapounová, 2007, Vybíhalová, 2011, Petrášová, 2012).

2.12 Vzdělávání všeobecných sester

Ošetrovatelská péče na začátku 21. století prošla a stále prochází významnými změnami. Na její kvalitu jsou kladeny stále vyšší požadavky, stejně jako na pracovníky, kteří péči poskytují. Cílem transformace vzdělávání ošetrovatelství po roce 1990 bylo přispět ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče a tedy, zlepšení úrovně zdraví a zajištění kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie. V roce 1996 došlo k převedení středních a vyšších zdravotnických škol ze správy Ministerstva zdravotnictví ČR pod rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), v roce 2000 SZŠ a VOŠ přecházejí ze správy MŠMT pod krajskou samosprávu. V roce 1989 Evropská komise doporučila, aby sestry byly v 21. století vzdělávány na vysokoškolské úrovni. Radou Evropy byla vydána mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu všeobecné sestry. Do školy (VOŠ, VŠ) jsou přijímáni uchazeči až po ukončeném středním

všeobecném vzdělání ve věku 18 let. Pokud kvalifikační studium neprobíhá na univerzitě, musí stupeň kvalifikační přípravy umožňovat sestře, aby mohla být na univerzitu přijata. Studium je výhradně odborné a délka průpravy je minimálně 3 roky. Teoretická část studia tvoří 35-50% výuky, podíl praktické výuky je minimálně 50%. Studium připravuje univerzální všeobecnou sestru, která se profiluje až po dosažení kvalifikace. Absolventka je připravena nést odpovědnost a samostatně pracovat jak v nemocniční, tak v terénní péči (Plevová, 2011).

Kvalifikační příprava všeobecných sester probíhá od roku 2004/2005 jen na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách nebo univerzitách. V dubnu 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který tímto podmiňuje pregraduální i postgraduální vzdělávání sester. V březnu 2011 vešel v platnost zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004. Důležitou změnou tohoto zákona je vymezení výkonu zdravotnického povolání, a to na výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením (Plevová, 2011).

2.12.1 Pregraduální studium

Pregraduální studium se uskutečňuje na Středních zdravotnických školách, kde od školního roku 2004/2005 připravují zdravotničtí asistenti, kteří po ukončení studia vykonávají činnosti pod přímým dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry. Ve Zdravotnickém lyceum probíhá intenzivní příprava žáků k dalšímu studiu se zaměřením na zdravotnické obory. Vyšší odborné zdravotnické školy poskytují tříleté studium základního odborného vzdělání, studium je určeno pro všechny absolventy středních škol, absolventi pracují bez odborného dohledu a jsou označováni jako diplomovaný specialista. Od roku 1992 probíhá vysokoškolské studium, kde sestry mají možnost získat odborné vzdělání a zvýšení kvalifikace nejprve v bakalářských programech, navazujících magisterských nebo v doktorských programech (Plevová, 2011).

Studenti se setkávají s problematikou inkontinence v rámci výuky v předmětech Ošetřovatelství a Ošetřovatelská péče v 1. a 3. ročníku oboru Zdravotnický asistent

a 1. a 3. ročníku oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Problém inkontinence je probírán v tematickém celku Péče o vyprazdňování močového měchýře a v tematickém celku Ošetrovatelský proces u klientky na gynekologicko - porodnickém oddělení. Výsledkem vzdělávání v této oblasti by měla být studentova orientace v pomůckách pro inkontinentní pacienty, ve způsobu jejich používání, student by měl dokázat rozlišit druhy a příčiny inkontinence (ŠVP ZA, 2011).

2.12.2 Postgraduální studium

Postgraduální studium zahrnuje specializační studium. Specializační příprava je zaměřena na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různé terénní a nemocniční péče a na management, toto studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních podle vzdělávacího programu, ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání a současně specializovanou způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání. Celoživotní vzdělávání vymezuje zákon 96/2004 Sb. a vyhláška č. 4/2010 Sb. kterou se stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo dohledu zdravotnických pracovníků, cílem celoživotního vzdělávání sester je ochrana veřejnosti před personálem s nízkými znalostmi a dovednostmi v moderních zásadách poskytování péče, ne zcela zanedbatelné je i usnadnění pohybu pracovních sil v rámci Evropské unie (Plevová, 2011).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Výběr metody

Pro výzkumné šetření byl vytvořen anonymní dotazník, který obsahoval 19 položek (viz příloha č. 1). Chráska definuje dotazník jako soustavu předem připravených otázek a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný respondent odpovídá písemně (Chráska, 2006). Výhodou dotazníkového šetření je nižší náročnost organizace sběru dat, vyloučení vlivu tazatele na odpovědi, dotazovaný má dostatek času na zodpovězení otázek. (Punch, 2008). Dotazník obsahoval otázky uzavřené, dichotomické, kdy respondenti označili jednu správnou odpověď a otázky polynomické s možností více odpovědí. Otevřené otázky dotazník neobsahoval. Výzkumné šetření formou dotazníku bylo rozloženo do 4 dílčích cílů práce a obsahovalo celkem 19 položek.

První část dotazníku obsahovala otázky zjišťující demografické údaje o respondentech. Položky 1 – 3 zjišťují dosažené vzdělání, délku praxe a obor, ve kterém pracují. Tato část byla doplněna o otázku zjišťující účast na vzdělávací akci na téma inkontinence moči (položka 4).

Vysvětlení pojmu močová inkontinence a jejímu rozdělení se věnuje **dílčí cíl práce č. 1**. Položky 5 – 8 zjišťují znalost definice inkontinence moči a její rozdělení. Vědomosti o rizikových faktorech a způsobech diagnostiky zjišťuje **dílčí cíl práce č. 2**. Položky 9 -12 se zabývají stupněm inkontinence, krizovými situacemi a rizikovými faktory vzniku inkontinence. Informovaností o možnostech a postupech řešení močové inkontinence se zabývá **dílčí cíl práce č. 3**. Položky 13 – 17 jsou zaměřeny na používání absorpčních pomůcek k řešení inkontinence. Poslední **dílčí cíl práce č. 4** se zabývá zájmem o další vzdělávání v oblasti inkontinence. Položky 18 – 19 zjišťují, jak respondenti hodnotí své znalosti o močové inkontinenci a zda mají zájem o účast na semináři na toto téma.

Získaná data byla nejprve zpracována čárkovací metodou v podobě četností jednotlivých odpovědí a následně zanesena do programu Microsoft Office Excel 2007, ve kterém pomocí matematických funkcí byla spočítána absolutní a relativní četnost. Získaná data byla podkladem pro vytvoření tabulek a grafů, které vizualizují výsledky do přehledné podoby

3.2 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Olomouci během prosince roku 2014. Na základě schválení žádosti o povolení výzkumného šetření bylo rozdáno 130 dotazníků a vrátilo se 125 dotazníků (96%). Prostřednictvím vyučujících byly dotazníky distribuovány v 1., 2. a 3 ročnících VOŠz obor Diplomovaná sestra a ve 4. ročníku SZŠ obor Zdravotnický asistent.

Druhou skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry pracující ve Vojenské nemocnici v Olomouci. Po schválení žádosti o provedení dotazníkového šetření bylo rozdáno 115 dotazníků, návratnost byla 100%. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím vedoucích pracovníků všeobecným sestrám pracujícím v interních, chirurgických oborech, na jednotkách intenzivní péče, na anesteziologicko - resuscitačním oddělení a na oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v průběhu měsíce ledna a února 2015.

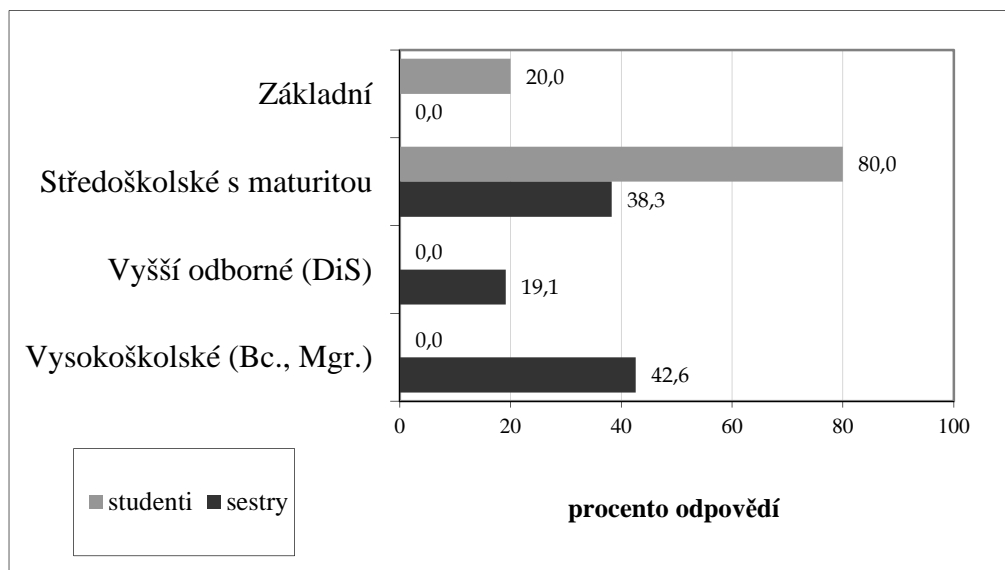
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Vybraný soubor tvoří respondenti dvou skupin. První skupina je složena z žáků a studentů Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Olomouci. Druhou skupinu respondentů tvoří všeobecné sestry pracující ve Vojenské nemocnici Olomouc. Obě skupiny respondentů splňují tato kritéria:

- Probraná problematika inkontinence moči
- Žák SZŠ obor Zdravotnický asistent
- Student VOŠz obor Diplomovaná všeobecná sestra
- Všeobecná sestra pracující na lůžkových odděleních VN Olomouc

Pro lepší přehlednost uvádíme grafy týkající se charakteristiky zkoumaného souboru respondentů již v této části práce. Obsahují zpracované identifikační údaje respondentů, které zahrnují nejvyšší dosažení vzdělání, délku praxe a pracoviště respondentů (položky 1,2,3).

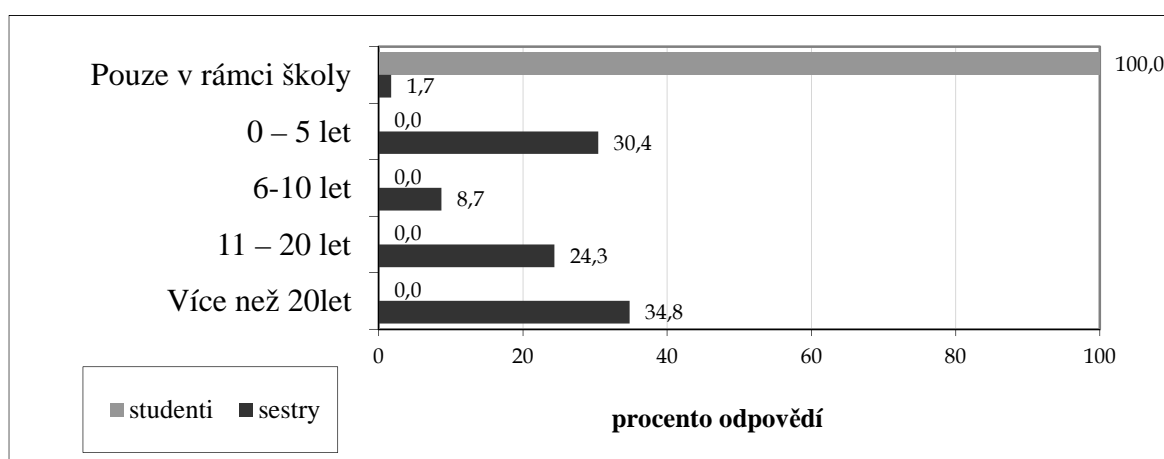
1 Jaké je Vaše dosažené nejvyšší vzdělání?



Graf 1 Dosažené vzdělání

Z uvedeného zpracování vyplývá, že 25 (20%) studentů má základní vzdělání, tito studenti tvoří skupinu respondentů ze SZŠ. 100 (80%) má středoškolské vzdělání s maturitou, tito respondenti studují na VOŠz, vyšší odborné vzdělání, ani vysokoškolské vzdělání nemá žádný student. 44 (38,3%) sester uvedlo jako nejvyšší vzdělání středoškolské s maturitou, 22 sester (19,1%) má vyšší odborné vzdělání a 49 (42,6%) sester je s vysokoškolským vzděláním.

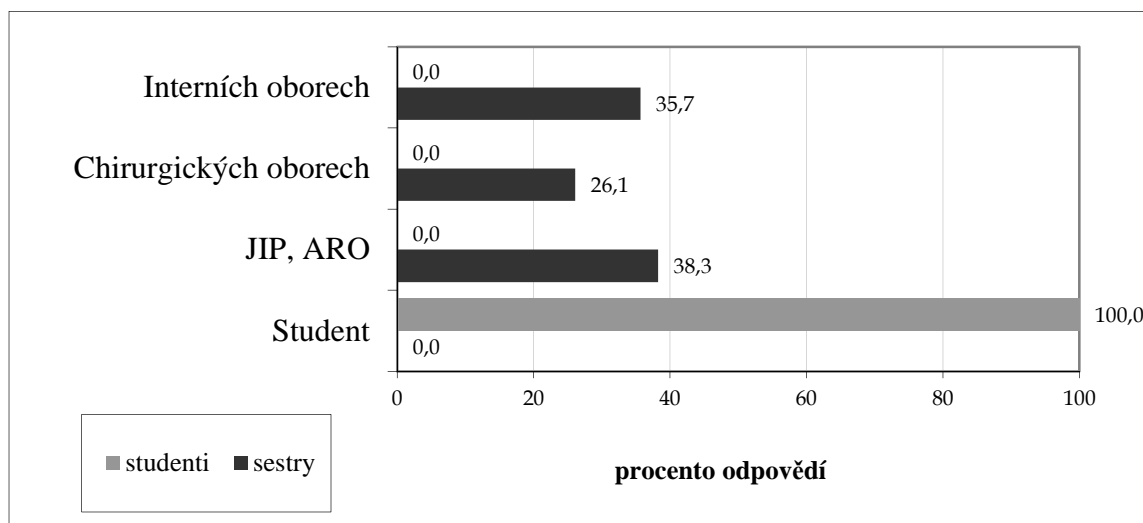
2 Jaká je Vaše délka praxe?



Graf 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Při šetření bylo zjištěno, že všech 125 (100%) studentů uvedlo délku praxe pouze v rámci školy. Největší zastoupení v souboru 40 (34,8%) mají sestry s více než 20 letou praxí, délku praxe 0-5 let uvedlo 35 (30,4%) sester, 28 (24,3%) sester patří do skupiny s praxí 11-20 let, 10 (8,7%) sester má praxi v rozmezí 6-10 let a 2 (1,7%) sestry jsou absolventky, které uvedly praxi pouze v rámci školy.

3 Pracujete v



Graf 3 Pracoviště

Analýzou bylo zjištěno, že celkový soubor 240 (100%) respondentů je složen ze 125 (100%) studentů a 115 (100%) sester. Z celkového počtu sester, 41 (35,7%) pracuje v interních oborech, v chirurgických oborech pracuje 30 (26,1%) sester a na JIP a ARO pracuje 44 (38,3%) sester.

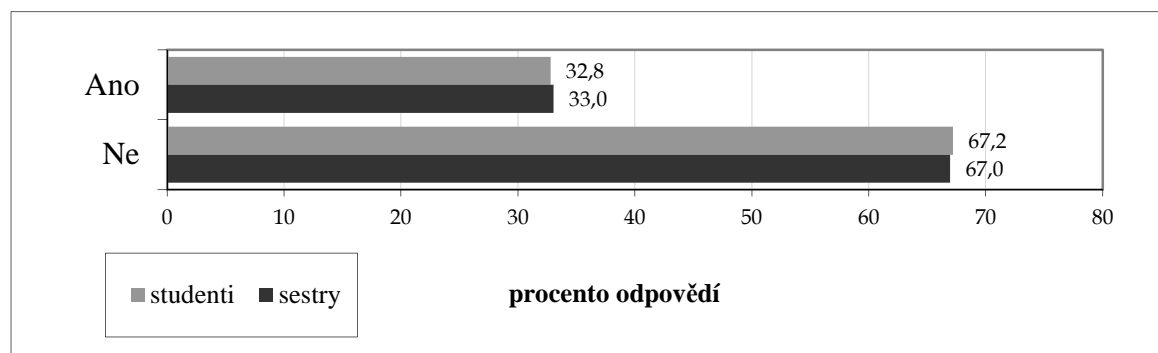
4 VÝSLEDKY

4.1 Analýza popisná

K popisu získaných dat jsou použity pouze grafy, tabulky jsou uloženy v příloze (viz příloha 1) Položky 1,2,3 k identifikačním údajům respondentů byly rozpracovány v předchozí kapitole (viz. kapitola 3.3)

4 Absolvoval/la jste v minulosti vzdělávací akci na téma inkontinence?

Analýzou bylo zjištěno, že z celkového počtu studentů 125 (100%) absolvovalo 41 (32,8%) vzdělávací akci na téma inkontinence a 84 (67,2%) vzdělávací akci neabsolvovalo. Z celkového počtu sester 115 (100%) se 38 (33%) zúčastnilo vzdělávací akce na téma inkontinence a 77 (67%) sester se této vzdělávací akce nezúčastnilo.



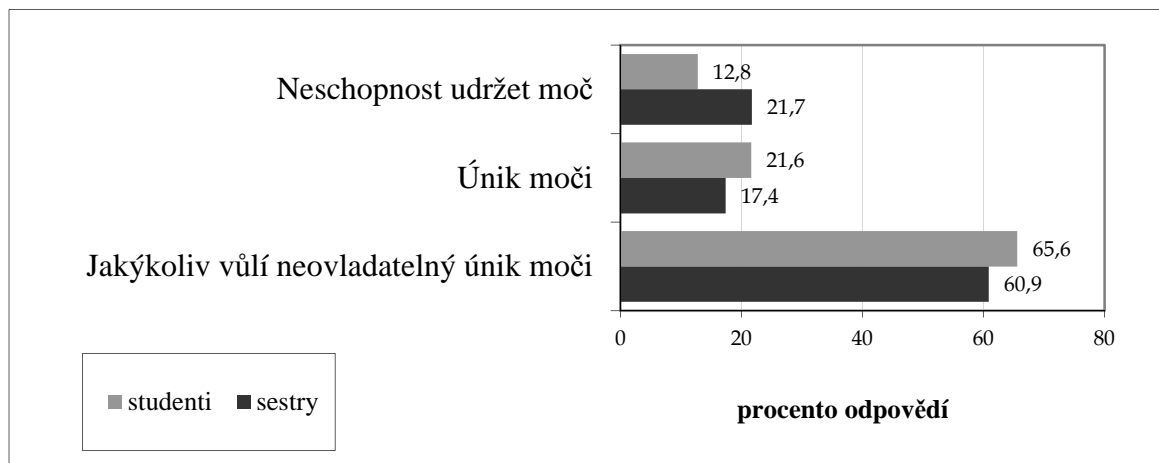
Graf 4 Absolvoování vzdělávací akce na téma inkontinence

5 Jak byste definoval/la pojem inkontinence?

- 1) Neschopnost udržet moč
- 2) Kontrolovatelný únik moči
- 3) Únik moči
- 4) **Jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči**

Analýzou bylo zjištěno, že 82 (65,6%) studentů vybralo správnou odpověď pro definici pojmu inkontinence, 27 (21,6%) studentů označilo za správnou odpověď únik moči a 16 (12,8%) studentů uvedlo, že inkontinence je neschopnost udržet moč. Ve skupině sester 70 (60,9%) určilo správnou definici inkontinence, 20 (17,4%) označilo za správnou odpověď únik moči a pro 25 (21,7%) inkontinence znamená neschopnost udržet moč.

Variantu, kdy inkontinence znamená kontrolovatelný únik moči, nevybral žádný student, ani žádná sestra.

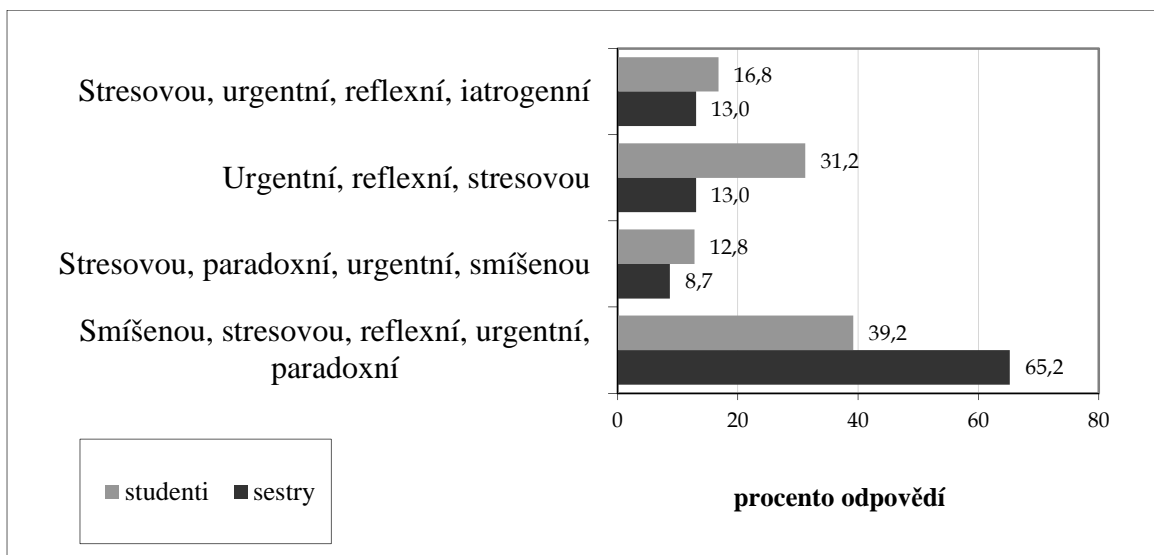


Graf 5 Definice inkontinence

6 Inkontinence moči se rozděluje na:

- 1) Stresovou, urgentní, reflexní, iatrogenní
- 2) Urgentní, reflexní, stresovou
- 3) Stresovou, paradoxní, urgentní, smíšenou
- 4) **Smíšenou, stresovou, reflexní, urgentní, paradoxní**

Analýzou bylo zjištěno, že 49 (39,2%) studentů označilo správnou odpověď, 39 (31,2%) studentů vybralo rozdělení na urgentní, reflexní a stresovou, 21 studentů uvedlo dělení inkontinence na stresovou urgentní, reflexní a iatrogenní, 16 (12,8%) studentů považuje za správné rozdělení inkontinence na stresovou, paradoxní, urgentní a smíšenou. Správnou odpověď v souboru sester uvedlo 75 (65,2%) sester, 10 (8,7%) sester považuje za správné rozdělení inkontinence na stresovou, paradoxní, urgentní a smíšenou, dělení na urgentní, reflexní a stresovou označilo 15 (13%) sester a rovněž 15 (13%) sester označilo jako správné rozdělení na stresovou, urgentní, reflexní a stresovou.

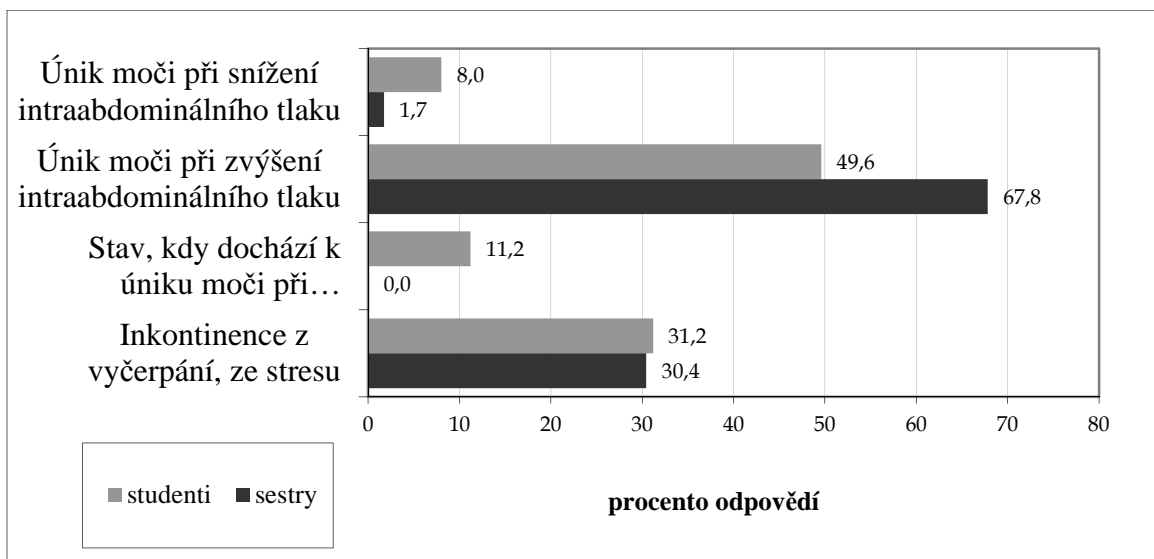


Graf 6 Dělení inkontinence

7 Jak byste definoval/la pojem stresová inkontinence?

- 1) Únik moči při snížení intraabdominálního tlaku
- 2) **Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku**
- 3) Stav, kdy dochází k úniku moči při patologickém neurologickém nálezů
- 4) Inkontinence z vyčerpání, ze stresu

Analýzou bylo zjištěno, že v souboru studentů označilo správnou odpověď 62 (49,6%) z nich. Za správnou odpověď, kdy stresová inkontinence je z vyčerpání, ze stresu považuje 39 (31,2%) studentů. Definici stresové inkontinence jako únik moči při snížení intraabdominálního tlaku označilo 10 (8%) studentů. Stav, kdy dochází k úniku moči při patologickém neurologickém nálezů, považuje ze správnou odpověď 14 (11,2%) studentů. V souboru sester označilo správnou odpověď 78 (67,8%). 35 (30,4%) sester považuje stresovou inkontinenci jako inkontinenci z vyčerpání, ze stresu, 2 (1,7%) sestry uvedly jako správnou odpověď únik moči při snížení intraabdominálního tlaku a žádná respondentka z řad sester neoznačila stav, kdy dochází k úniku moči při patologickém neurologickém nálezů jako správnou odpověď.

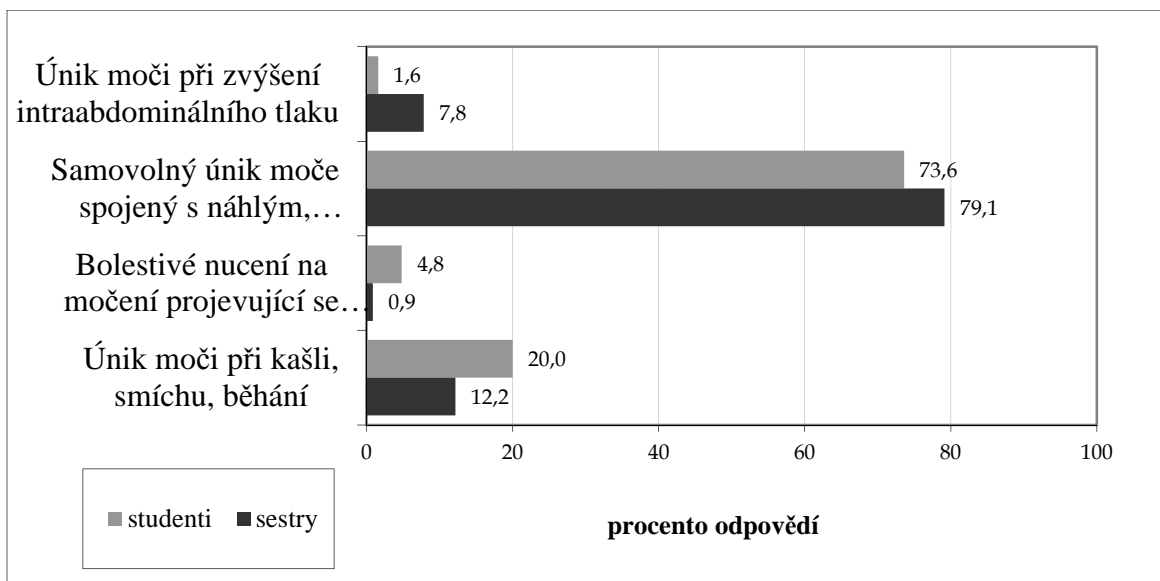


Graf 7 Definice stresové inkontinence

8 Jak byste definoval/la pojem urgentní inkontinence?

- 1) Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku
- 2) **Samovolný únik moče spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení**
- 3) Bolestivé nucení na močení projevující se hlavně v noci
- 4) Únik moči při kašli, smíchu, běhání

Analýzou bylo zjištěno, že v souboru respondentů z řad studentů zvolilo správnou odpověď 92 (73,6%) studentů. 25 (20%) určilo jako správnou odpověď únik moči při kašli, smíchu, běhání, 6 (4,8) považuje za správnou definici bolestivé nucení na močení, projevující se hlavně v noci, pouze 2 (1,6%) studenti označili urgentní inkontinenci jako únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku. Respondenti z řad sester označili správnou odpověď v 91 (79,1%) případech, 14 (12,2%) sester označilo jako správnou definici únik moči při kašli, smíchu a běhání. 9 (7,8%) sester si pojem urgentní inkontinence spojuje s únikem moči při zvýšení intraabdominálního tlaku a pouze 1 (0,9%) sestra označila za správnou odpověď bolestivé nucení na močení, projevující se hlavně v noci.

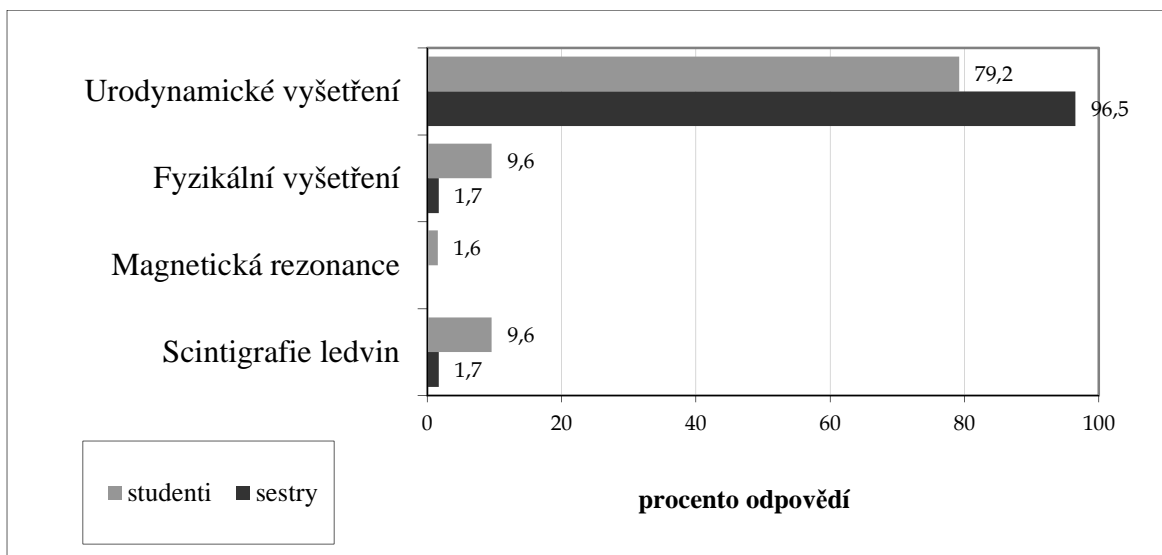


Graf 8 Definice urgentní inkontinence

9 Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence je:

- 1) Urodynamické vyšetření
- 2) Fyzikální vyšetření
- 3) Magnetická rezonance
- 4) Scintigrafie ledvin

Analýzou bylo zjištěno, že 99 (79,2%) studentů označilo správnou odpověď, 12 (9,6%) určilo jako zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence fyzikální vyšetření, 12 (9,6%) považuje za zásadní vyšetření scintigrafii ledvin a jen 2 (1,6%) studenti považují za vyšetření, které přispívá k určení typu magnetickou rezonanci. Správně odpovědělo 111 (96,5%) sester jen 2 (1,7%) sestry považují za správnou odpověď fyzikální vyšetření a 2 (1,7%) sestry určily jako správnou odpověď scintigrafii ledvin. Žádná ze sester neoznačila jako správnou odpověď magnetickou rezonanci.

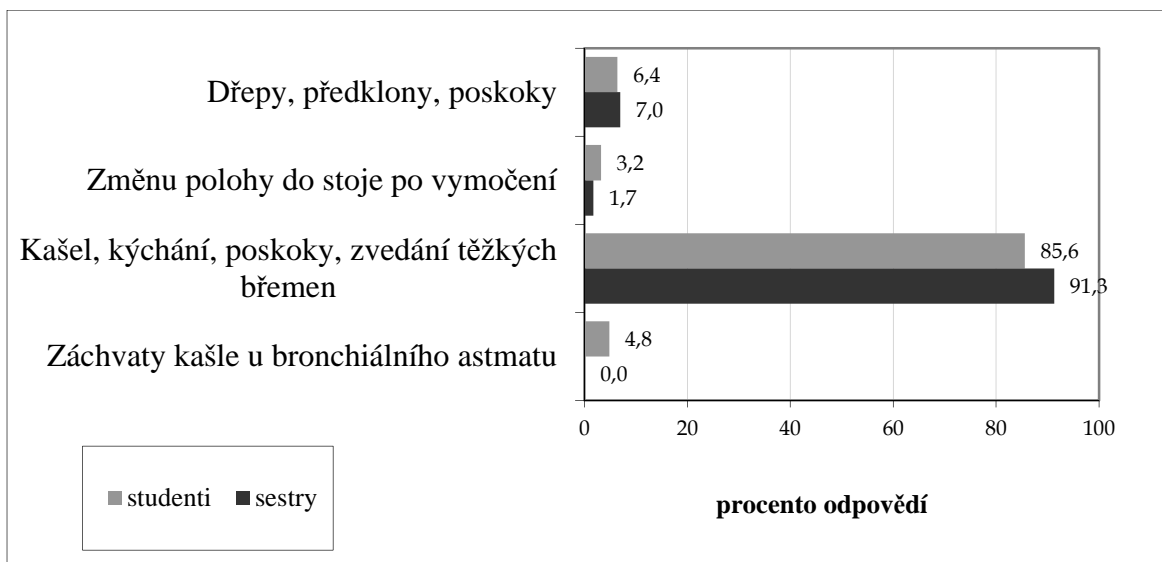


Graf 9 Stanovení typu inkontinence

10 Za krizovou situaci u stresové inkontinence považujeme:

- 1) Dřepy, předklony, poskoky
- 2) Změnu polohy do stoje po vymočení
- 3) Kašel, kýchání, poskoky, zvedání těžkých břemen**
- 4) Záchvaty kašle u bronchiálního astmatu

Analýzou bylo zjištěno, že studenti označili správnou odpověď ve 107 (85,6%) případech, 8 (6,4%) odpovědělo, že krizovou situací pro stresovou formu inkontinence jsou dřepy, předklony a poskoky, 6 (4,8%) studentů považuje za správnou odpověď, záchvaty kašle u bronchiálního astmatu, 4 (3,2%) studenti určili za správnou odpověď změnu polohy do stoje po vymočení. Sestry odpověděly správně ve 105 (91,3%) případech. 8 (7,0%) sester označilo za správnou odpověď dřepy, předklony a poskoky, 2 (1,7%) sestry považují za krizovou situaci pro stresovou inkontinenci změnu polohy do stoje po vymočení. Žádná sestra nepovažuje za krizovou situaci záchvaty kašle u bronchiálního astmatu.

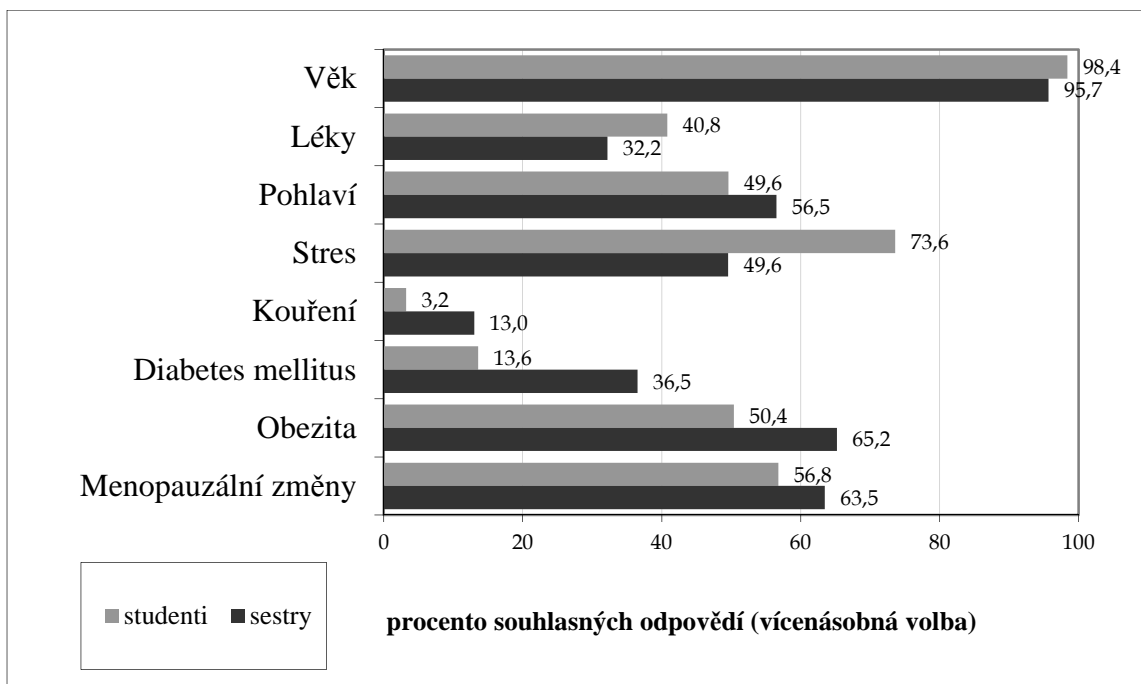


Graf 10 Krizová situace u stresové formy inkontinence

11 Mezi rizikové faktory ovlivňující výskyt inkontinence patří: (možné označit více odpovědí)

- 1) **Věk**
- 2) **Léky**
- 3) **Pohlaví**
- 4) **Stres**
- 5) **Kouření**
- 6) **Diabetes mellitus**
- 7) **Obezita**
- 8) **Menopauzální změny**

Analýzou bylo zjištěno, že studenti správně označili za faktor ovlivňující výskyt inkontinence věk 123 x (98,4%), léky označili 51 x (40,8%), pohlaví určili 62 x (49,6%), diabetes mellitus označili 17 x (13,6%), obezitu 63 x (50,4%) a menopauzální změny 71 x (56,8%). 92 x (73,6%) byl chybně označen jako rizikový faktor stres a kouření bylo uvedeno 4 x (3,2%). Sestry správně určily za rizikový faktor věk 110 x (95,7%), léky 37 x (7,8%), pohlaví 65 x (13,7%), diabetes mellitus 42 x (36,5%) a menopauzální změny 73 x (63,5%). Nesprávně sestry uvedly jako rizikový faktor stres 57 x (49,6%) a kouření 15 x (13%).

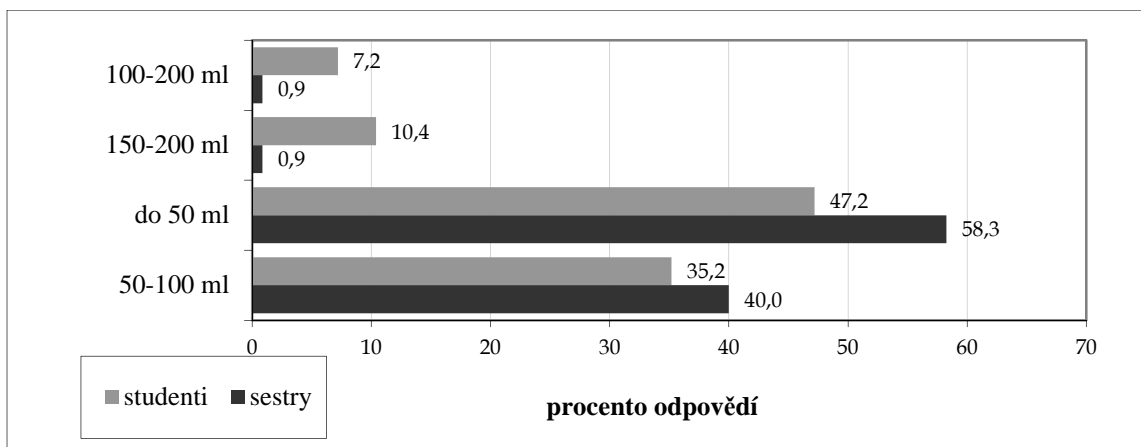


Graf 11 Rizikové faktory vzniku inkontinence

12 Při lehkém stupni inkontinence dojde během 4 hodin ke ztrátě moči:

- 1) 100-200 ml
- 2) 150-200 ml
- 3) do 50 ml
- 4) **50-100 ml**

Analýzou bylo zjištěno, že správnou odpověď zvolilo 44 (35,2%) studentů. 59 (47,2%) považuje za správnou odpověď ztrátu moči do 50 ml, 13 (10,4%) studentů odpovědělo, že při lehkém stupni inkontinence dochází ke ztrátě 150-200 ml moči a 9 (7,2%) studentů určilo jako správnou odpověď ztrátu 100-200 ml. Sestry určily správnou odpověď ve 46 (40%) případech. Nejvíce sester 67 (58,3%) považuje za správnou odpověď ztrátu moči do 50 ml, 1 (0,9%) sestra označila jako správnou odpověď ztrátu 100-200 ml a pro 1 (0,9%) sestru je správnou odpovědí ztráta moči 150-200 ml.

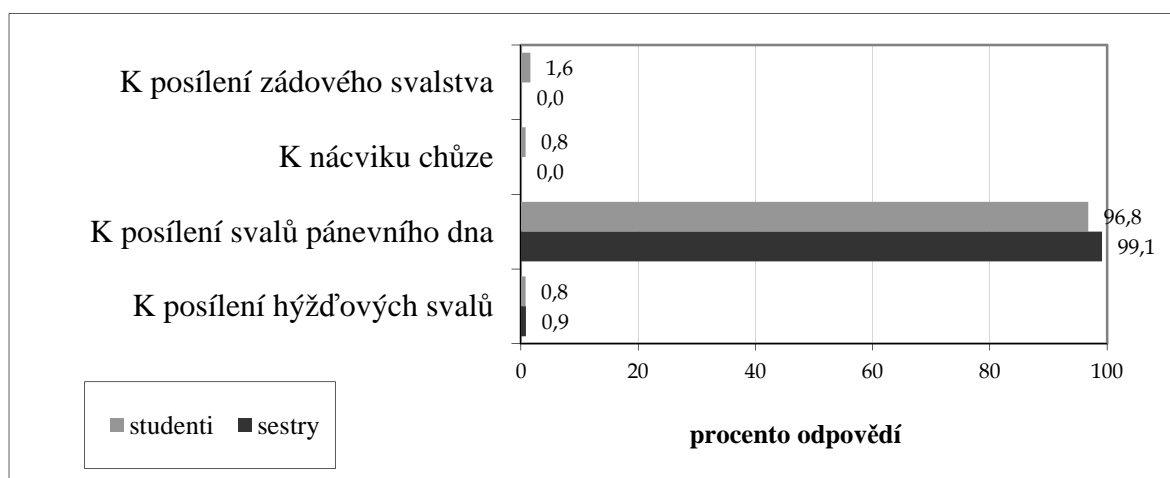


Graf 12 Ztráty moči při lehkém stupni inkontinence

13 Kegellovy cviky se používají:

- 1) K posílení zádového svalstva
- 2) K nácviku chůze
- 3) K posílení svalů pánevního dna**
- 4) K posílení hýždřových svalů

Analýzou bylo zjištěno, že správně odpovědělo 121 (96,8%) studentů, 2 (1,6%) studenti považují Kegellovy cviky na posílení zádového svalstva, 1 (0,8%) student označil jako správnou odpověď Kegellovy cviky k nácviku chůze a pouze 1 (0,8%) student vybral jako správnou odpověď použití Kegellových cviků k posílení hýždřového svalstva. Respondentky z řad sester odpověděly správně ve 114 (99,1%) případech, pouze 1 (0,9%) sestra určila jako správnou odpověď posílení hýždřových svalů. Žádná sestra nezvolila jako správnou odpověď, že Kegellovy cviky se používají k posílení zádového svalstva a nácviku chůze.

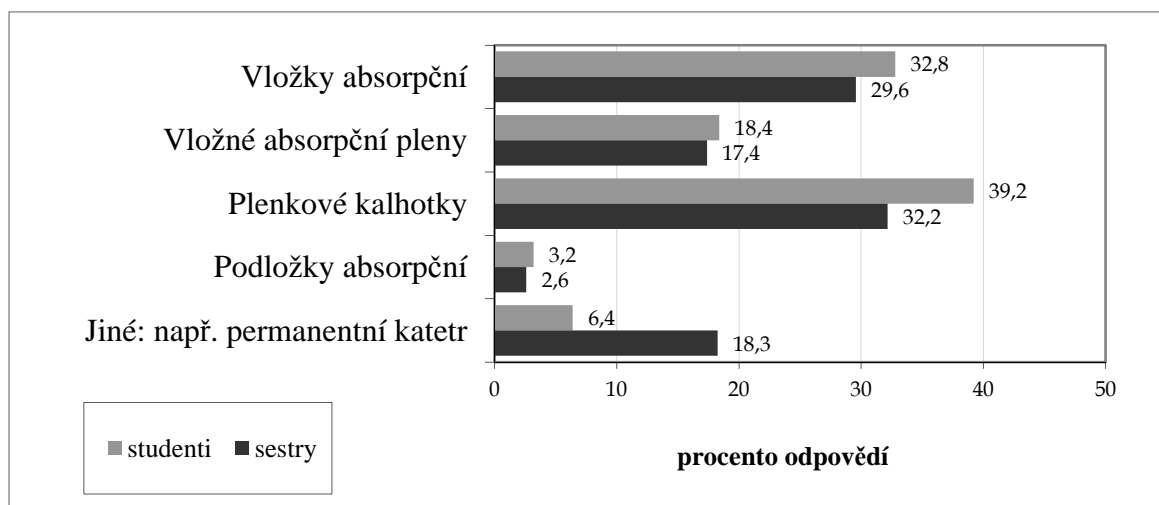


Graf 13 Kegellovy cviky

14 Jaké absorpční pomůcky pro inkontinentní pacienty nejčastěji u pacientů používáte?

- 1) Vložky absorpční
- 2) Vložné absorpční pleny
- 3) Plenkové kalhotky
- 4) Podložky absorpční
- 5) Jiné: např. permanentní katetr

Analýzou bylo zjištěno, že 49 (39,2%) studentů nejčastěji používá u pacientů z uvedených absorpčních pomůcek plenkové kalhotky, 23 (18,4%) studentů používá nejčastěji vložné pleny, 41 (32,8%) studentů řeší močovou inkontinenci pacientů absorpčními vložkami, 4 (3,2%) studentů tento problém řeší absorpčními podložkami a 8 (6,4%) studentů vybralo jako variantu jiné. Sestry nejčastěji řeší inkontinence moči plenkovými kalhotkami a to ve 37 (32,2%) případech, 34 (29,6%) sester označilo jako absorpční pomůcku nejčastěji používanou vložky absorpční, 20 (17,4%) vybralo odpověď vložné absorpční pleny, jen 3 (2,6%) sestry použily jako odpověď podložky absorpční a 21 (18,3%) sester zvolilo odpověď jiné.

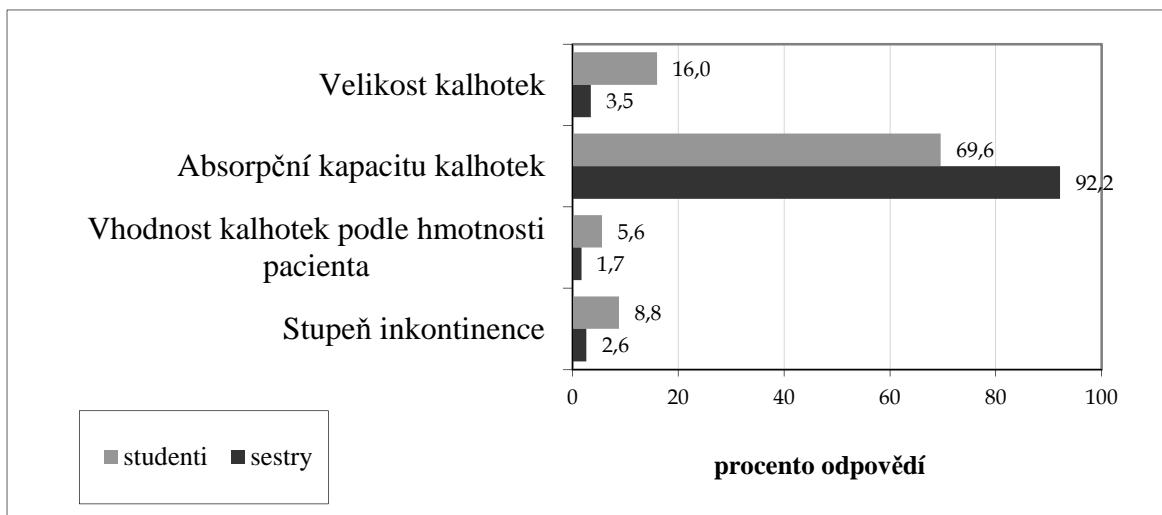


Graf 14 používání absorpčních pomůcek na pracovišti

15 Indikační proužek na plenkových kalhotkách označuje:

- 1) Velikost kalhotek
- 2) **Absorpční kapacitu kalhotek**
- 3) Vhodnost kalhotek podle hmotnosti pacienta
- 4) Stupeň inkontinence

Analýzou bylo zjištěno, že správnou odpověď zvolilo 87 (69,6%) studentů, 20 (16%) studentů považuje indikační proužek za velikost plenkových kalhotek, 11 (8,8%) studentů zvolilo jako odpověď stupeň inkontinence a pro 7 (5,6%) studentů znamená indikační proužek vhodnost kalhotek podle hmotnosti pacienta. V souboru sester odpovědělo správně 106 (92,2%) sester, 4 (3,5%) sestry označily za správnou odpověď velikost kalhotek, 3 (2,6%) sestry považují za správnou odpověď stupeň inkontinence a 2 (1,7%) sestry určily jako správnou odpověď vhodnost kalhotek podle hmotnosti pacienta.

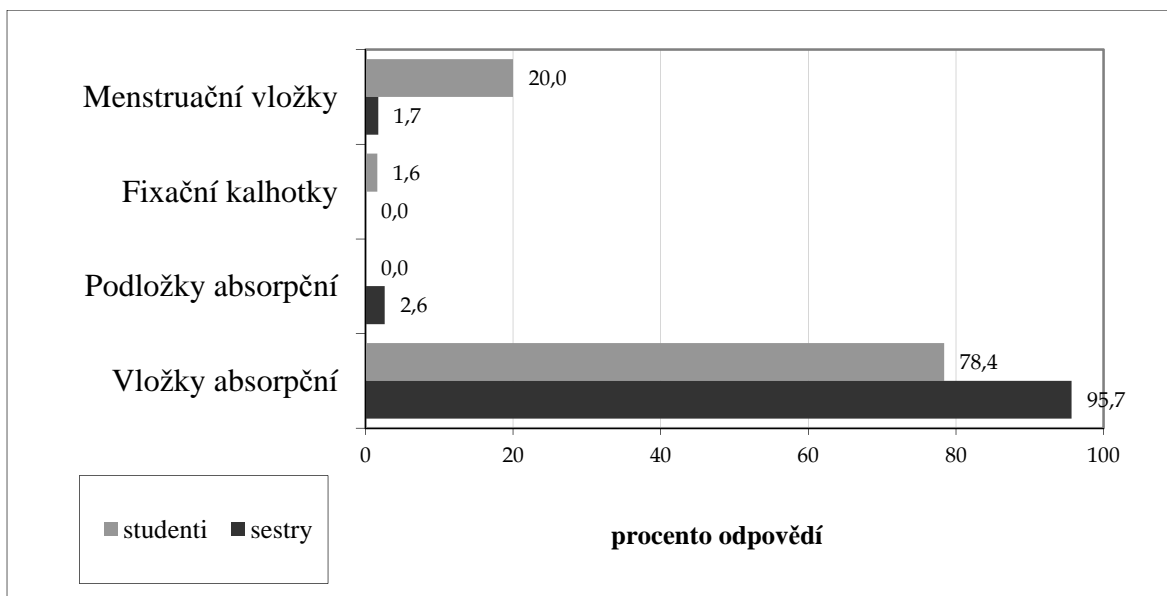


Graf 15 Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách

16 K řešení lehkého stupně inkontinence u žen byste použil/la?

- 1) Menstruační vložky
- 2) Fixační kalhotky
- 3) Podložky absorpční
- 4) **Vložky absorpční**

Analýzou bylo zjištěno, že 98 (78,4%) studentů odpovědělo správně, 25 (20%) by zvolilo k řešení lehkého stupně inkontinence menstruační vložky, 2 (1,6%) studentů vybralo odpověď fixační kalhotky a nikdo ze studentů neoznačil odpověď podložky absorpční. V souboru sester odpovědělo správně 110 (95,7%) sester. 3 (2,6%) sestry by zvolily k řešení lehkého stupně inkontinence podložky absorpční a 2 (1,7%) sestry menstruační vložky. Fixační kalhotky by k řešení lehké inkontinence nepoužila žádná sestra.

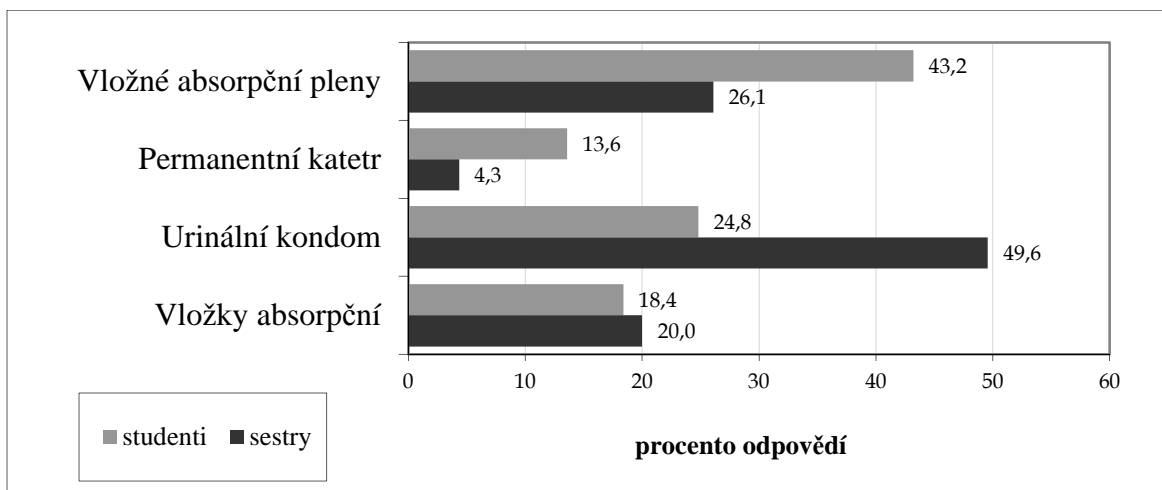


Graf 16 Možnosti řešení lehkého stupně inkontinence u žen

17 Jaké pomůcky byste použil/a k řešení močové inkontinence pouze u mužů?

- 1) Vložné absorpční pleny
- 2) Permanentní katetr
- 3) Urinální kondom**
- 4) Vložky absorpční

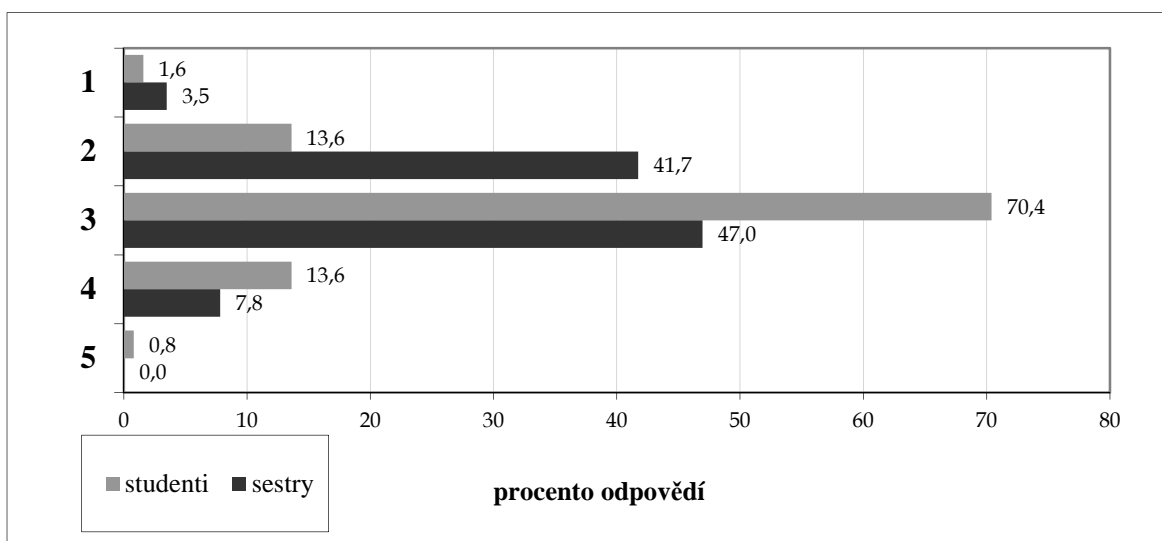
Analýzou bylo zjištěno, že 31 (24,8%) studentů odpovědělo správně, 54 (43,2%) zvolilo jako správnou odpověď vložné absorpční pleny, 23 (18,4%) označilo jako správnou odpověď vložky absorpční a 17 (13,6%) studentů by použilo k řešení močové inkontinence pouze u mužů permanentní katetr. Správně odpovědělo 57 (49,6%) sester, 30 (26,1%) sester považuje za možnost řešení pouze mužské inkontinence vložné absorpční pleny, 23 (20%) sester odpovědělo vložky absorpční a 5 (4,3%) sester by zvolilo permanentní katetr.



Graf 17 Možnosti řešení močové inkontinence pouze u mužů

18 Svoje znalosti o inkontinenci byste hodnotila známkou? (školní známkování 1-5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

Analýzou bylo zjištěno, že 88 (70,4%) studentů by se ohodnotilo známkou **3**, známku **2** by dostalo 17 (13,6%) studentů a stejný počet 17 (13,6%) studentů by se hodnotil známkou **4**. Pouze (0,8%) student by neuspěl a hodnotil se **5**. Nejlepší známkou **1**, by se hodnotily 4 (3,5%) sestry, 48 (41,7%) sester by získalo **2**, známkou dobře, tedy **3** by se hodnotilo 54 (47%) sester a **4** by získalo 9 (7,8%) sester. Známkou nedostatečnou, tedy **5** by se nehodnotila žádná sestra.

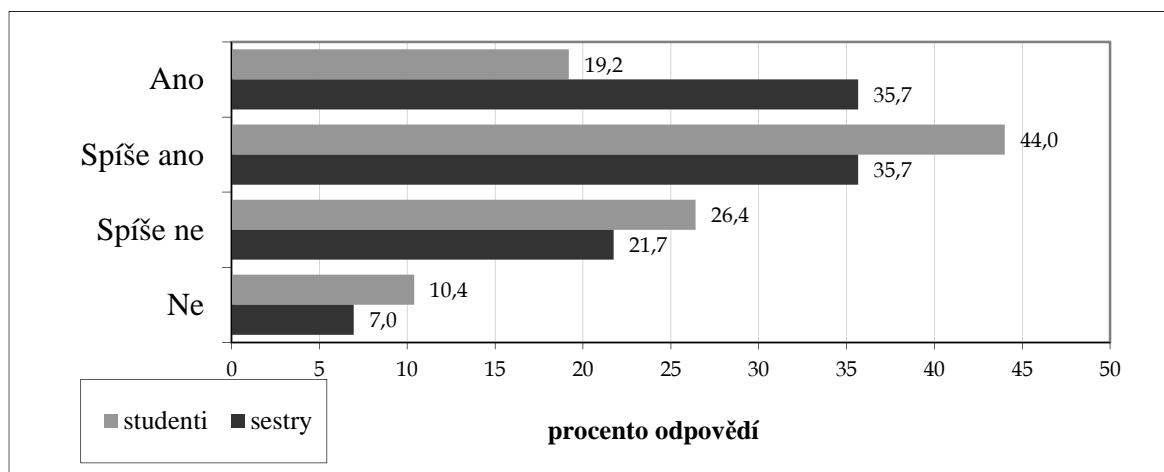


Graf 18 Subjektivní hodnocení svých znalostí

19 Měl/a byste zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence?

- 1) Ano
- 2) Spíše ano
- 3) Spíše ne
- 4) Ne

Analýzou bylo zjištěno, že 24 (19,2%) studentů projevilo zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence, 55 (44%) zvolilo odpověď spíše ano, 33 (26,4%) spíše ne a 13 (10,4%) studentů uvedlo, že nemá zájem se dále vzdělávat. Ve skupině sester má zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence 41 (35,7%) sester, stejný počet 41 (35,7%) sester uvedlo, že spíše ano, 25 (21,7%) sester spíše ne a 8 (7%) sester odpovědělo, že se nemá zájem vzdělávat.



Graf 19 Zájem o další vzdělávání v oblasti inkontinence

4.2 Analýza srovnávací

Pro analýzu zjištěných dat byla použita škála teoretických znalostí 0 – 8 a škála znalostí o praktickém používání pomůcek pro inkontinentní pacienty 0 - 4. Obě tyto škály pak spojují znalosti celkem, které zahrnují položky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 a tvoří škálu 0 – 12. Škála teoretických znalostí je tvořena položkami 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. Správná odpověď byla hodnocena 1 bodem, chybná odpověď byla bez bodu. U položky 11 měli respondenti možnost označit celkem 6 faktorů výskytu inkontinence. Správné určení všech šesti znamenalo 1 bod, pokud tomu tak nebylo, nezískal respondent žádný bod. Škála znalostí o praktickém používání absorpčních pomůcek pro inkontinentní pacienty byla sestavena z položek 13, 15, 16, 17. Respondenti mohli získat maximálně 12 bodů. Další součástí srovnávací analýzy bylo zjistit úroveň sebereflexe a dosažených výsledků v celkových znalostech, respondenti se hodnotili školní klasifikací 1 – 5. Celkové znalosti se hodnotily i ve vztahu zájmu o další vzdělávání v oblasti močové inkontinence. Pro lepší přehlednost interpretace získaných výsledků, byly k popisu dat použity pouze grafy, tabulky jsou umístěny v příloze (viz příloha 1). Pouze tabulka 20 a 21 jsou umístěny pro větší názornost spolu s grafy.

Tabulka 20 Procento správných odpovědí

	Procento správných odpovědí	%	%
položka		studenti	sestry
5	Jak byste definoval/a pojem inkontinence?	65,6	60,9
6	Inkontinence moči se rozděluje na:	39,2	65,2
7	Jak byste definoval/a pojem stresová inkontinence?	49,6	67,8
8	Jak byste definoval/a pojem urgentní inkontinence?	73,6	79,1
9	Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence je:	79,2	96,5
10	Za „krizovou situaci“ u stresové formy inkontinence považujeme:	85,6	91,3
11	Mezi rizikové faktory ovlivňující výskyt inkontinence patří:	0,0	7,0
12	Při lehkém stupni inkontinence dojde během 4hodin ke ztrátě moči:	35,2	40,0
13	Kegelovy cviky se používají:	96,8	99,1
15	Indikační proužek na plenkových kalhotkách označuje:	69,6	92,2
16	K řešení lehkého stupně močové inkontinence u žen byste použil/a:	78,4	95,7
17	Jaké pomůcky byste použil/a k řešení močové inkontinence pouze u mužů?	24,8	49,6

Analýzou bylo zjištěno, že 65,6% studentů a 60,9% sester odpovědělo správně na definici pojmu inkontinence. Rozdělení inkontinence správně určilo 39,2% studentů a 65,2% sester. Pojem stresová inkontinence správně definovalo 49,6% studentů a 68,7% sester. Na definici pojmu urgentní inkontinence správně odpovědělo 73,6% studentů a 79,1% sester. Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence správně stanovilo 79,2% studentů a 96,5% sester. 85,6% studentů a 91,3% sester správně pojmenovalo krizovou situaci u stresové formy inkontinence. Všechny rizikové faktory neurčil žádný student 0% a všechny rizikové faktory určilo 7% sester. Ztrátu moči při lehkém stupni inkontinence správně vyhodnotilo 35,2% studentů a 40% sester. Znalost pojmu Kegelovy cviky prokázalo 96,8% studentů a 99,1% sester. Funkci indikačního proužku na plenkových kalhotkách dokáže vysvětlit 69,6% studentů a 92,2% sester. Správnou absorpční pomůcku k řešení lehkého stupně inkontinence u žen vybralo 78,4% studentů a 95,7% sester. Pomůcku k řešení močové inkontinence u mužů správně určilo 24,8% studentů a 49,6% sester.

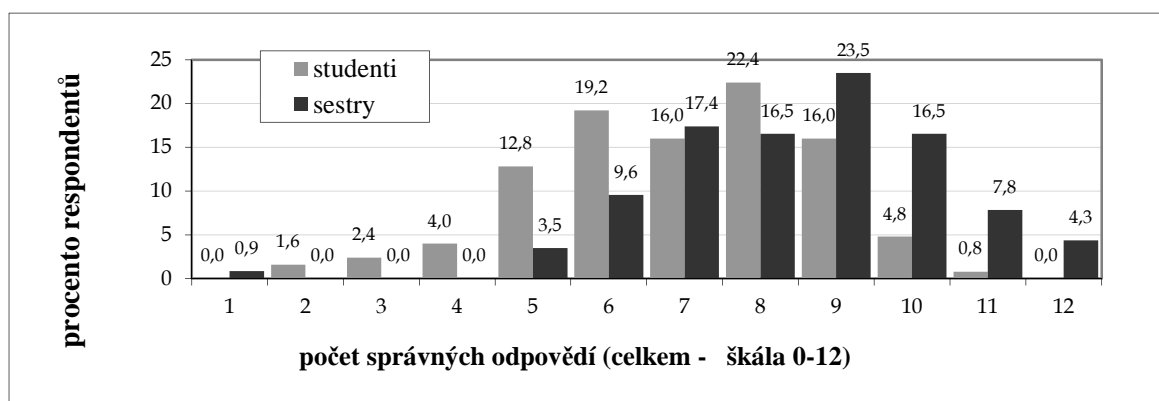


Graf 20 Procento správných odpovědí

Tabulka 21 Správné odpovědi celkem (škála 0-12)

Znalosti celkem (škála 0-12)	%	
	studenti	sestry
1	0,0	0,9
2	1,6	0,0
3	2,4	0,0
4	4,0	0,0
5	12,8	3,5
6	19,2	9,6
7	16,0	17,4
8	22,4	16,5
9	16,0	23,5
10	4,8	16,5
11	0,8	7,8
12	0,0	4,3
Celkem	100,0	100,0

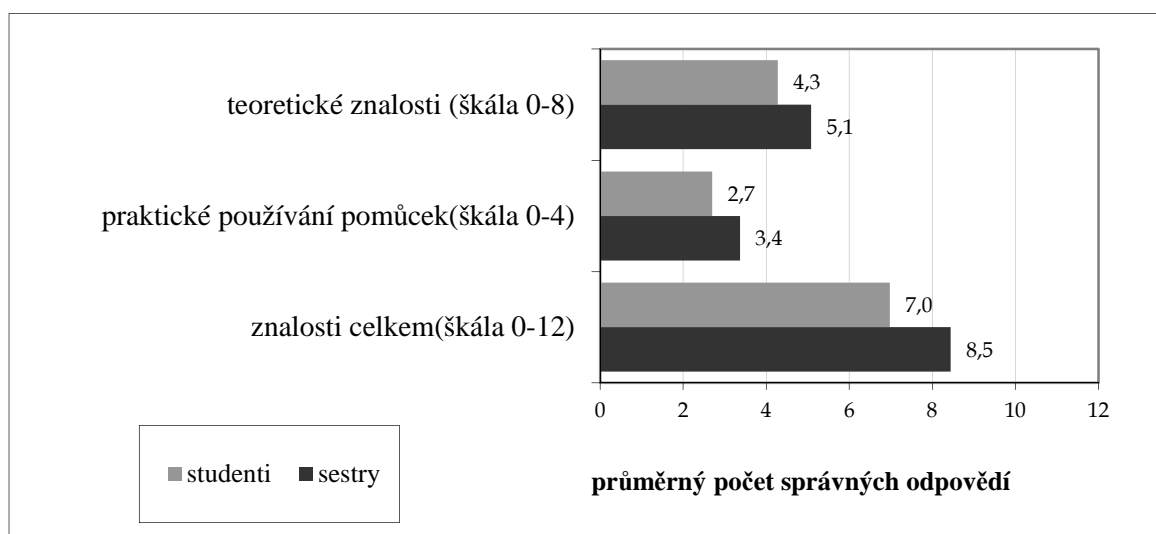
Analýzou bylo zjištěno že, při celkovém hodnocení znalostí (škála 0-12) žádný student 0%, z celkového počtu 125 studentů, nezískal jen 1 bod a pouze 0,9% sester z celkového počtu 115, získalo ve znalostní škále 1 bod. 1,6% studentů a žádná sestra 0% nezískala 2 body. 3 body získalo 2,4% studentů a 0% sester. 4 body ve vědomostní škále získali 4% studentů a 0% sester. Bodů 5 získalo 12,8% studentů a 3,5% sester. 6 bodů dosáhlo 19,2% studentů a 9,6% sester. 7 bodů získalo 16% studentů a 17,4% sester. Nejvyšší procento studentů 22,4% dosáhlo 8 bodů, u sester dosáhlo tohoto skóre 16,5% z nich. 9 bodů dosáhlo 16% studentů a nejvyšší procento sester 23,5%. Bodů 10 dosáhlo 4,8% studentů a 16,5% sester. 11 bodů získalo 0,8% studentů a 7,8% sester. Nejvyššího počtu ve znalostní škále nedosáhl žádný student 0% a pouze 4,3% sester.



Graf 21 Správné odpovědi celkem

Teoretické znalosti a praktické používání pomůcek

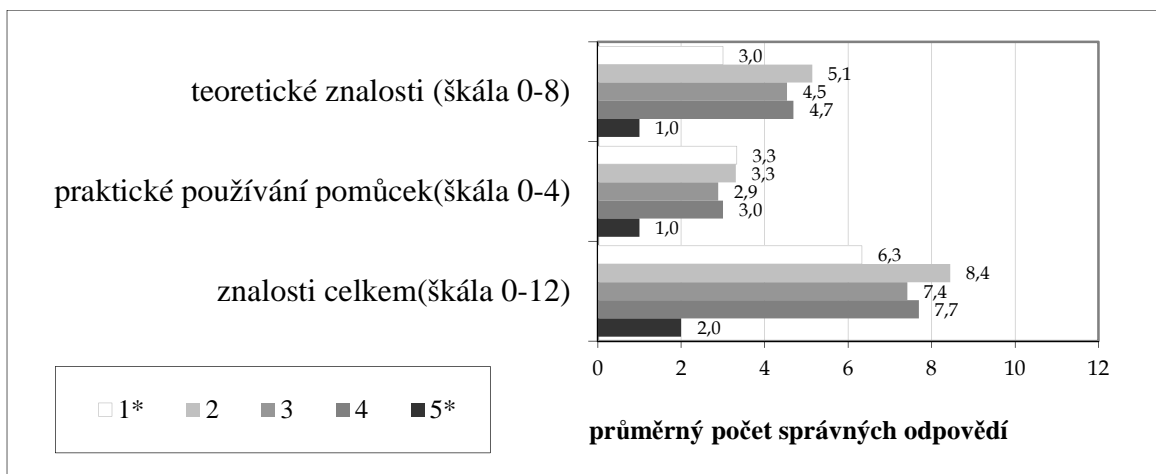
Analýzou bylo zjištěno, že studenti dosáhli v hodnocení teoretických znalostí 4,3 bodu (škála 0-8) a v hodnocení praktického používání pomůcek získali 2,7 bodů (škála 0-4), celkové znalosti studentů byly hodnoceny 7 body (škála 0-12). Vyhodnocením správných odpovědí v oblasti teoretických znalostí sester dosáhly 5,1 bodů (škála 0-8) a hodnocením praktického používání pomůcek dosáhly sestry 3,4 bodů (škála 0-4), celkovým hodnocením dosáhly sestry 8,5 bodů (škála 0-12).



Graf 22 Znalosti studentů a sester celkem (škála 0-12)

Sebereflexe respondentů

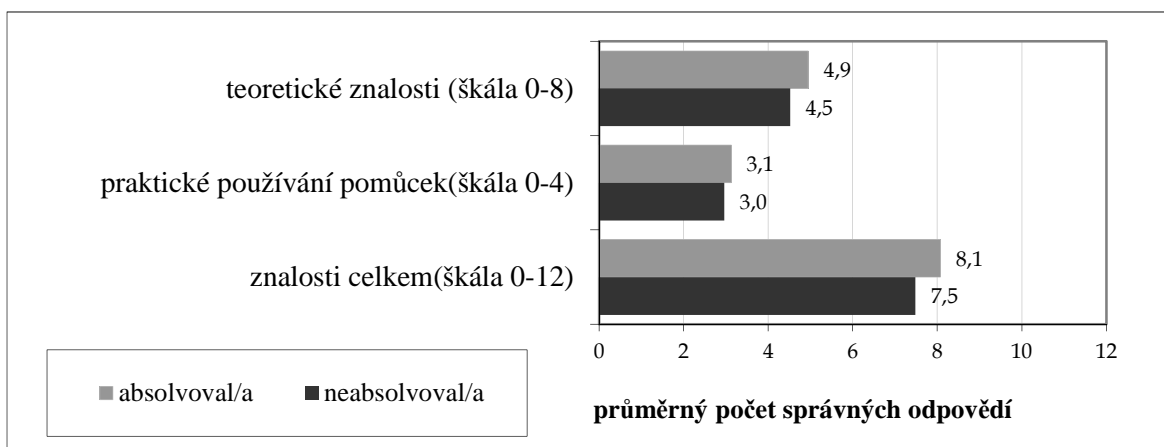
Analýzou bylo zjištěno, že z celkového počtu 240 respondentů je pouze 6 respondentů, kteří své znalosti v oblasti inkontinence moči ohodnotili známkou **1** - výbornou, získali celkem 6,3 bodu (škála 0-12) v celkovém hodnocení znalostí. 65 respondentů, kteří své znalosti vyhodnotili jako chvalitebné - **2**, dosáhli 8,4 bodu v celkovém hodnocení (škála 0-12). Nejvíce respondentů 142 své znalosti hodnotilo jako dobré - **3**, tyto respondenti získali v celkovém hodnocení 7,4 bodu (škála 0-12). Známkou dostatečnou - **4** se hodnotilo 26 respondentů, tyto dosáhli v celkovém hodnocení 7, 7 bodu (škála 0-12). Pouze jeden respondent označil své znalosti jako nedostatečné, tedy **5**, tento respondent dosáhl v celkovém hodnocení znalostí pouze 2 body (škála 0-12).



Graf 23 Sebereflexe respondentů

Souvislost mezi dosaženými výsledky a absolvováním vzdělávací akce

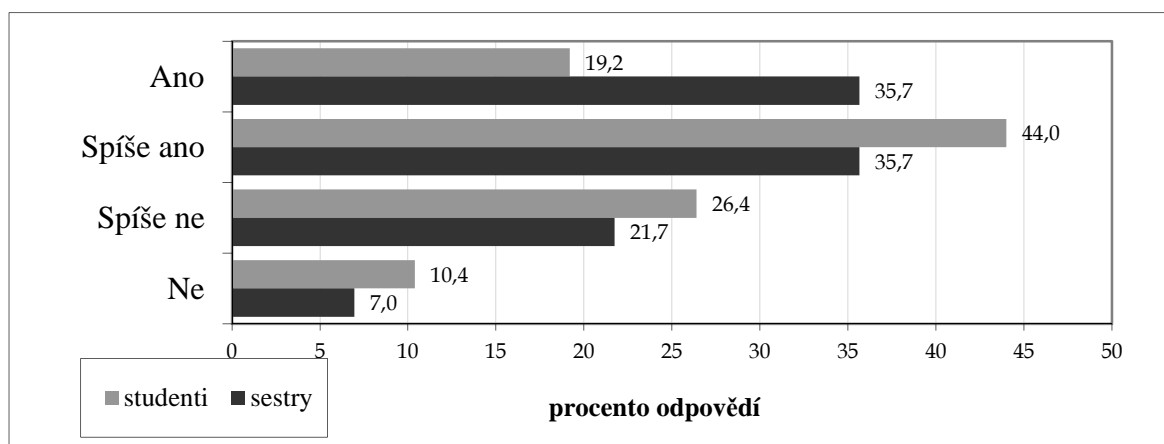
Analýzou bylo zjištěno, že z celkového počtu 240 respondentů, se 79 zúčastnilo vzdělávací akce na téma inkontinence moči, tyto respondenti dosáhli v celkovém hodnocení znalostí 8,1 bodu (škála 0-12). 161 respondentů, kteří neabsolvovali vzdělávací akci na téma inkontinence, získalo v celkovém hodnocení 7,7 bodu (škála 0-12).



Graf 24 Souvislost mezi dosaženými výsledky a absolvováním vzdělávací akce

Zájem o další vzdělávání

Analýzou bylo zjištěno, že na otázku dalšího vzdělávání v oblasti inkontinence odpovědělo z celkového počtu 240 respondentů, 65 (19,2% studentů a 35,7% sester) rozhodně ano, tyto respondenti dosáhli v celkovém hodnocení znalostí 7,8 bodu (škála 0-12). Na stejnou otázku odpovědělo spíše ano 96 (44% studentů a 35,7% sester) respondentů, kteří dosáhli v celkovém hodnocení 8,2 bodu (škála 0-12). 58 (26,4% studentů a 21,7% sester) respondentů by se spíše nezúčastnilo vzdělávací akce, tyto respondenti dosáhli 7,1 bodu (škála 0-12). Odpověď rozhodně ne zvolilo nejméně respondentů, pouze 21 (10,4% studentů a 7% sester), kteří dosáhli v celkovém hodnocení znalostí 6,5 bodu (škála 0-12).



Graf 25 Zájem o další vzdělávání na téma inkontinence

5 DISKUSE

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění a porovnání úrovně vědomostí všeobecných sester a žáků Střední zdravotnické školy a studentů Vyšší odborné školy zdravotnické o močové inkontinenci. Orientuje se především na zhodnocení teoretických znalostí, praktického používání pomůcek k řešení inkontinence a zjištění zájmu o další vzdělávání v oblasti močové inkontinence. Průzkumu se zúčastnilo 125 studentů a 115 sester, soubor tvořil celkem 240 respondentů. Všichni respondenti z řad žáků a studentů měli problematiku močové inkontinence probranou.

Pro zjišťování identifikačních údajů byly položky dotazníku zaměřeny na nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe a pracoviště. Tyto údaje byly doplněny položkou, zda byli respondenti v minulosti proškoleni na téma inkontinence. Šetření se zúčastnilo 125 (100%) studentů, kdy všichni (100%) z nich uvedli délku praxe pouze v rámci školy. V souboru, který tvořily sestry, nejvíce z nich 49 (42,6%) uvedlo vysokoškolské vzdělání a druhou nejpočetnější skupinu 44 (38,3%) tvořily sestry se středoškolským vzděláním. Vysoké zastoupení 40 (34,8%) měly sestry s praxí více než 20 let, pouze 2 (1,7%) sestry byly absolventky s praxí pouze v rámci školy. Pracovištěm s nejvyšším počtem respondentek 44 (38,3%) z řad sester bylo ARO, JIP. Další pracoviště tvořily obory interní, kde odpovídalo 41 (35,7%) sester a chirurgické obory, kde se zúčastnilo průzkumu 30 (26,1%) respondentek. Překvapením bylo zjištění, že 41 (32,8%) studentů bylo proškoleny v oblasti močové inkontinence. Z řad sester se vzdělávací akce na téma inkontinence zúčastnilo pouze 38 (33%) sester. Vinklerová B. ve své práci z roku 2013 zjišťovala, znalosti všeobecných sester o inkontinenci u seniorů. Z jejího šetření vyplývá, že z celkového počtu 175 respondentů se již vzdělávalo na toto téma 121 (69,1%) z nich (Vinklerová, 2011).

V první části průzkumu jsme zjišťovali, jak respondenti odpovídali na otázky definice a rozdělení močové inkontinence, znalostí rizikových faktorů a způsobů diagnostiky inkontinence moči. Horčíčka uvádí, že podle ICS je symptom inkontinence definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči (Horčíčka, 2012). Na otázku definice pojmu inkontinence studenti odpovídali v 82 (65,6%) případech správně a sestry v 70 (60,9%) případech. Studenti vykazují vysokou míru informovanosti v definici. Pouze 27 (21,6%) studentů a 20 (17,4%) sester použilo zjednodušenou definici a inkontinenci označili pouze jako únik moči. Zajímavé bylo zjištění týkající se definice stresové inkontinence, kdy 39 (31,2%) studentů, ale i 35 (30,4%) sester považuje stresovou

inkontinenci za inkontinenci z vyčerpání, ze stresu. Příčinou tohoto omylu může být zavádějící název tohoto typu inkontinence. K podobnému zjištění došla ve své práci i Holá v roce 2013, která se zabývala informovaností všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen. Holá uvádí, že v souboru 30 respondentek, který tvořily sestry pracující v zařízeních primární péče je 16 (53,3%) sester, které se domnívají, že příčina stresové inkontinence je spojena s vyčerpáním a se stresem (Holá, 2013). Minimální chybovost měla položka zaměřená na určení zásadního vyšetření pro stanovení typu inkontinence, kdy odpovědělo správně 99 (79,2%) studentů a 111 (96,5%) sester, kteří označili za zásadní pro určení typu inkontinence urodynamické vyšetření. V položce týkající se zjišťování rizikových faktorů výskytu inkontinence byly zjištěny nejvýraznější nedostatky. Všechny rizikové faktory, které ovlivňují vznik inkontinence, neurčil správně žádný student a pouze 7% sester, správně označilo všech šest faktorů. Tato výrazná chybovost může být způsobena hodnocením této položky dotazníku. V této položce měli respondenti možnost označit celkem 6 faktorů ovlivňujících výskyt inkontinence, správné určení všech šesti znamenalo 1 bod, pokud tomu tak nebylo, nezískal respondent žádný bod. Téměř polovina studentů 59 (47,2%) a více než polovina sester 67 (58,3%) zvolila chybnou odpověď v položce týkající se ztráty moči při lehkém stupni inkontinence. Matoušková uvádí, že při prvním lehkém stupni inkontinence dochází během 4 hodin ke ztrátě 50 -100 ml moči, u druhého stupně je to 100 -200ml a u třetího je ztráta nad 200 ml (Matoušková, 2013). Tato chybovost může být způsobena spojením lehkého, tedy prvního stupně inkontinence s nejnižší uvedenou hodnotou.

Další část průzkumu byla zaměřena na znalosti studentů a sester o praktickém používání absorpčních pomůcek pro inkontinentní pacienty, o možnostech a postupech řešení inkontinence, které mohou v rámci svých kompetencí uplatnit. K metodám fyzioterapie patří Kegelovy cviky. Toto cvičení je zaměřeno na zvýšení síly a odolnosti svalů pánevního dna. Nejlepšího výsledku dosáhli studenti v položce týkající se znalosti použití Kegelových cviků, kdy 121 (96,8%) z nich určilo správnou odpověď, že Kegelovy cviky se používají k posílení svalů pánevního dna. Vysoká úspěšnost v této položce byla zjištěna i u sester, kdy 114 (99,1%) z nich určilo správnou odpověď. Dajčarová ve své práci, která je zaměřena na problematiku inkontinence moče ve stáří uvádí, že z celkového počtu 100 respondentů, kteří únikem moči trpí, uvedlo 10,8 %, že k řešení svých problémů používají právě speciální cviky (Dajčarová, 2008). Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách dokázalo vysvětlit správně 87 (69,6%) studentů a 106 (99,1%)

sester. Bardová uvádí, že znalost indikátorů vlhkosti – indikačního proužku na plenkových kalhotkách je významná pro správné používání této absorpční pomůcky. Zabraňuje častému rozlepování pomůcky, narušování intimity pacienta a zbytečně časté výměně funkční pomůcky se všemi ekonomickými dopady (Bardová, 2005). V položce výběru vhodné pomůcky k řešení lehkého stupně inkontinence u žen zvolilo 98 (78,4%) studentů správně absorpční vložky, vysoké úspěšnosti dosáhly i sestry, kdy 110 (95,7%) z nich odpovědělo správně. Zarážející je zjištění, že 25 (20%) studentů by zvolilo k řešení tohoto stupně inkontinence menstruační vložky. Tato neznalost může být způsobena záměnou pojmu menstruační vložky a absorpční vložky nebo zkušenostmi, které studentům sdělí pacienti při zjišťování ošetrovatelské anamnézy. Dajčarová ve své práci zjistila, že 6,2 % seniorů používá nevhodně menstruační vložky k řešení samovolného úniku moči (Dajčarová, 2008). Vysoká chybovost zvláště u studentů, ale i sester se objevila v položce volby pomůcky k řešení lehkého stupně inkontinence pouze u mužů. Správnou pomůcku, tedy urinální kondom, by zvolilo pouze 31 (24,8%) studentů a 57 (49,6%) sester. Příčinou tohoto stavu může být neznalost této pomůcky, se kterou se studenti ve své praxi příliš často neseškávají. Téměř polovina studentů 54 (43,2%) by tento typ inkontinence řešila vložnou absorpční plenou.

Nejčastější absorpční pomůckou, používanou k řešení inkontinence moči, jsou plenkové kalhotky, uvedlo tak 49 (39,2%) studentů a 37 (32,2%) sester. Vinklerová ve své práci uvádí, že 170 sester (97,1 %) používá na svých pracovištích plenkové kalhotky pro inkontinentní klienty. (Vinklerová, 2011). Využívání absorpčních vložek na pracovištích je ovšem rovněž vysoké. Tuto možnost zvolilo 41(32,8%) studentů a 34 (29,6%) sester. Bohužel i použití permanentního močového katetru k řešení problému s inkontinencí bylo vysokým číslem zvláště u sester. Tuto možnost by zvolilo 21 (18,3%) sester. Tento výsledek může být ovlivněn poměrně vysokým zastoupením sester pracujících na ARO, JIP, kde zavedení permanentního močového katetru patří ke standardnímu zajištění pacienta, bez ohledu na jeho kontinenci. K vysokému číslu používání permanentního močového katetru k řešení močové inkontinence došla ve své práci i Vinklerová, která uvádí, že tuto možnost řešení inkontinence zvolilo 116 (66,3%) sester (Vinklerová, 2011).

V celkovém hodnocení teoretických znalostí i znalostí o praktickém používání absorpčních pomůcek pro inkontinentní pacienty, nedosáhl žádný student maximálního počtu bodů a pouze 4,3% sester dosáhlo maximálního počtu, tedy 12 bodů. Nejvíce studentů 22,4% dosáhlo 8 bodů a nejvíce sester 23,5% dosáhlo 9 bodů. V bodovém

hodnocení na znalostní škále 0-12 dosáhly sestry lepších výsledků než studenti. V průměrném hodnocení dosáhli studenti v oblasti teoretických poznatků 4,3 bodů (škála 0-8) a v hodnocení praktického používání pomůcek získali 2,7 bodů (škála 0-4), celkové znalosti byly hodnoceny 7 body (škála 0-12). Vyhodnocením správných odpovědí sester jsme zjistili, že v oblasti teoretických vědomostí získaly sestry 5,1 bodu (škála 0-8), v hodnocení praktického používání pomůcek dosáhly 3,4 bodu (škála 0-4), celkové znalosti byly hodnoceny 8,5 bodu (škála 0-12). I v hodnocení průměru v oblasti teoretických vědomostí i znalostí z praktického používání pomůcek dosáhly sestry lepších výsledků než studenti. Sestry pracující na lůžkových odděleních přicházejí denně do styku s pacienty trpícími inkontinencí, proto jsou jim bližší pomůcky k řešení inkontinence a dokážou je správně používat. V rámci studia jsou studentům předávány informace o inkontinenci, o možnostech použití různých druhů absorpčních pomůcek. Přesto se studenti nejvíce setkávají při své praxi s plenkovými kalhotkami jako řešením inkontinence moči.

Zajímavé byly výsledky sebereflexe respondentů. Pouze 6 respondentů své celkové vědomosti hodnotilo známkou **1**, tito pak dosáhli v celkových znalostech 6,3 bodů (škála 0-12). Jen 1 respondent, který své znalosti vyhodnotil jako nedostatečné – **5** získal pouze 2 body. Své znalosti tedy vyhodnotil naprosto správně. Nejvyšší zastoupení mezi respondenty mělo hodnocení známkou **3**, těchto respondentů bylo 142 a získali v bodovém hodnocení 7,4 bodů. Naopak nejlepšího výsledku 8,4 bodů získali respondenti, kteří se hodnotili **2**, k této skupině patřilo 65 respondentů. Většina respondentů měla tendenci zařadit se do průměru, tomu svědčí i celkové bodové hodnocení, kterého dosáhli, a které se také nachází v pásmu průměru.

Významná byla závislost mezi získaným celkovým bodovým hodnocením znalostí a absolvováním vzdělávací akce. Respondenti, kteří již vzdělávací akci na téma inkontinence moči absolvovali, získali 8,1 bodů (škála 0-12) a ti, kteří se vzdělávací akce na toto téma nezúčastnili, dosáhli 7,7 bodu. Další vzdělávání v této oblasti je určitě přínosné, umožňuje sestrám i studentům získávat nové poznatky o dané problematice a hlavně je správně používat v praxi.

Za pozitivní výsledek našeho průzkumu považujeme, že většina respondentů tj. 79 (63,2%) studentů a 82 (71,4%) sester vyjádřila zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence moči. Zajímavé je zjištění, že tato skupina respondentů, která má zájem se

dále vzdělávat v oboru dosáhla v celkovém hodnocení lepších výsledků než skupina, která se vzdělávat nechce, kterou tvořilo 46 (36,8%) studentů a 33 (28,7%) sester.

6 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Se stárnutím populace a také se stoupajícími nároky na kvalitu života roste význam močové inkontinence jako problému nejen medicínského, ale zároveň i ekonomického. Inkontinencí trpí poměrně vysoké procento osob. Inkontinence moči je symptom, který bývá spojen především s vyšším věkem pacienta. Inkontinence postihuje ženy, muže a negativně ovlivňuje kvalitu jejich života. Informovanost zdravotnické veřejnosti je v tomto ohledu velice významná, neboť poskytovat informace postiženým pacientům může jen osoba erudovaná, znalá dané problematiky. Je třeba vzdělávat v této oblasti nejen zdravotníky pohybující se v praxi, ale i studenty, kteří se připravují na své budoucí povolání. Pokud dojde ke zlepšení informovanosti o problému močové inkontinence, dojde i ke zlepšení vzájemné interakce mezi studenty, zdravotníky a pacienty trpícími inkontinencí. Zlepší se kvalita a efektivita poskytované péče, empatie ze strany studentů a zdravotníků, neboť budou lépe rozumět lidem s tímto symptomem a adekvátně reagovat na jejich potřeby.

Diplomová práce je koncipovaná jako teoreticko-praktická, dokládá výsledky průzkumu informovanosti zdravotnické veřejnosti, tedy studentů SZŠ a VOŠz a všeobecných sester.

Teoretická část se zabývá definicí, klasifikací, etiologií, diagnostikou a způsoby léčby močové inkontinence a vzděláváním všeobecných sester. Empirická část navazuje na poznatky z teoretické části, kde se pomocí dotazníkového šetření podařilo zjistit, zda jsou studenti dostatečně vybaveni vědomostmi týkajícími se znalosti pojmů inkontinence, jejího rozdělení, rizikových faktorů a způsobů diagnostiky močové inkontinence. Poukazuje na možnosti a postupy, které mohou studenti a sestry v rámci svých kompetencí uplatnit, na zájem o další vzdělávání v této oblasti.

Byl stanoven hlavní cíl: **Zhodnotit a porovnat úroveň znalostí všeobecných sester pracujících ve Vojenské nemocnici Olomouc a studentů Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Olomouci o močové inkontinenci.**

Odpověď: Mezi bodovým ohodnocením znalostí studentů a sester jsou rozdíly.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti umí vysvětlit pojem inkontinence moči a zda znají rozdělení močové inkontinence.

K porovnání vědomostí byly použity položky 5,6,7,8.

Znalost pojmu inkontinence uvedlo 65,6% studentů a 60,9% sester. Rozdělení inkontinence zná 39,2% studentů a 65,2% sester. Stresovou inkontinenci správně definuje 49,6% studentů a 67,8% sester. Inkontinenci urgentní dokáže správně pojmenovat 73,6% studentů a 79,1% sester. Studentky umí definovat pojem inkontinence lépe než sestry, ale v oblasti rozdělení a definice UI a SI dosáhly lepších výsledků sestry. **Dílčí cíl č. 1 byl splněn.**

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti znají rizikové faktory a způsoby diagnostiky močové inkontinence.

K porovnání znalostí byly použity položky č. 9,10,11,12.

Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence správně určilo 79,2% studentů a 96,5% sester. Krizovou situaci u SI správně odhadlo 85,6% studentů a 91,3% sester. Znalost všech rizikových faktorů neprokázal žádný student 0% a pouze 7% sester správně určilo všech šest rizikových faktorů. Ztrátu moči u lehkého stupně inkontinence správně zvolilo 35,2% studentů a 40% sester. Sestry lépe znají rizikové faktory a způsoby diagnostiky inkontinence. **Dílčí cíl č. 2 byl splněn.**

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda všeobecné sestry a studenti znají možnosti a postupy řešení močové inkontinence, které mohou v rámci svých kompetencí uplatnit.

K porovnání vědomostí byly použity položky č. 13,14,15,16,17.

Znalost používání Kegelových cviků určilo správně 96,8% studentů a 99,1% sester. Nejčastěji absorpční používanou pomůckou u 39,2% studentů a u 32,2% sester jsou plenkové kalhotky. Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách správně vyhodnotilo 69,6% studentů a 92,2% sester. 78,4% studentů a 95,7% sester by správně vybralo správnou absorpční pomůcku k řešení lehkého stupně inkontinence u žen. Pro řešení inkontinence u mužů by 24,8% studentů a 49,6% sester by zvolilo správnou pomůcku. Ve znalosti používání Kegelových cviků měli studenti téměř totožné výsledky jako sestry. Lepších výsledků ovšem dosáhly sestry v možnostech a postupech řešení močové inkontinence, které mohou v rámci svých kompetencí uplatnit. **Dílčí cíl č. 3 byl splněn.**

Dílčí cíl č. 4: Vysledovat zájem všeobecných sester a studentů o seminář věnovaný močové inkontinenci.

Ke zjištění zájmu byla použita položka 19.

Kladně odpovědělo 63,2% studentů a 71,4% sester. Většina studentů i sester má zájem se dále vzdělávat v oblasti močové inkontinence. **Dílčí cíl č. 4 byl splněn.**

Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že cíle průzkumu byly splněny.

Zjištěné a doložené výsledky poukazují na nedostatečnou informovanost v řadách studentů Střední zdravotnické školy i Vyšší odborné školy zdravotnické. Nedostatky se projeví hlavně ve znalosti rizikových faktorů, rozdělení a stupňů inkontinence. Také určení inkontinenčních pomůcek pouze pro muže činilo studentům potíže. Proto vyvstává nutnost studenty dále vzdělávat. Široké pole působnosti mají v tomto případě učitelé, kteří vyučují na SZŠ a VOŠz a to nejen v rámci výuky, ale hlavně při odborné praxi. Přínosné pro zvýšení informovanosti studentů o močové inkontinenci jsou i jejich samostatné práce. Jejich úkolem může být zpracování projektu na toto téma a jeho prezentace ostatním. Informace, které takto o problému inkontinence moči studenti získají, budou trvalejší, protože se na jejich získávání aktivně podílejí. Významná je i účast studentů na seminářích. Zde se prezentují nejen nejnovější poznatky o problematice inkontinence moči, ale často jsou spojeny i s ukázkami různých typů absorpčních pomůcek pro inkontinentní pacienty. Zcela na místě je exkurze na odborných pracovištích, zejména urologické a urogynekologické ambulanci, kde se nejvíce můžeme setkat s pacienty, kteří mají problémy s kontinencí moče. Na některých specializovaných pracovištích pracují sestry edukátorky v oblasti inkontinence moči, které mohou studentům předávat cenné zkušenosti ze své praxe. Zlepšit informovanost studentů mohou samozřejmě i sestry na odděleních, kde studenti vykonávají praxi. Praktický nácvik používání pomůcek pro inkontinentní pacienty a jejich správný výběr je samozřejmě nedílnou součástí teoretické i praktické výuky. Využít lze i zkušenosti sester mentorek, které jsou školeny hlavně pro vedení studentů bakalářských oborů. Jejich kvalitní přístup, pedagogické znalosti a vedení lze využít hlavně v rámci odborné praxe, kterou studenti vykonávají samostatně bez přítomnosti učitele, pouze pod vedením zkušené sestry. Šíření kvalitních informací je nutné směřovat i k laické veřejnosti. Existuje řada kvalitního edukačního materiálu pro pacienty trpící inkontinencí, který může k tomuto účelu sloužit. Specializovaní lékaři, ale i sestry edukátorky disponují vzorky absorpčních pomůcek, které mohou pacientům poskytnout na vyzkoušení. Nejdůležitější je odstranění komunikačních bariér, o problému inkontinence moči mluvit a nebát se svěřit se svým problémem lékaři, sestře nebo i studentům.

7 SOUHRN

Diplomová práce je koncipována jako teoreticko-praktická a věnuje se problematice informovanosti zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci. Zdravotnickou veřejnost v diplomové práci reprezentují studenti SZŠ, VOŠz a všeobecné sestry. Teoretická část práce rozebírá definici, epidemiologii, klasifikaci, etiologii, diagnostiku a způsoby léčby močové inkontinence. Zabývá se rizikovými faktory vzniku inkontinence, jejími následky a prevencí. Poskytuje informace o absorpčních pomůckách, jejich výběru a možnostech použití k řešení močové inkontinence. Také je věnována pozornost péči o inkontinentní pacienty a vzdělávání sester v ČR.

Praktická část navazuje na poznatky z teoretické části. Pomocí dotazníkového šetření se podařilo zjistit, zda jsou studenti a sestry vybaveni vědomostmi týkajícími se znalosti pojmu inkontinence a jejího rozdělení, rizikových faktorů, způsobů diagnostiky a možností řešení močové inkontinence v rámci kompetencí sester. Průzkum zjistil i zájem studentů a sester o další vzdělávání v této oblasti. Dosažené výsledky poukazují na nedostatečnou informovanost studentů v teoretických znalostech (mimo definici) i v oblasti praktického používání pomůcek pro inkontinentní pacienty. Sestry měly naopak lepší výsledky v teoretických znalostech (mimo definici) i v praktickém používání pomůcek. Dotazníkové šetření bylo provedeno u studentů SZŠ a VOŠz v Olomouci a u sester pracujících ve Vojenské nemocnici Olomouc.

8 SUMMARY

The thesis is conceived as a theoretical-practical and deals with issues of healthcare professionals' awareness of urinary incontinence. Healthcare professionals are represented by students of SZŠ, VOŠz and nurses. The theoretical part discusses the definition, epidemiology, classification, etiology, diagnosis and treatments for urinary incontinence. It deals with risk factors for incontinence, its consequences and prevention. It provides information on absorption aids, the choice and usage possibilities to solve urinary incontinence. Also, attention is paid to taking care of incontinent patients and to nursing education in the Czech Republic.

The practical part follows and uses the findings of the theoretical part. With the help of the survey it was able to determine whether students and nurses are familiar with the knowledge of incontinence and its groupings, risk factors, methods of diagnosis and solution of urinary incontinence within the competence of nurses. The survey found students and nurses' interest in further education in this field. The achieved results point to the lack of awareness of students in theoretical knowledge (except the definition) as well as in the part of practical use of aids for incontinent patients. Nurses on the contrary had better results in theoretical knowledge (except the definition) and in the practical use of aids. The questionnaire survey was conducted among students of SZŠ and VOŠz in Olomouc and nurses working in the Military Hospital in Olomouc.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BARDOVÁ, M. 2005. Co přináší management inkontinence? *Sestra*. roč. IV, č. 7-8, s 15. ISSN 1210-0404.
2. BOJAR, M., KUČERA, Z. A SVĚŘÁKOVÁ, M. Inkontinence moči – psychosociální a ekonomické souvislosti. *Urologické listy* [online]. 2004, č. 1 [cit. 2014-10-04]. ISSN 1214-2085. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_04_01_07.pdf
3. ČERMÁK, A. a PACÍK, D. 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
4. *Co je Incoforum?* [online]. 2013 [cit. 2014-09-10]. Dostupné z: <http://www.incoforum.cz/uvod/co-je-incoforum/>
5. DAJČAROVÁ, V. 2008. *Inkontinence ve stáří: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 99 s., 10 l. příl. Vedoucí diplomové práce Marie Malínková.
6. DVOŘÁČEK, J. 1999. *Urologie, obecná a speciální urologie*. Praha: Karolinum. 235 s. ISBN 80-7184-754-3.
7. FEYREISL, J., KROFTA, L. 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Nakladatelství MF Dnes. 40 s. ISBN 978-80-204-2280-4.
8. FONDA, D et al. 1999. Management of inkontinence in older people. *Inkontinence. Pp 731-773*
9. GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. Praha: Grada publishing. 98 s. ISBN 80-7169-950-0.
10. GENADRY, R. et MOSTWIN, J. 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
11. HALAŠKA, M. a kol. 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
12. HALAŠKA, M. OAB – choroba (téměř) pětiny populace. *Sestra* [online]. 2006, č. 9 [cit. 2014-09-22]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/oab-choroba-temer-petiny-populace-273385>
13. HANUŠ, T. Epidemiologie inkontinence moči. *Urologické listy* [online]. 2004, č. 1 [cit. 2014-09-11]. ISSN 1214-2085. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_04_01_03.pdf

14. HANUŠ, T. 2011. *Urologie*. Praha: Triton. 207 s. ISBN978-80-7387-387-5.
15. HEJZLAROVÁ, L. 2009. *Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči*. Praha: Ambit Media. 16 s. ISBN 978-80-254-7727-4
16. HOLÁ, V. 2013. *Informovanost všeobecných sester o problematice močové inkontinence u žen: bakalářská práce*. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 64 s., 12 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Lucie Kašová
17. HOLAŇOVÁ, R. 2005. Fyzioterapie inkontinence. *Sestra*. roč. IV, č. 7-8, s. 13 - 14. ISSN 1210-0404.
18. HOLOUŠOVÁ, D. a KROBOTOVÁ, M. 2002. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. 117 s. ISBN 80-244-0458-3.
19. HORČIČKA, L. Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci. *Urologie pro praxi* [online]. 2010, č. 2 [cit. 2014-11-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/02/05.pdf>
20. HORČIČKA, L. 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP. 12 s. ISBN 978-80-86998-58-9.
21. HRUŠKA, F. Inkontinenční pomůcky. *Urologie pro praxi* [online]. 2013, č. 3 [cit. 2014-10-10]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/03/07.pdf>
22. CHMEL, R. 2010. *Ženská močová inkontinence*. Praha: Karlova univerzita, 2. LF. 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.
23. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada publishing. 265 s. ISBN 80-247-1369-4.
24. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada publishing. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-6.
25. KLEČKA, J., BĚHOUNEK, P., HORA, M., ERET, V. Stresová inkontinence. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2010. č. 18 [cit. 2014-08-19]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/stresova-inkontinence-455253>
26. KRHUT, J. Současný pohled na diagnostiku inkontinence moči a léčbu. *Postgraduální medicína* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2014-08-10]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/soucasny-pohled-na-diagnostiku-inkontinence-moci-a-lecbu-405988>
27. KRHUT, J. Farmakologická léčba stresové inkontinence. *Urologie pro praxi*. [online]. 2006, č. 4 [cit. 2014-08-30]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/08.pdf>

28. KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
29. MATOUŠKOVÁ, M. a kol. 2013. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Axonite cz. 232 s. ISBN 978-80-904899-4-3.
30. MARTAN, A. 2011. *Nové operační postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.
31. MARTAN, A. a kol. 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. Praha: Maxdorf. 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0
32. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada publishing. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
33. MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelství I. díl – učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1
34. PETRÁŠOVÁ, R. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra* [online]. 2012. č. 5 [cit. 2014-12-01]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-zachytu-inkontinence-464799>
35. PEVNÁ, Z. Informovanost laické a zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci – II díl. *Urologie pro praxi* [online]. 2002. č. 1 [cit. 2015-02-27]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2002/01/10.pdf>
36. PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
37. PUNCH, K., F. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-9.
38. ROMŽOVÁ, M., HURTOVÁ, M., HOLUB, L., PACOVSKÝ, J. Inkontinence moči z pohledu urologa. *Medicína pro praxi* [online]. 2011. č. 5 [cit. 2014-08-27]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/05/05.pdf>
39. SKALKA, P. Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi* [online]. 2002, č. 3 [cit. 2014-08-30]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2002/03/02.pdf>

40. SOCHOROVÁ, N. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, č. 2 [cit. 2014-08-30]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf>
41. SOCHOROVÁ, N. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, č. 11 [cit. 2014-09-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/12.pdf>
42. Školní vzdělávací program: Zdravotnický asistent – denní forma vzdělávání [online]. 2011 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://www.szskm.cz/sites/default/files/prilohy/skolni-vzdelavaci-programy/SVP-ZA-DFV.pdf>
43. SVĚŘÁKOVÁ, M. 2004. Inco Forum. *Diagnóza v ošetřovatelství*. roč. III, č. 4, s. 140 - 141. ISSN 1801-1349.
44. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatry pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
45. TOPINKOVÁ, E. Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence. *Zdravotnické noviny* [online]. 2002, č. 11 [cit 2014-10-20]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/socialni-a-ekonomicke-dopady-mocove-inkontinence-143923>
46. VINKLEROVÁ, B. 2011. *Znalosti všeobecných sester o inkontinenci u seniorů: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta lékařská. 130 s. 12 l. příl. Vedoucí diplomové práce Petra Juřeníková
47. VYBÍHALOVÁ, L. Nemocný s močovou inkontinencí. *Sestra* [online]. 2011, č. 12 [cit. 2014-11-20]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nemocny-s-mocovou-inkontinenci-462709>
48. ZACHOVAL, M., BOROVIČKA, V., ZÁLESKÝ, M., VLK, V. Diagnostika a léčba inkontinence moči. *Medicína po promoci* [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-08-20]. ISSN 12-9445. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/11414-diagnostika-a-lecba-inkontinence-moci>.
49. ZACHOVAL, R. Inkontinence moči. *Urologie pro praxi* [online]. 2003, č. 1 [cit. 2014-10-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2003/01/08.pdf>
50. ZÁMEČNÍK, L. Inkontinence moči. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2014-09-20] ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/05/12.pdf>

51. ZIKMUND, J. 2001. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Dosažené vzdělání	79
Tabulka 2	Délka praxe ve zdravotnictví	79
Tabulka 3	Pracoviště (rozčlenění studenti – sestry)	79
Tabulka 4	Absolvování vzdělávací akce na téma inkontinence	79
Tabulka 5	Definice inkontinence	80
Tabulka 6	Dělení inkontinence	80
Tabulka 7	Definice stresové inkontinence	80
Tabulka 8	Definice urgentní inkontinence.....	81
Tabulka 9	Stanovení typu inkontinence.....	81
Tabulka 10	Krizová situace u stresové formy inkontinence	81
Tabulka 11	Rizikové faktory vzniku inkontinence	82
Tabulka 12	Ztráty moči při lehkém stupni inkontinence	82
Tabulka 13	Kegelovy cviky	82
Tabulka 14	Používání absorpčních pomůcek na pracovišti.....	83
Tabulka 15	Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách.....	83
Tabulka 16	Možnosti řešení lehkého stupně inkontinence u žen	83
Tabulka 17	Možnosti řešení močové inkontinence pouze u mužů	84
Tabulka 18	Subjektivní hodnocení svých znalostí.....	84
Tabulka 19	Zájem o další vzdělávání v oblasti inkontinence	84
Tabulka 20	Procento správných odpovědí.....	85
Tabulka 21	Znalosti studentů a sester celkem (škála 0-12)	85
Tabulka 22	Znalosti studentů a sester (škála 0-12).....	86
Tabulka 23	Sebereflexe respondentů	87
Tabulka 24	Souvislost mezi dosaženými výsledky a absolvováním vzdělávací akce....	88
Tabulka 25	Zájem o další vzdělávání na téma inkontinence	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Dosažené vzdělání	37
Graf 2	Délka praxe ve zdravotnictví	37
Graf 3	Pracoviště	38
Graf 4	Absolvování vzdělávací akce na téma inkontinence	39
Graf 5	Definice inkontinence	40
Graf 6	Dělení inkontinence	41
Graf 7	Definice stresové inkontinence	42
Graf 8	Definice urgentní inkontinence	43
Graf 9	Stanovení typu inkontinence	44
Graf 10	Krizová situace u stresové formy inkontinence	45
Graf 11	Rizikové faktory vzniku inkontinence	46
Graf 12	Ztráty moči při lehkém stupni inkontinence	47
Graf 13	Kegelovy cviky	47
Graf 14	používání absorpčních pomůcek na pracovišti	48
Graf 15	Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách	49
Graf 16	Možnosti řešení lehkého stupně inkontinence u žen	50
Graf 17	Možnosti řešení močové inkontinence pouze u mužů	51
Graf 18	Subjektivní hodnocení svých znalostí	51
Graf 19	Zájem o další vzdělávání v oblasti inkontinence	52
Graf 20	Procento správných odpovědí	55
Graf 21	Správné odpovědi celkem	56
Graf 22	Znalosti studentů a sester celkem (škála 0-12)	57
Graf 23	Sebereflexe respondentů	58
Graf 24	Souvislost mezi dosaženými výsledky a absolvováním vzdělávací akce	58
Graf 25	Zájem o další vzdělávání na téma inkontinence	59

SEZNAM ZKRATEK

BHP benigní hyperplazie prostaty

CMP centrální mozková příhoda

CNS centrální nervová soustava

DM diabetes mellitus

ICN International Continence Society

IUGA International Urogynecological Association

Charr Charrier

IVU intravenozní vylučovací urografie

MR magnetická rezonance

MŠMT ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OAB overactive bladder

PMK permanentní močový katetr

PWT pad weight test

RS roztroušená skleróza

SI stresová inkontinence

ŠVP školní vzdělávací program

SZŠ Střední zdravotnická škola

TVT tension free vaginal tape

UZ ultrazvuk

VN Vojenská nemocnice

VOŠz Vyšší odborná škola zdravotnická

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Tabulky

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Žádost o povolení výzkumného šetření SZŠ, VOŠz Olomouc

Příloha 4 Žádost o povolení výzkumného šetření VN Olomouc

Příloha 1

Analýza popisná

Tabulka 1 Dosažené vzdělání

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Základní	25	20,0	0	0,0	22	9,2
Středoškolské s maturitou	100	80,0	44	38,3	144	60,0
Vyšší odborné (DiS)	0	0,0	22	19,1	22	9,2
Vysokoškolské (Bc., Mgr.)	0	0,0	49	42,6	52	21,7
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Pouze v rámci školy	125	100,0	2	1,7	118	49,2
0 – 5 let	0	0,0	35	30,4	43	17,9
6-10 let	0	0,0	10	8,7	11	4,6
11 – 20 let	0	0,0	28	24,3	28	11,7
Více než 20let	0	0,0	40	34,8	40	16,7
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 3 Pracoviště (rozčlenění studenti – sestry)

Pracujete v:	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Interních oborech	0	0,0	41	35,7	41	17,1
Chirurgických oborech	0	0,0	30	26,1	30	12,5
JIP, ARO	0	0,0	44	38,3	44	18,3
Student	125	100,0	0	0,0	125	52,1
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 4 Absolvování vzdělávací akce na téma inkontinence

Absolvoval/a jste v minulosti vzdělávací akci na téma inkontinence?	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Ano	41	32,8	38	33,0	79	32,9
Ne	84	67,2	77	67,0	161	67,1
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 5 Definice inkontinence

Jak byste definoval/a pojem inkontinence?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Neschopnost udržet moč	16	12,8	25	21,7	41	17,1
Únik moči	27	21,6	20	17,4	47	19,6
Jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči	82	65,6	70	60,9	152	63,3
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 6 Dělení inkontinence

Inkontinence moči se rozděluje na:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Stresovou, urgentní, reflexní, iatrogenní	21	16,8	15	13,0	36	15,0
Urgentní, reflexní, stresovou	39	31,2	15	13,0	54	22,5
Stresovou, paradoxní, urgentní, smíšenou	16	12,8	10	8,7	26	10,8
Smíšenou, stresovou, reflexní, urgentní, paradoxní	49	39,2	75	65,2	124	51,7
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 7 Definice stresové inkontinence

Jak byste definoval/a pojem stresová inkontinence?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Únik moči při snížení intraabdominálního tlaku	10	8,0	2	1,7	12	5,0
Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku	62	49,6	78	67,8	140	58,3
Stav, kdy dochází k úniku moči při patologickém neurologickém nálezu	14	11,2	0	0,0	14	5,8
Inkontinence z vyčerpání, ze stresu	39	31,2	35	30,4	74	30,8
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 8 Definice urgentní inkontinence

Jak byste definoval/a pojem urgentní inkontinence?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku	2	1,6	9	7,8	11	4,6
Samovolný únik moče spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení	92	73,6	91	79,1	183	76,3
Bolestivé nucení na močení projevující se hlavně v noci	6	4,8	1	0,9	7	2,9
Únik moči při kašli, smíchu, běhání	25	20,0	14	12,2	39	16,3
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 9 Stanovení typu inkontinence

Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence je						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Urodynamické vyšetření	99	79,2	111	96,5	210	87,5
Fyzikální vyšetření	12	9,6	2	1,7	14	5,8
Magnetická rezonance	2	1,6	0		2	0,8
Scintigrafie ledvin	12	9,6	2	1,7	14	5,8
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 10 Krizová situace u stresové formy inkontinence

Za „krizovou situaci“ u stresové formy inkontinence považujeme:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Dřepy, předklony, poskoky	8	6,4	8	7,0	16	6,7
Změnu polohy do stoje po vymočení	4	3,2	2	1,7	6	2,5
Kašel, kýchání, poskoky, zvedání těžkých břemen	107	85,6	105	91,3	212	88,3
Záchvaty kašle u bronchiálního astmatu	6	4,8	0	0,0	6	2,5
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 11 Rizikové faktory vzniku inkontinence

Mezi rizikové faktory ovlivňující výskyt inkontinence patří: (možné označit více odpovědí)									
	studenti			sestry			celkem		
	četnost (počet odpovědí)	procento odpovědí	procento respondentů	četnost (počet odpovědí)	procento odpovědí	procento respondentů	četnost (počet odpovědí)	procento odpovědí	procento respondentů
Věk	123	25,5	98,4	110	23,2	95,7	233	24,3	97,1
Léky	51	10,6	40,8	37	7,8	32,2	88	9,2	36,7
Pohlaví	62	12,8	49,6	65	13,7	56,5	127	13,3	52,9
Stres	92	19,0	73,6	57	12,0	49,6	149	15,6	62,1
Kouření	4	0,8	3,2	15	3,2	13,0	19	2,0	7,9
Diabetes mellitus	17	3,5	13,6	42	8,9	36,5	59	6,2	24,6
Obezita	63	13,0	50,4	75	15,8	65,2	138	14,4	57,5
Menopauzální změny	71	14,7	56,8	73	15,4	63,5	144	15,0	60,0
	125	100,0	386,4	115	100,0	412,2	957	100,0	398,8

Tabulka 12 Ztráty moči při lehkém stupni inkontinence

Při lehkém stupni inkontinence dojde během 4hodin ke ztrátě moči:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
100-200 ml	9	7,2	1	0,9	10	4,2
150-200 ml	13	10,4	1	0,9	14	5,8
do 50 ml	59	47,2	67	58,3	126	52,5
50-100 ml	44	35,2	46	40,0	90	37,5
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 13 Kegelovy cviky

Kegelovy cviky se používají:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
K posílení zádového svalstva	2	1,6	0	0,0	2	0,8
K nácviku chůze	1	0,8	0	0,0	1	0,4
K posílení svalů pánevního dna	121	96,8	114	99,1	235	97,9
K posílení hýžďových svalů	1	0,8	1	0,9	2	0,8
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 14 Používání absorpčních pomůcek na pracovišti

Jaké absorpční pomůcky pro inkontinentní pacienty nejčastěji u pacientů používáte?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Vložky absorpční	41	32,8	34	29,6	75	31,3
Vložné absorpční pleny	23	18,4	20	17,4	43	17,9
Plenkové kalhotky	49	39,2	37	32,2	86	35,8
Podložky absorpční	4	3,2	3	2,6	7	2,9
Jiné: např. permanentní katetr	8	6,4	21	18,3	29	12,1
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 15 Význam indikačního proužku na plenkových kalhotkách

Indikační proužek na plenkových kalhotkách označuje:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Velikost kalhotek	20	16,0	4	3,5	24	10,0
Absorpční kapacitu kalhotek	87	69,6	106	92,2	193	80,4
Vhodnost kalhotek podle hmotnosti pacienta	7	5,6	2	1,7	9	3,8
Stupeň inkontinence	11	8,8	3	2,6	14	5,8
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 16 Možnosti řešení lehkého stupně inkontinence u žen

K řešení lehkého stupně močové inkontinence u žen byste použil/a:						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Menstruační vložky	25	20,0	2	1,7	27	11,3
Fixační kalhotky	2	1,6	0	0,0	2	0,8
Podložky absorpční	0	0,0	3	2,6	3	1,3
Vložky absorpční	98	78,4	110	95,7	208	86,7
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 17 Možnosti řešení močové inkontinence pouze u mužů

Jaké pomůcky byste použil/a k řešení močové inkontinence pouze u mužů?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Vložné absorpční pleny	54	43,2	30	26,1	84	35,0
Permanentní katetr	17	13,6	5	4,3	22	9,2
Urínální kondom	31	24,8	57	49,6	88	36,7
Vložky absorpční	23	18,4	23	20,0	46	19,2
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 18 Subjektivní hodnocení svých znalostí

Svoje znalosti o inkontinenci moči byste hodnotil/a známkou?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
1	2	1,6	4	3,5	6	2,5
2	17	13,6	48	41,7	65	27,1
3	88	70,4	54	47,0	142	59,2
4	17	13,6	9	7,8	26	10,8
5	1	0,8	0	0,0	1	0,4
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Tabulka 19 Zájem o další vzdělávání v oblasti inkontinence

Měl/a byste zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence moči?						
	studenti		sestry		celkem	
	četnost	procento	četnost	procento	četnost	procento
Ano	24	19,2	41	35,7	65	27,1
Spíše ano	55	44,0	41	35,7	96	40,0
Spíše ne	33	26,4	25	21,7	58	24,2
Ne	13	10,4	8	7,0	21	8,8
	125	100,0	115	100,0	240	100,0

Analýza srovnávací

Tabulka 20 Procento správných odpovědí

položka	Procento správných odpovědí	%	
		studenti	sestry
5	Jak byste definoval/a pojem inkontinence?	65,6	60,9
6	Inkontinence moči se rozděluje na:	39,2	65,2
7	Jak byste definoval/a pojem stresová inkontinence?	49,6	67,8
8	Jak byste definoval/a pojem urgentní inkontinence?	73,6	79,1
9	Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence je:	79,2	96,5
10	Za „krizovou situaci“ u stresové formy inkontinence považujeme:	85,6	91,3
11	Mezi rizikové faktory ovlivňující výskyt inkontinence patří:	0,0	7,0
12	Při lehkém stupni inkontinence dojde během 4hodin ke ztrátě moči:	35,2	40,0
13	Kegelovy cviky se používají:	96,8	99,1
15	Indikační proužek na plenkových kalhotkách označuje:	69,6	92,2
16	K řešení lehkého stupně močové inkontinence u žen byste použil/a:	78,4	95,7

Tabulka 21 Znalosti studentů a sester celkem (škála 0-12)

Znalosti celkem (škála 0-12)	%	
	studenti	sestry
1	0,0	0,9
2	1,6	0,0
3	2,4	0,0
4	4,0	0,0
5	12,8	3,5
6	19,2	9,6
7	16,0	17,4
8	22,4	16,5
9	16,0	23,5
10	4,8	16,5
11	0,8	7,8
12	0,0	4,3
Celkem	100,0	100,0

Tabulka 22 Znalosti studentů a sester (škála 0-12)

Správné odpovědi	Průměr			Počet případů			Směrodatná odchylka		
	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)
studenti	4,3	2,7	7	125	125	125	1,5	0,8	1,8
sestry	5,1	3,4	8,5	115	115	115	1,5	0,7	1,9
Celkem	4,7	3	7,7	240	240	240	1,5	0,8	2

Tabulka 23 Sebereflexe respondentů

Svoje znalosti o inkontinenci moči byste hodnotil/a známkou?	Průměr			Počet případů			Směrodatná odchylka		
	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek(š kála 0-4)	znalosti celkem(škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek(š kála 0-4)	znalosti celkem(škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek(š kála 0-4)	znalosti celkem(škála 0-12)
1*	3	3,3	6,3	6	6	6	1,3	0,8	1,5
2	5,1	3,3	8,4	65	65	65	1,7	0,7	2,1
3	4,5	2,9	7,4	142	142	142	1,4	0,8	1,8
4	4,7	3	7,7	26	26	26	1,3	0,9	1,8
5*	1	1	2	1	1	1	.	.	.
Celkem	4,7	3	7,7	240	240	240	1,5	0,8	2

* velmi málo případů - jen orientační srovnání

Tabulka 24 Souvislost mezi dosaženými výsledky a absolvováním vzdělávací akce

Absolvoval/a jste v minulosti vzdělávací akci na téma inkontinence?	Průměr			Počet případů			Směrodatná odchylka		
	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)
absolvoval/a	4,9	3,1	8,1	79	79	79	1,5	0,8	1,8
neabsolvoval/a	4,5	3	7,5	161	161	161	1,5	0,8	2
Celkem	4,7	3	7,7	240	240	240	1,5	0,8	2

Tabulka 25 Zájem o další vzdělávání na téma inkontinence

Měl/a byste zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence moči?	Průměr			Počet případů			Směrodatná odchylka		
	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)	teoretické znalosti (škála 0-8)	praktické používání pomůcek (škála 0-4)	znalosti celkem (škála 0-12)
Ano	4,6	3,2	7,8	65	65	65	1,3	0,8	1,8
Spíše ano	5,1	3,1	8,2	96	96	96	1,4	0,8	1,9
Spíše ne	4,3	2,8	7,1	58	58	58	1,6	0,8	2
Ne	3,8	2,7	6,5	21	21	21	1,9	0,8	2,2
Celkem	4,7	3	7,7	240	240	240	1,5	0,8	2

Příloha 2

Vážené kolegyně,

Jmenuji se Věra Vinklerová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity pro zpracování mé diplomové práce na téma Informovanost zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci. Dotazník je zcela anonymní a informace z něj získané budou použity pouze pro zpracování mé práce.

Prosím zaškrtněte jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. Předem děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat.

Bc. Věra Vinklerová

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - 1) Základní
 - 2) Středoškolské s maturitou
 - 3) Vyšší odborné (DiS)
 - 4) Vysokoškolské (Bc., Mgr.)

2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
 - 1) Pouze v rámci školy
 - 2) 0 – 5 let
 - 3) 6-10 let
 - 4) 11 – 20 let
 - 5) Více než 20let

3. Pracujete v:
 - 1) Interních oborech
 - 2) Chirurgických oborech
 - 3) JIP, ARO
 - 4) Student

4. Absolvoval/a jste v minulosti vzdělávací akci na téma inkontinence?
 - 1) Ano
 - 2) Ne

5. Jak byste definoval/a pojem inkontinence?
- 5) Neschopnost udržet moč
 - 6) Kontrolovatelný únik moči
 - 7) Únik moči
 - 8) Jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči**
6. Inkontinence moči se rozděluje na:
- 5) Stresovou, urgentní, reflexní, iatrogenní
 - 6) Urgentní, reflexní, stresovou
 - 7) Stresovou, paradoxní, urgentní, smíšenou
 - 8) Smíšenou, stresovou, reflexní, urgentní, paradoxní**
7. Jak byste definoval/a pojem stresová inkontinence?
- 5) Únik moči při snížení intraabdominálního tlaku
 - 6) Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku**
 - 7) Stav, kdy dochází k úniku moči při patologickém neurologickém nálezu
 - 8) Inkontinence z vyčerpání, ze stresu
8. Jak byste definoval/a pojem urgentní inkontinence?
- 5) Únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku
 - 6) Samovolný únik moče spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení**
 - 7) Bolestivé nucení na močení projevující se hlavně v noci
 - 8) Únik moči při kašli, smíchu, běhání
9. Zásadní vyšetření pro stanovení typu inkontinence je:
- 5) Urodynamické vyšetření**
 - 6) Fyzikální vyšetření
 - 7) Magnetická rezonance
 - 8) Scintigrafie ledvin
10. Za „krizovou situaci“ u stresové formy inkontinence považujeme:
- 5) Dřepy, předklony, poskoky
 - 6) Změnu polohy do stoje po vymočení
 - 7) Kašel, kýchání, poskoky, zvedání těžkých břemen**
 - 8) Záchvaty kašle u bronchiálního astmatu
11. Mezi rizikové faktory ovlivňující výskyt inkontinence patří: (možné označit více odpovědí)
- 9) Věk**

- 10) Léky
- 11) Pohlaví
- 12) Stres
- 13) Kouření
- 14) Diabetes mellitus
- 15) Obezita
- 16) Menopauzální změny

12. Při lehkém stupni inkontinence dojde během 4hodin ke ztrátě moči:

- 5) 100-200 ml
- 6) 150-200 ml
- 7) do 50 ml
- 8) **50-100 ml**

13. Kegelovy cviky se používají:

- 5) K posílení zádového svalstva
- 6) K nácviku chůze
- 7) **K posílení svalů pánevního dna**
- 8) K posílení hýžďových svalů

14. Jaké absorpční pomůcky pro inkontinentní pacienty nejčastěji u pacientů používáte?

- 6) Vložky absorpční
- 7) Vložné absorpční pleny
- 8) Plenkové kalhotky
- 9) Podložky absorpční
- 10) Jiné: např. permanentní katetr

15. Indikační proužek na plenkových kalhotkách označuje:

- 5) Velikost kalhotek
- 6) **Absorpční kapacitu kalhotek**
- 7) Vhodnost kalhotek podle hmotnosti pacienta
- 8) Stupeň inkontinence

16. K řešení lehkého stupně močové inkontinence u žen byste použil/a:

- 5) Menstruační vložky
- 6) Fixační kalhotky
- 7) Podložky absorpční
- 8) **Vložky absorpční**

17. Jaké pomůcky byste použil/a k řešení močové inkontinence **pouze u mužů**?

- 5) Vložné absorpční pleny
- 6) Permanentní katetr
- 7) Urinální kondom**
- 8) Vložky absorpční

18. Svoje znalosti o inkontinenci moči byste hodnotil/a známkou? (školní známkování 1-5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

19. Měl/a byste zájem se dále vzdělávat v oblasti inkontinence moči?

- 5) Ano
- 6) Spíše ano
- 7) Spíše ne
- 8) Ne

Příloha 3

Vážený pan

Mgr. Pavel SKULA

Ředitel

SZŠ a VOŠz Olomouc

Věc: Žádost o provedení dotazníkového šetření

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou II. ročníku navazujícího kombinovaného magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy. Dovoluji si Vás požádat o provedení dotazníkového šetření u studentů Vaší školy (SZŠ i VOŠz). Zpracovávám diplomovou práci na téma Informovanost zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci. Dotazníky, které studenti vyplní, jsou anonymní a budou sloužit pouze jako podklady pro zpracování mé diplomové práce.

Děkuji za spolupráci

Bc. Věra Vinklerová

V Olomouci dne 2. 12. 2014

Příloha 4

Vážená paní

Mgr. Hana Zrníková

Hlavní sestra

Vojenská nemocnice Olomouc

Sušilovo náměstí 5

Věc: Žádost o provedení dotazníkového šetření

Dovoluji si Vás požádat o provedení dotazníkového šetření u všeobecných sester Vojenské nemocnice Olomouc na téma Informovanost zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci. Jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy na PdF UPOL a zpracovávám diplomovou práci na toto téma.

Děkuji za ochotu a spolupráci

Bc. Věra Vinklerová

Bc. Věra Vinklerová

Bělkovice - Lašřany 574

783 16

V Olomouci dne 24.11.2014

26.11.2014

Janek

Hana Zrníková
VOJENSKÁ NEMOCNICE
Mgr. Hana ZRNÍKOVÁ
hlavní sestra
Sušilovo nám. 5
771 01 OLOMOUC

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Věra Vinklerová
Katedra:	Antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Pokorná
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Informovanost zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci.
Název v angličtině:	The awareness of the public about the health of urinary incontinence.
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje informovanosti všeobecných sester a studentů zdravotnických škol o močové inkontinenci. Teoretická část rozebírá oblast inkontinence moči, ošetrovatelskou péči a používání absorpčních pomůcek pro inkontinentní pacienty. Praktická část pomocí dotazníkového šetření zjišťuje úroveň vědomostí studentů a sester týkajících se znalosti pojmu inkontinence a jejího rozdělení, rizikových faktorů, způsobů diagnostiky a možností řešení močové inkontinence v rámci kompetencí sester. Dotazník zjišťoval také zájem studentů a sester o další vzdělávání v této oblasti.
Klíčová slova:	Inkontinence, všeobecná sestra, student, informovanost, znalosti.
Anotace v angličtině:	The thesis is dedicated to the awareness of General nurses and students of medical schools about urinary incontinence. The theoretical part deals with the area of urinary incontinence, nursing care, and the use of absorbent materials for incontinent patients. The practical part using the questionnaire investigation examined the level of knowledge of students and nurses regarding the knowledge of the concept of incontinence

	and its distribution, risk factors, methods of diagnosis and possible solutions within the framework of competences of urinary incontinence nurses. The questionnaire asked interested students and nurses for more training in this area.
Klíčová slova v angličtině:	Incontinence, nurse, student, awareness, knowledge.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Tabulky Příloha 2 Dotazník Příloha 3 Žádost o povolení výzkumného šetření VN Olomouc Příloha 4 Žádost o povolení výzkumného šetření SZŠ, VOŠz Olomouc
Rozsah práce:	97 s.
Jazyk práce:	Český jazyk