

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**INKONTINENCE MOČI U ŽEN,
MOŽNOSTI A ÚSPĚŠNOST JEJÍHO ŘEŠENÍ**

Bakalářská práce

Autor: **Jindřiška Hrušková**

Vedoucí práce: **MUDr. Jan Karhan**

Jaroslava Pečenková

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**WOMEN'S URINARY INCONTINENCE,
POSSIBILITIES AND FRUITFULNESS OF ITS
TREATMENT**

Bachelor's thesis

Author: **Jindřiška Hrušková**

Supervisor: **MUDr. Jan Karhan**

Jaroslava Pečenková

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a jiné zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

V Hradci Králové dne 27.4.2007

.....

Motto:

" Není více obtěžující poruchy než je neudržení moči.....

Stálé odkapávání páchnoucí moči prosakující prádlem lnoucím vlhce a chladně k tělu vylučuje pacientku z rodiny i společnosti."

Howard T. Kelly

Děkuji paní Jaroslavě Pečenkové za cenné rady, pomoc a obětavost při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří též MUDr. Janu Karhanovi a kolektivu gynekologického oddělení v Klaudiánově nemocnici v Mladé Boleslavi za pomoc a spolupraci, díky níž jsem mohla realizovat výzkum.

OBSAH:

	Úvod	8
I	TEORETICKÁ ČÁST	9
1	Anatomie pánevního dna	10
1.1	Močový měchýř	10
1.1.1	Hrdlo močového měchýře	10
1.1.2	Detrusor	10
1.1.3	Trigonum	11
1.2	Močová trubice	11
1.2.1	Epitel	11
1.2.2	Submukóza	12
1.2.3	Hladká svalovina	12
1.2.4	Příčně pruhovaná svalovina	12
1.3	Pochva	12
1.4	Pánevní dno	13
1.4.1	Diafragma pelvis	13
1.4.2	Diafragma urogenitale	13
1.5	Inervace močového měchýře a uretry	14
1.5.1	Centrální nervový systém	14
1.5.2	Periferní nervový systém	14
2	Fyziologie mikce	15
2.1	Plnicí fáze	15
2.2	Normální mikce	15
2.3	Mechanismy zajišťující kontinenci	16
3	Inkontinence moči	17
3.1	Definice inkontinence	17
3.2	Rozdělení inkontinence	17

3.2.1	Stresová inkontinence	17
3.2.2	Urgentní inkontinence	18
3.2.3	Reflexní inkontinence	18
3.2.4	Paradoxní inkontinence	18
3.3	Incidence inkontinence	18
4	Urogynekologická diagnostika	19
4.1	Anamnéza	19
4.2	Dotazníky a deníky	19
4.3	Fyzikální vyšetření	20
4.4	Klinické testy	20
4.5	Laboratorní vyšetření	20
4.6	Endoskopie	20
4.7	Zobrazovací metody	21
4.7.1	Ultrazvuk	21
4.7.2	Magnetická rezonance	21
4.8	Urodynamické vyšetřovací metody	21
4.8.1	Cystometrie	21
4.8.2	Uretrální tlakové profily	22
4.8.3	Uroflowmetrie	22
5	Léčba inkontinence	23
5.1	Léčba stresové inkontinence	23
5.1.1	Gymnastika svalů pánevního dna	23
5.1.2	Elektrostimulace	24
5.1.3	Farmakoterapie	24
5.1.4	Pesaroterapie	24
5.1.5	Chirurgická léčba	25
5.1.5.1	Operace podle Burche	25
5.1.5.2	TVT	25
5.1.5.3	TVT-O	26
5.1.5.4	Uretrální tělíška, umělý sfinkter	26

5.2	Léčba urgentní inkontinence	26
5.2.1	Ovlivnění chování močového měchýře	26
5.2.2	Farmakoterapie	27
5.2.3	Elektrostimulace	28
5.2.4	Chirurgická léčba	28
6	Prevence	29
7	Péče o inkontinentní ženy	30
7.1	Inkontinence a životní potřeby	30
7.2	Psychosociální problémy	31
7.3	Úloha sester	31
7.3.1	Získávání a předávání informací	31
7.3.2	Urodynamické vyšetření	33
II	EMPIRICKÁ ČÁST	35
8	Výzkum	36
8.1	Metoda výzkumu	36
8.1.1	Pilotáž	36
8.2	Soubor	36
8.3	Vlastní výzkum	37
8.4	Analýza dotazníků	38
9	Diskuse	76
	Závěr	81
	Anotace	83
	Použité zdroje	84
	Seznam grafů	87
	Seznam tabulek	89
	Seznam příloh	91
	Přílohy	92

Úvod

Inkontinence moči u žen není problémem ojedinělým ani vzácným. Neohrožuje život žen, ale v každém případě jejich život mění a zanechává je v chaosu, a to pokud jde o oblast společenskou, citovou i rozumovou. V televizních reklamách se objevují vložky pro inkontinenci, ale veřejnost by měla být informována i o tom, že inkontinence je symptom a že se dá ve většině případů úspěšně léčit. Jen je třeba svěřit se se svými problémy s únikem moči lékaři, ať už praktickému, gynekologovi nebo urologovi. Lékař podle své odbornosti buď zahájí léčbu nebo doporučí pacientku do odborné ambulance urogynekologické. Vznik interdisciplinárního oboru – urogynekologie je také důkazem toho, že poruchy vyprazdňování moči a jejich dopad do různých oblastí života ženy je tak závažný, že vyžaduje kvalifikovaný přístup specialistů. Při léčbě inkontinence se lékaři řídí jejím typem, ale záleží také na individualitě každé ženy. Léčba je pak řešena případ od případu - může jít o rehabilitaci svalů pánevního dna, o podávání léků a čípků, nebo o velmi moderní operační techniky.

A právě problém léčby močové inkontinence, resp. spokojenost pacientek s léčbou je předmětem této bakalářské práce. Výběr tohoto tématu nebyl tak úplně náhodný. Přestože nepracuji v oboru gynekologie, zajímalo mne, jak jsou zejména nové operační metody řešení inkontinence vnímány ženami. Pro porovnání jsem do výzkumu zařadila soubor žen léčených konzervativními metodami.

I Teoretická část

Cílem první teoretické části bakalářské práce je seznámit s anatómií a fyziologií dolního močového ústrojí u žen, s pojmem a dělením inkontinence a také s možnostmi léčby. Část bakalářské práce je věnována podílu sester na péči o inkontinentní ženy.

1 Anatomie pánevního dna

Vývoj uropoetického ústrojí probíhá v těsné souvislosti se základem pohlavních orgánů ženy. Následkem těchto vývojových souvislostí je i těsný anatomický vztah mezi uretrou a pochvou, močovým měchýřem a děložním hrdlem, postranními vazy a adnexy. (Citterbart, 2001) Podmínkou normální funkce dolního močového traktu (a tudíž i kontinence) je jeho vnitřní integrita a zachovalá pozice a mobilita orgánů v malé pánvi. (Martan 2001)

Následně proto uvádím stručnou anatomii struktur malé pánve, které mohou mít souvislost se vznikem inkontinence u žen.

1.1 Močový měchýř

Močový měchýř (vesica urinaria) je součástí dolních močových cest. Je to dutý roztažitelný orgán, uložený v malé pánvi za sponou stydkou. Močový měchýř plní dvě základní funkce - shromažďuje moč při nízkém napětí své stěny a naopak za mikce se kontrahuje a moč aktivně vypuzuje. Stěnu močového měchýře tvoří sliznice s přechodným epitelem, svalovina a tenká vrstva adventicie. Jeho kraniální část je kryta viscerálním peritoneem. Svalová vlákna jsou souborně označována jako musculus detrusor vesicae urinae (detrusor).

1.1.1 Hrdlo močového měchýře

Hrdlem močového měchýře je nazývána část stěny močového měchýře, která obklopuje proximální uretru. Je částí trigona vesicae urinae (viz dále). Není zde formován cirkulární sfinkter, ale uzavírací funkci plní dvě protisměrně orientované smyčky detrusoru. (Halaška, 2004; Otčenášek, 2003)

1.1.2 Detrusor

Detrusor je sval ve stěně močového měchýře, který se podílí na jeho vyprazdňování. (Vokurka, 2000). Svalovinu močového měchýře tvoří tři vrstvy hladkých svalů. Zevní vrstva těchto svalů je uspořádána longitudinálně. Zezadu se upíná

k uretrovezikální junkci, po stranách uretry přechází dopředu a tvoří detrusorovou smyčku. Svalová vlákna střední vrstvy jsou orientována šikmo a cirkulárně. Vnitřní vrstva je longitudinální a její kaudální část tvoří smyčku, která je postavena v opozici ke smyčce zevní vrstvy.

1.1.3 Trigonum

Trigonum (trigonum vesicae urinae) je semirigidní struktura trojúhelníkovitého tvaru, která se rozepíná mezi oběma ústími močovodů a vnitřním ústím močové trubice. Trigonum obsahuje více pojivové tkáně a odlišný typ buněk hladkého svalstva než ostatní svalovina močového měchýře. (Halaška, 2004) Význam pro mikci mají zejména povrchová svalová vlákna trigona. Přecházejí do zadní stěny proximální uretry a mají souvislost i s hladkou svalovinou ureterů. Kontrolují ureterovezikální junkci při mikci, a zabráňují tak refluxu moči při kontrakci detrusoru. (Citterbart, 2001)

1.2. Močová trubice

Močová trubice (uretra) u žen je asi 30 - 50 mm dlouhý a 6 mm široký, dutý, trubicovitý orgán. Vede moč z močového měchýře ven z těla. Začíná vnitřním ústím v úrovni středu symfýzy a pokračuje dopředu dolů pevně spojena s přední poševní stěnou. Mimo pasáž moči je lumen předozadně kolabované a sliznice je složena v podélné řasy. U stojící ženy je její průběh svislý. (Halaška, 2004) Podle průběhu můžeme močovou trubici rozdělit na část intramurální - ve stěně močového měchýře, střední část uretry - mezi měchýřem a diafragma urogenitale, část procházející diafragmou a část distální - perineální. Pro kontinenci je důležitý uzávěr uretry, který je zajištěn kombinací aktivní a pasivní funkce hladkých a příčně pruhovaných vláken. Podíl má ovšem i krevní zásobením a pružnost sliznice a submukózní vrstvy uretry, závislé na hormonální saturaci.

1.2.1 Epitel

Sliznice uretry je proximálně tvořená přechodným epitelem a distálně vrstevnatým nerohovějícím epitelem sliznice introitu. Přejít mezi nimi se posunuje s věkem v závislosti na hladině estrogenů. (Citterbart, 2001)

1.2.2 Submukóza

Submukóza je pojivová tkáň mezi výstelkou a vrstvou hladké svaloviny. Zejména v proximální části uretry je submukóza bohatá na cévy, které jsou ve fertilním věku bohatě vinuté, tenkostěnné, s mnoha arteriovenózními spojkami a mají svou roli v uzávěru uretry. Důležitý je zde také výskyt estrogenních receptorů a odpověď tkáně na estrogenizaci organismu. Právě pokles hladin estrogenů je dáván do souvislosti se změnami v uzávěrovém mechanismu uretry ve stáří, neboť dostatek ženských pohlavních hormonů ovlivňuje kvalitu sliznice a prokrvení pohlavních a močových orgánů. Pro regulaci mikčního reflexu jsou významné také receptory citlivé na napětí tkáně, tzv. "stretch" receptory, které se vyskytují v uretře a bázi močového měchýře.

1.2.3 Hladká svalovina

Hladká svalovina (musculus sphincter urethrae internus) se skládá ze zevní tenké cirkulární a vnitřní tlustší longitudinální vrstvy. Její funkce je v udržení určitého bazálního napětí uretrální stěny.

1.2.4 Příčně pruhovaná svalovina

Příčně pruhovaná svalovina (musculus sphincter urethrae extensus) je příčně pruhovaný sval, který částečně obkružuje uretru a v její střední části zaujímá od 20 do 80% její délky. Hlavní role příčně pruhovaných svalových vláken okolí uretry je v okamžité kontrakci při zvýšení nitřního (intraabdominálního) tlaku.

1.3 Pochva

Pochva je fibromusculární dutý orgán, jehož sliznici tvoří nerohovějící mnohvrstevný dlaždicový epitel. Další vrstvy jsou hladká svalovina a adventicie pochvy. Adventicie je tvořena tenkou vrstvou řídké pojivové tkáně vymezené mezi svalovou vrstvou pochvy a okolními orgány. Přiléhající veziko- a rektovaginální prostory dávají pánevním orgánům možnost posunu, což umožňuje nejen jejich funkci, ale zároveň i patologické změny polohy. Při poruchách závěsného aparátu pochvy dochází k různým typům defektů - cystokélám a rektokélám, které mohou mít různou měrou vztah ke vzniku inkontinence u žen. (Halaška, 2004)

1.4 Pánevní dno

Fixace močového měchýře, uretrovezikální junkce, proximální uretry a omezená mobilita uretrovezikální junkce je nutná pro zajištění kontinence, a to hlavně při zvýšeném abdominálním tlaku. Stálou polohu těchto struktur zajišťují svaly a fascie pánevního dna a ligamenta fixující uretru. Dutinu břišní ve spodní části uzavírají dvě anatomicky oddělené vazivosvalové struktury tvořící dohromady pánevní dno - diafragma pelvis a diafragma urogenitale.

1.4.1 Diafragma pelvis

Pánevní diafragma se skládá ze tří částí:

- pars pubica - se táhne od symfýzy laterálně kolem pochvy a rekta, za ním se obě části spojují a pokračují ke kostrči. Při poklesu pars pubica se otevírá hiatus urogenitalis a nastává descensus pánevních orgánů,
- pars iliaca - odstupuje od fascie musculus obturatorius internus a upíná se na okraj kostrče a os sacrum,
- musculus coccygeus - se táhne od spina ischiadica ke kostrči a provází silné ligamentum sacrospinale.

1.4.2 Diafragma urogenitale

Diafragma urogenitale je zdvojená vazivová struktura, jdoucí od symfýzy ke kostem sedacím. Je přerušena otvorem pro uretru a vaginu a její vlákna jsou fixována v perineu. Průběh diafragmatu je téměř horizontální, což přispívá k udržení pozice uretry, vezikouretrální junkce a baze močového měchýře. (Martan, 2001)

1.5 Inervace močového měchýře a uretry

Neurologická kontrola volního mikčního reflexu zahrnuje jak centrální, tak i periferní nervový systém. (Martan, 2001)

1.5.1 Centrální nervový systém

Centrální kontrola vychází z mikčního centra ve frontálním mozkovém laloku, kde je zpracovávána bohatá senzorycká signalizace z periferie. Reflexními oblouky je odtud potlačován vyprazdňovací reflex mimo mikci, zajišťována kontrola mikce, koordinace mezi detrusorem a uretrou a tonizace motorických nervů inervujících svěrač uretry. Celý tento oblouk - od receptorů ve stěně močového měchýře do CNS a zpět - dozrává a je navozen výchovou mezi 2. - 4. rokem života.

1.5.2 Periferní nervový systém

Periferní nervy spojují centrální nervový systém s výkonnými orgány (močový měchýř, svěrače močové trubice). Inervaci zde zprostředkují oba autonomní systémy - sympatikus i parasympatikus. Sympatikus vycházející z torakolumbálních míšních kořenů T11 až L3 (n. hypogastricus) kontroluje spíše jímání moči. Parasympatikus sbírá vlákna ze sakrální míchy S2 až S4 (n. pelvicus) a kontroluje vyprazdňování močového měchýře. Somatická inervace ze stejných míšních segmentů (n. pudendalis) zajišťuje kontrakční funkce pánevního dna a svěrače uretry. (Citterbart, 2001) Parasympatické sakrální mikční centrum Budgeho je trvale inhibováno z kortexu - detruzor je přitom relaxován a uretrální sfinkter kontrahován. Při mikci se pod kontrolou CNS zruší inhibice sakrálního mikčního centra a vyvolá se vyprazdňovací reflex.

2 Fyziologie mikce

Hlavní funkcí močového měchýře je přeměnit stálou exkreční činnost ledvin v intermitentní proces evakuace moči. (Martan, 2001) Shromažďování a vyprazdňování moči jsou dvě zdánlivě protichůdné, ale koordinované funkce řízené centrální nervovou soustavou. Jedná se o děj velmi komplikovaný, a ne zcela jednoduchý a přirozený, jak je někdy obecně míněno. (Halaška, 2004)

2.1 Plnicí fáze

Během plnicí fáze se objem měchýře zvětšuje a napětí svalových vláken stoupá. Zvyšuje se tonus protisměrných kliček zevní longitudinální vrstvy svaloviny hrdla močového měchýře, a tím i intrauretrální tlak. Tvar měchýře se v průběhu plnění mění, ale bazální plotna detrusoru zůstává beze změny, plochá a kolmá na osu uretry. Plochost bazální plotny a kolmý směr s osou uretry jsou podmínkou kontinence. Intravezikální tlak dosahuje při maximální náplni hodnot 10 - 15 cm H₂O. Kontinence moči je zajištěna, je-li uretrální tlak vyšší než intravezikální. Intrauretrální tlak se pohybuje mezi 40 - 95cm H₂O, a převyšuje tedy hodnotu tlaku intravezikálního. Během života klesá intrauretrální tlak asi o 10 cm H₂O za každých 10 let. Pro udržení moči je nezbytný neporušený uzávěrový mechanismus uretry a dobrá anatomická podpora uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální uretry. (Martan, 2001) S postupným růstem objemu močového měchýře, schopného pojmout v průměru 300 - 500 ml moči, a stoupajícím intravezikálním tlakem stoupá i distenze stěn se současnou senzoricou signalizací směrem k centru. Při určitém napětí převýší tendence k expulzi schopnost relaxace. (Halaška, 2004)

2.2 Normální mikce

Je-li vhodná doba k mikci, pomine inhibiční vliv nadřazených center na mikční centrum v sakrální míše a činnost močového měchýře se stane automatickou. Asi 5 - 12 sekund před mikcí nastane relaxace pánevního dna a příčně pruhovaného svalu uretry. Tím poklesne uretrovezikální spojení a bazální plotna močového měchýře nabývá tvaru trychtýře, uretra se relativně zkrátí a její vnitřní ústí se rozšíří. Zároveň se kontrahuje

vnitřní longitudinální vrstva detrusoru, která dále pootevře vnitřní ústí uretry. Protisměrné kličky zevní longitudinální vrstvy probíhají šikmo a nemají již uzavírací efekt. Vnitřní uretrální ústí se dostává do nejnižšího bodu spodiny močového měchýře, do místa maximálního intravezikálního tlaku a nastává odtok moči. Na počátku mikce se také kontrahuje bránice a svaly stěny břišní, a tím se zvyšuje intraabdominální tlak. Po ukončení mikce nastává opačný děj - příčně pruhovaný sval se kontrahuje, baze měchýře se zvedá, nálevkovité rozšíření uretry mizí odspodu nahoru. (Martan, 2001) Obsah moči v horní třetině uretry je vypuzen zpět do močového měchýře a je také znovu obnovena kortikální inhibice sakrálního mikčního centra. Mikce je za normálních okolností volně iniciována, ovládána a je možné ji přerušit. (Halaška, 2004)

2.3 Mechanismy zajišťující kontinenci

Hlavní úlohu v řízení mikce má tedy mozková kůra. Ta však zpracovává mnoho dalších podnětů zároveň a může být ovlivněna i momentálním duševním stavem člověka (stresem, úlekem, radostí, ap.)

Mechanismy, které zajišťují kontinenci, tedy schopnost udržet moč, byly již v textu průběžně jmenovány a je možné je shrnout do několika bodů:

- správná koordinace svaloviny měchýře a močové trubice
- správná poloha uretrovezikální junkce
- funkční zdatnost svalstva pánevního dna
- normální tlakové poměry v močovém měchýři a uretře
- neporušená volní kontrola mikce
- nepřítomnost onemocnění močového systému (zánět, nádor, konkrementy,..)
- dostatečná estrogenizace urogenitálního traktu (Galajdová, 2000)

3 Inkontinence moči

Jak již bylo řečeno v úvodu - inkontinence moči není problém ojedinělý a vzácný. Důkazem toho je i Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS - International Continence Society), která byla založena již v roce 1971 a zabývá se nejen problematikou inkontinence, ale upřesňuje také doposud ne vždy jednotnou terminologii v urogynekologii. (Galajdová, 2000)

3.1 Definice inkontinence

Definice inkontinence moči podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci zní: *"Inkontinence je stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné."* (Halaška, 2004, s. 5)

3.2 Rozdělení inkontinence

Inkontinence vzniká z celé řady příčin. Její dělení také prodělalo významný vývoj a je k němu přistoupit z několika hledisek. V literárních zdrojích různých autorů je dnes již převážně uváděna klasifikace podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci.

Zjednodušené rozdělení:

Uretrální inkontinence -	stresová
	urgentní
	reflexní
	paradoxní
Extrauretrální inkontinence -	vrozená (ektopický ureter)
	získaná (příštěl)

3.2.1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je pasivní únik moči uretrou jako následek zvýšení intraabdominálního tlaku, který vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu. Podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci je stresová inkontinence mimovolní zráta moči, při které intravezikální tlak převyší tlak intrauretrální bez současné kontrakce detrusoru. Moč uniká ihned po zvýšení intraabdominálního tlaku.

3.2.2 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je nechtěný únik moči při imperativním nucení na moč. Může být způsobena nadměrnými senzoryckými impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu.

3.2.3 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence je nechtěný únik moči z uretry z důvodu abnormální reflexní aktivity míšního centra bez pocitů nucení na močení. Při onemocnění nebo poškození centrálního nervového systému pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, ten pak probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce pak nastává bez předchozího pocitu nucení na močení.

3.2.4 Paradoxní inkontinence

Paradoxní (přebytková) inkontinence je nechtěný únik moči, ke kterému dochází když intravezikální tlak převyší maximální intrauretrální tlak. Chybí však detrusorová aktivita a únik je způsoben pouze pasivním přepětím stěny močového měchýře. (Kobilková, 2005)

3.3 Incidence inkontinence

Incidence inkontinence je vysoká. Každá druhá žena, včetně mladých žen, má v průběhu života potíže s udržení moči. S přibývajícím věkem se pohotovost k inkontinenci moči výrazně zvyšuje. Asi polovina všech forem inkontinence jsou případy čisté stresové inkontinence a asi 30% tvoří čistá urgentní inkontinence. Ve 20% se vyskytuje stresová inkontinence v kombinaci s urgentní. Bývá označována jako smíšený typ inkontinence. (Halaška, 2004)

4 Urogynekologická diagnostika

Urogynekologická praxe se věnuje převážně právě dvěma uvedeným typům inkontinence. Následující text týkající se diagnostiky, léčby a prevence bude proto zaměřen již jen na typy inkontinence urgentní a stresové, ev. na jejich smíšenou formu.

K určení správného léčebného plánu je nejdůležitější zjištění příčiny samovolného odtoku moči či urgentní symptomatiky. K tomu slouží pečlivá anamnéza, fyzikální vyšetření a klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody.

4.1 Anamnéza

Anamnéza je vždy základem. Mimo rodinnou a osobní anamnézu má svou důležitost v urogynekologické diagnostice též sociální a pracovní anamnéza. Cenná je zejména porodnická anamnéza, údaje o počtu a vedení porodů, o porodní hmotnosti plodů, délce druhé doby porodní a rozsahu porodních poranění. Důležité jsou také údaje o chirurgických výkonech v malé pánvi a anamnéza urologická, která může informovat o případné dysurii, polokisurii, nykturii, imperativním nucení na močení či hematurii.

4.2 Dotazníky a deníky

K objektivizaci některých obtíží se používají dotazníky, např. Gaudenzův (viz příloha 1), který může pomoci ke stanovení základního typu inkontinence, a další dotazníky k hodnocení kvality života. Důležitou pomůckou jsou také různé mikční deníky, které dávají cenné informace o frekvenci močení a množství vyloučené moči, o močení v denní či noční době, o epizodách inkontinence a případně i o příjmu tekutin. Vedení deníků však vyžaduje spolupráci pacientky, neboť je pacientky vyplňují doma během doby mezi návštěvami v urogynekologické ambulanci.

4.3 Fyzikální vyšetření

Klinické gynekologické vyšetření začíná aspekci: je třeba si všímat introitu poševního, stavu hráze, jizev po předchozích epiziotomiích a rupturách a sledovat i zevní ústí uretry. Dále je vyšetření zaměřeno na deviace děložní, patologické nálezy v malé pánvi a descensus rodidel. Vyšetření se provádí jak v klidu, tak i při zatlačení. Případné zúžení uretry je možné zjistit kalibračními sondami.

4.4 Klinické testy

Dalšími diagnostickými metodami jsou jednoduché klinické testy, např.:

Marshallův test – měchýř se naplní 200ml sterilní tekutiny. Pacientce se stresovou inkontinencí při zakašlání odtéká moč.

Q-tip test – zjišťuje pohyblivost uretry, která za normálních okolností není velká. Do uretry se zavede např. pevná sterilní cévka a pacientka zatlačí. Při uvolněném uretrovezikálním spojení cévka opisuje polokruh směrem vzhůru. Úhel odchylky větší než 30 stupňů je považován za patologický.

Pad-weight test – test vážení vložky určuje ztrátu moči vážením vložek či plen před standardními aktivitami a po nich.

4.5 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření zahrnuje hodnocení a léčbu mikrobiálního obrazu poševního, močového sedimentu a zejména kultivace moči, které jsou podmínkou provedení dalších vyšetřovacích metod spojených s katetrizací močového měchýře. (Martan, 2006) Z hlediska možného ovlivnění funkce dolních cest močových je vhodné, zvláště v období pre- a perimenopauzálním, zaměřit se na diagnostiku estrogenního deficitu.

4.6 Endoskopie

V této oblasti vyšetřování urogynekologové často spolupracují s urology. Cystouretroskopie je indikována u hematurie nejasného původu, různých pooperačních stavů a zejména v případech urgencye. Je třeba myslet i na nádory měchýře. (Zmrhal, 2005)

4.7 Zobrazovací metody

4.7.1 Ultrazvuk

V současné době v urogynekologii zcela dominuje ultrazvuk. Tato neinvazivní metoda je lehce dostupná, jednoduchá, je možno ji opakovat a dává řadu užitečných informací. Ultrazvukové vyšetření je pomocnou diagnostickou metodou k posouzení typu a příčin inkontinence moči a může pomoci i při hodnocení efektu konzervativní a operační léčby. Při ultrazvukovém vyšetření se nejčastěji sleduje postmikční reziduum, paravaginální defekt, pozice a mobilita uretry, hrdla a baze močového měchýře, vezikalizace proximální uretry, tloušťka detrusoru, atd.

4.7.2 Magnetická rezonance

U komplikovaných případů, u pacientek po několika urogynekologických operacích, může k určení pozice a mobility uretry a k zobrazení celého močového měchýře pomoci vyšetření magnetickou rezonancí. (Martan, 2005)

4.8 Urodynamické vyšetřovací metody

Jde o soubor metod, které pomocí poměrně jednoduchých fyzikálních principů měří objemy, tlaky a průtoky. Tím je umožněno hodnotit shromažďování a transport moči a jejich případné poruchy. K základním urodynamickým metodám patří cystometrie, uroflowmetrie a uretrální tlakové profily klidové a stresové.

4.8.1 Cystometrie

Cystometrie studuje vztah mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře a tlakem v močovém měchýři a tlakem v dutině břišní. Určuje aktivitu detrusoru a maximální kapacitu močového měchýře. Jsou zaznamenávány pocity, které udává žena během plnění močového měchýře – první nucení na mikci, a objem náplně, kdy žena toto nucení pociťuje. Cystometrie napomáhá ke stanovení urgentního typu inkontinence.

4.8.2 Uretrální tlakové profily

Uretrální tlakové profily klidové měří maximální a uzavírací tlak uretry a funkční délkumočové trubice. Toto vyšetření však může být ovlivněno řadou proměnných – náplň měchýře, poloha pacientky,...a proto jsou v praxi upřednostňovány dynamické metody testování uretrálního uzávšrového mechanismu.

Uretrální tlakové profily stresové sledují tlakové změny v měchýři a v uretře za stresových manévřů, kdy během zpětného pohybu katetru pacientka opakovaně kašle nebo provádí jiný stresový manévr. Pokud na záznamu tlak v močovém měchýři převyší untrauretrální tlak, svědčí to pro diagnózu stresové inkontinence.

4.8.3 Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je neinvazivní vyšetření evakuační fáze měchýře, při kterém jsou měřeny hodnoty močového proudu. Tok moči je určen objemem tekutiny vypuzené uretrou za jednotku času, může být kontinuální nebo intermitentní. Toto vyšetření napomáhá v diagnostice součinnosti funkce sfinkteru a detrusoru. (Martan, 2006; Zmrhal, 2005)

5 Léčba inkontinence

Léčba močové inkontinence může být farmakologická, chirurgická, ale je možné použít i další metody jako psychoterapii, nácvik mikce, akupunkturu a cvičení na zpevnění pánevního dna. Jednotlivé typy léčby jsou používány podle typu inkontinence a mohou být kombinovány. Pokud není dosaženo terapeutického efektu nebo není léčba úspěšná, je třeba zajistit pacientkám takové pomůcky, které umožní zlepšení kvality jejich života. Inkontinenční pomůcky jsou vyráběny různými firmami v širokém sortimentu pro pacienty s různou tíží inkontinence. Jsou to vložky, pleny, plenkové, absorpční či fixační kalhotky a také léčebná kosmetika určená pro inkontinentní pacienty. (Zvoníčková, 2006)

5.1 Léčba stresové inkontinence

Při léčbě stresového typu inkontinence je doporučováno začít nejprve konzervativními metodami. Pokud je však inkontinence provázena výrazným sestupem stěn poševních a dělohy, popřípadě nadměrnou pohyblivostí uretrovezikálního spojení, pak není předpokládán dobrý léčebný efekt konzervativní terapie a je přistupováno rovnou k operační léčbě.

5.1.1 Gymnastika svalů pánevního dna

Ochabnutí svalů pánevního dna může hrát významnou roli při vzniku stresové inkontinence. Cílem gymnastiky je posílit svaly pánevního dna. Zpočátku si pacientka musí uvědomit, které svaly jsou zodpovědné za udržení moči – někdy je proto doporučováno pokoušet se nejprve přerušit proud moči. K procvičování svalů pánevního dna jsou dále doporučovány i speciální formy cvičení jako Kegellovy cviky nebo cvičení podle Mojžíšové. Některé doporučené zásady a základní cviky vhodné pro posílení svalů pánevního dna jsou uvedeny v příloze 2 a 3. Mezi metody cvičení svalů pánevního dna patří i takové, které užívají intravaginální pomůcky různé váhy. Tato závažíčka se žena snaží udržet v pochvě po určitou dobu a následně zvyšuje jejich váhu. Výsledkem je vytvoření reflexního stahu svalů pánevního dna.

Důsledkem cvičení svalů pánevního dna je zvýšení bazálního tonu a jejich kontrakčních schopností, lepší podpora uretrovezikální junkce a omezení její nadměrné mobility. S ukončením gymnastiky pánevního dna se ovšem obtíže vracejí, proto je nutné ve cvičení vytrvat.

5.1.2 Elektrostimulace

Elektrická stimulace svalů pánevního dna způsobuje reflexní kontrakci příčně pruhovaných periuretrálních a parauretrálních svalů a to je provázeno současnou reflexní inhibicí detruzorového svalu. Elektrická stimulace o frekvenci kolem 50Hz zvyšuje hlavně tonus a kontrakční schopnost svalů pánevního dna, a tím i maximální uzávěrový tlak uretry.

5.1.3 Farmakoterapie

Zlepšení uzávěrových možností uretry mohou napomoci léky, které zvyšují napětí svalů močové roury. Při léčbě se ale mohou objevit nežádoucí účinky (např. zvýšení krevního tlaku, nespavost, bolesti hlavy, třes rukou, bušení srdce aj.), pak je nutné léčbu přerušit. U nově připravovaných preparátů pro léčbu tohoto typu úniku moči by měly být nežádoucí účinky minimalizovány. Pro léčbu žen v menopauze může mít dobré výsledky i celková či lokální hormonální léčba. Lokální podávání hormonů zlepšuje trofiku a prokrvení dolních močových cest a u části žen po menopauze způsobuje ústup či vymizení příznaků.

5.1.4 Pesaroterapie

Pesary mohou odstranit stresový typ inkontinence moči změnou anatomických poměrů - tzn. změnou pozice hrdla močového měchýře a omezením jeho nadměrné pohyblivosti a také zvýšeným výtokovým odporem uretry. Tvar pesaru může být kruhový, tvaru kostky či kruhový s různými výstupky, které pomáhají omezit nadměrný pohyb hrdla močového měchýře. Pesary jsou používány hlavně k dočasné léčbě a u starých pacientek, kde operaci ze zdravotních důvodů nelze provést.

5.1.5 Chirurgická léčba

Základním cílem operační léčby stresové inkontinence je navrácení nesprávně uloženého a nadměrně pohyblivého hrdla močového měchýře do jeho původní polohy a jeho stabilizace na tomto místě. (Zmrhal, 2005) V minulosti byla standardem chirurgické léčby stresové inkontinence závěsná abdominální operace podle Burche. V poslední době se rozvíjí nové operační metody TVT (tension-free vaginal tape) a TVT-O (tension-free vaginal tape obturator system)

5.1.5.1 Operace podle Burche

Výhodou kolpopexe podle Burche je možnost současného provedení abdominální hysterektomie v situacích, kdy je přítomná stresová inkontinence a k tomu některé děložní patologie (např. děložní myomy, metrorrhagie, těžké prekancerózy na děložním hrdle a endometriu), které indikují odnětí dělohy. Kolpopexe podle Burche se provádí v celkové anestezii z transabdominálního přístupu. V retropubickém prostoru se uvolní endopelvická fascie oboustranně od hrdla močového měchýře, do ní se aplikují nevstřebatelné stehy, které se fixují k vazům na horním okraji symfýzy. Jejich pružným utažením se omezí hypermobilita hrdla močového měchýře, které se elevuje do místa působení intraabdominálního tlaku.

5.1.5.2 TVT

Operace pomocí TVT je novým způsobem léčby stresové inkontinence, který je v současné době považován za nejvhodnější chirurgickou korekci u většiny případů stresové inkontinence. Cílem této operace je zabránění přenosu nitrobřišního tlaku na dorzální část uretry. Používá se páska vyrobená z nevstřebatelného materiálu opatřená na obou koncích silnými jehlami. Při operaci je v pochvě proveden krátký řez, kterým je páska zavedena a umístěna pod střední část uretry tak, aby ji podpírala a bránila tak úniku moči. Obě jehly jsou vedeny tkáněmi a vytaženy ven přední částí břišní stěny, čímž je zajištěna správná poloha pásky. Operace pomocí TVT se řadí mezi minimálně invazivní chirurgické výkony a je prováděna ambulantně nebo v rámci krátkodobé hospitalizace, a to i v místní nebo spinální anestezii a trvá přibližně 30 minut. Během operace je nutná jen

minimální disekce tkání a také již během operace je možné ověření účinnosti pásky. Tato operační metoda v sobě nese jen nízké riziko komplikací a je i ekonomicky výhodnou metodou. (www.mocova-inkontinence.cz)

5.1.5.3 TVT-O

Zásadní rozdíl oproti klasické TVT je ten, že páska prochází skrze foramen obturatum a vyhýbá se bezpečně močové trubici i měchýři. Z drobného vaginálního řezu se spirálním zavaděčem vede páska směrem zevnitř ven přes obturátorovou membránu ve foramen obturatum. Dále prochází zevním obturátorovým svalem, adduktory, fascií, podkožím a vypichuje se na kůži stehna asi 2 cm nad zevním ústím uretry. Kromě výhod jako u klasické TVT je u TVT-O ještě nižší riziko komplikací a zejména minimalizace rizika poranění močového měchýře a uretry. Schéma operace systémem TVT a TVT-O (TOT) je zobrazeno v příloze 4. (www.inkontinence.com)

5.1.5.4 Uretrální tělíška, umělý sfinkter

Při selhání všech léčebných metod je možné použít tělísek, které uzavírají uretru uměle. Jejich užití ovšem vede k častým uroinfekcím. U mladších žen je také možné použít umělý svěrač. Operaci provádí specializované urologické pracoviště.

5.2 Léčba urgentní inkontinence

Léčba urgentní inkontinence nebo jen urgentní symptomatiky je převážně konzervativní a je dělena do čtyř základních skupin.

5.2.1 Ovlivnění chování močového měchýře

Tato léčba se snaží o znovuzískání kortikální kontroly nad funkcí močového měchýře. Řadí se sem například:

Trénink pravidelného močení – je metoda léčby urgentní symptomatiky a inkontinence založená na předpokladu psychosomatické etiologie obtíží. Podstata tréninku spočívá ve znovunavození kortikální inhibice prodlužováním pravidelných intervalů mezi močením.

Psychoterapie - při léčbě urgentní inkontinence je udáván výrazný efekt psychoterapie, hlavně zlepšení nykturie, urgentního nucení na močení a inkontinence. Na vzniku urgentní inkontinence se totiž spolupodílejí stresové psychogenní faktory a naopak pacientky trpící inkontinencí jsou častěji anxiózní či trpí depresemi.

Biofeedback – při této metodě léčby je pacientkám cestou zrakových, sluchových či taktilních vjemů podávána zpětná informace o jejich vlastních a normálně nevnímaných funkcích. Tato metoda také vychází z představy ztráty kortikální kontroly nad měchýřem a je určitou formou jeho tréninku.

5.2.2 Farmakoterapie

K medikamentózní léčbě urgentní inkontinence bývá perorálně podáván oxybutynin (Ditropan, Uroxal), který působí lokálně anesteticky, má přímý myorelaxační účinek a působí jako parasymptolytikum. V počátku léčby je hodnocena snášenlivost léku pacientkou, případný výskyt vedlejších účinků a přizpůsobuje se dávkování. Transdermální forma oxybutyninu (Oxytrol) má stejný léčebný účinek, ale menší výskyt nežádoucích účinků léku. Dále je k perorální léčbě doporučován propiverin (Mictonorm), trospium (Spasmex) a tolterodin (Detrusitol). Nevýhodou a léčebnou limitací většiny těchto látek je nedostatečné selektivní zaměření na močový měchýř, což způsobuje často nepříjemné nežádoucí účinky - sucho v ústech, zácpa, mlhavé vidění atd., které mohou vést k přerušení léčby. Receptorová selektivita je velmi důležitá pro maximální léčebný efekt s minimem vedlejších účinků léku. Výskyt vedlejšího příznaku - suchosti v ústech je nižší například u lékové formy tolterodinu s prodlouženým uvolňováním. Další preparát, který je doporučován k léčbě urgencye či urgentní inkontinence moči, je solifenacin (Vesicare), který má vyšší selektivitu k močovému měchýři než k slinným žlázám, a tudíž i nižší výskyt nežádoucích účinků.

K léčbě inkontinence se používají i antidepresiva - nejčastěji používán imipramin (Melipramin), který způsobuje relaxaci močového měchýře a stah uretrálního sfinkteru. Toto kombinované působení se uplatňuje hlavně při léčbě smíšeného typu inkontinence moči. Při léčbě imipraminem se mohou také objevit nežádoucí účinky, jako například únava, slabost, ortostatická hypotenze, arytmie a další.

Výskyt detruzorové instability u žen se zvyšuje s věkem, a je proto častý u postmenopauzálních žen. Estrogeny mohou zmírnit příznaky polyakisurie, nykturie,

urgence a dysurie a mohou také snižovat rozvoj infekce močových cest po menopauze. Proto se u žen po menopauze nesmí zapomínat na lokální hormonální léčbu či celkovou hormonální léčbu, po které mohou příznaky urgency ustoupit. Nejčastěji je aplikován vaginálně estriol (Ovestin) ve formě čípků.

5.2.3 Elektrostimulace

Při této metodě jsou elektricky stimulována aferentní vlákna n. pudendus, což vyvolá podráždění eferentních vláken téhož nervu a zvyšuje kontraktilitu uretrálního příčně pruhovaného svalu a svaloviny dna pánevního.

5.2.4 Chirurgická léčba

Možnou chirurgickou metodou léčby urgentní inkontinence je distenze močového měchýře. Je to metoda založená na snížení citlivosti měchýře maximálním roztažením jeho stěny. Jedním ze způsobů provedení distenze je plnění močového měchýře v anestezii až do dosažení systolického tlaku, potom je tlak 30 minut udržován a měchýř vyprázdněn. Procedura se několikrát opakuje. Názory na efekt této léčby se různí. (Martan, 2005, *Sestra*)

6 Prevence

Specifická prevence inkontinence moči u žen není známa. Vzhledem k velkému výskytu v populaci jsou však vhodná některá preventivní opatření, která spočívají nejen v zodpovědném přístupu lékařů, ale zejména pacientek a to po celý život.

V nejranějším dětství je důležité navození správných mikčních návyků, neboť upevnění reflexních nervových oblouků kontrolujících shromažďování a vypuzování moči je předpokladem pro správnou pozdější funkci močového ústrojí. Děti by neměly být posílány na záchod „jen tak, pro všechny případy“, holčičky by měly být nabádány k tomu, aby si pohodlně sedly na záchodové prkénko, aby mohly dobře vyprázdnit svůj močový měchýř. Tyto dvě každodenní činnosti zajistí, aby se močový měchýř naplnil v celém svém objemu a plně se vyprázdnil.

Po celý život je vhodné udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost, vyhýbat se fyzicky nadměrně náročné stereotypní práci, mít dostatek pohybu a pečovat o pravidelnou stolici. Důležité je předcházet infekcím močopohlavního ústrojí, a to zejména pitným a mikčním režimem a také hygienou pohlavního života. S podezřením na infekci je třeba včas navštívit lékaře a popřípadě onemocnění správně a důkladně léčit.

Také v období těhotenství je nutná péče o funkci ledvin a močových cest – tedy dodržování pitného a mikčního režimu. Porod a šestinedělí je náročným obdobím, které klade velké nároky na vazivový závěsný aparát v malé pánvi. Pro překonání tohoto období bez pozdějších následků pro kontinenci by měl být porod veden co nejšetrněji s následným pečlivým ošetřením všech porodních poranění a v šestinedělí by se měla žena vědomě snažit o posílení pánevního dna a o obnovu správné mikce.

Dalším důležitým obdobím je přechod a postmenopauza s vyhasínáním tvorby estrogenů podporujících dobrou funkci závěsného aparátu vniřních pohlavních orgánů a dolního močového traktu. Nedostatek těchto hormonů může nepříjemně ovlivnit druhou polovinu života ženy. Prevencí příznaků z nedostatku estrogenů je především rozpoznání tohoto stavu a případná substituce hormonálními preparáty. (Galajdová, 2000)

7 Péče o inkontinentní ženy

7.1 Inkontinence a životní potřeby

Inkontinence moči má dopad na většinu potřeb ve všech úrovních pyramidy Maslowovy hierarchie životních potřeb.

Na nejnižší úrovni zasahuje inkontinence do tělesných potřeb. Nejdříve ovlivňuje hydrataci žen, které ze strachu z úniku moči výrazně omezují příjem tekutin, případně přestávají užívat diuretika. U starých žen potom přispívá k dehydrataci i ztráta pocitu žízně. Dále ženy omezují své tělesné aktivity. Nejprve ty, které souvisí s větší časovou náročností – výlety, a pak i vycházky. Další změny tělesných potřeb, které inkontinence postižené ženě přináší, jsou poruchy spánku – časté buzení v noci, strach z pomočení, ze znečištění lůžka a z toho, že nestihne včas dojít na toaletu. Výrazné změny s sebou nese inkontinence také v oblasti pohodlí – vynucené používání vložek či plen není rozhodně příjemné. Vznikat mohou i problémy se skladováním a likvidací použitých pomůcek, se zápachem na WC, v koupelně, v bytě. Mnohem větší nároky jsou na ženu kladeny také v oblasti hygieny a péči o kůži. Kolem genitálu se mohou vyskytovat opruzeniny, infekce, alergie. Některé staré ženy omezují hygienu i z nedostatku soběstačnosti, strachu pádu v koupelně i z dalších důvodů.

Dále zasahuje inkontinence výrazně do potřeb existenciálních – potřeby bezpečí, ekonomické a sociální jistoty, potřeby soběstačnosti a do potřeb vztahových. Problémy v této oblasti opět významně narůstají u starších žen.

Největší dopad má však inkontinence na potřeby výše postavené v Maslowově pyramidě potřeb, tedy na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Obecně ženy vnímají inkontinenci jako projev selhání, ztráty důstojnosti a sebeúcty, změn v sebepojetí, zásah do tělesné i psychické intimity a autonomie. Ženy prožívají pocity méněcennosti, selhání, nejistot, studu, strachu ze zápachu a pomočení. To vede ke změnám v jejich chování – sociálně se izolují, omezují své dosavadní aktivity, kontakty, často i rezignují s projevy depresivního chování.

Nakonec ovlivňuje inkontinence i potřeby seberealizační v nejvyšším patře.

7.2 Psychosociální problémy

Psychosociální dopad poruch funkce dolních močových cest do různých oblastí života pacientky je závažný a netýká se jen pacientek samotných. Mohou u nich nastat i změny sociálních vazeb a následně může dojít i k prohloubení psychopatologických stavů spojených s únikem moči.

Výskyt inkontinence moči představuje velký problém ošetrovatelský, medicínský, ekonomický, společenský, ale především psychosociální.

Inkontinence je často skrytým důvodem změn chování takto postižených žen a bývá také důvodem vztahových konfliktů. V mnoha případech se ženy snaží svůj problém utajit. Hlavním důvodem utajování, který ženy udávají, je stud. Stud je hlavním negativním pocitem porušené intimity ženy a je projevem frustrované sebeúcty. Stud se v chování projevuje snahou utajit inkontinenci moči před nejbližšími a omezováním společenského kontaktu a pozvání návštěv. Jako další negativní pocity ženy uvádějí ztrátu důstojnosti a sebeúcty, omezení svobody s prožíváním pocitů méněcennosti, omezení aktivit života a vznik nejistoty až bezmoci. (Chloubová, 2006)

7.3 Úloha sester

7.3.1 Získávání a předávání informací

Jak vyplývá z předchozího textu snižuje inkontinence kvalitu života všem ženám, zvláště těm, které ji považují za životní problém. Mnohé svůj handicap přisuzují vícečetným porodům, velké fyzické zátěži a často se také domnívají, že inkontinence ve vyšším věku je přirozená. Většinou tyto ženy ani nenapadne, že by se měly svěřit lékaři, anebo mají obavy svůj problém odhalit, protože jim stud brání o tak intimní otázce hovořit. Je třeba podotknout, že mnohdy v ordinaci praktického lékaře, urologa či gynekologa chybí prostor pro podrobnější anamnézu. Ženy rovněž uvádějí, že nebývají vyslyšeny. A zde se nabízí velmi účinná pomoc ze strany sestry, která může odebrat anamnézu o problematice močení a ucelenou informaci předat lékaři. Jestliže sestra dokáže kvalitně vést rozhovor, je vstřícná a laskavá, dokáže rozumět i nevyslovenému, nebo dát najevo snahu porozumět, případně objevit správný výraz pro potíže, pak se žena ráda sestře se

svými problémy svěří. Sestra tedy může být velmi důležitou osobou při vedení rozhovoru a často také motivující pomocí při rozhodování ženy, jak se svým problémem naloží. Každá žena však potřebuje mít čas si vše rozmyslet. Je třeba jí dát prostor, aby se sama rozhodla změnit svůj současný stav. To má později velmi pozitivní vliv na léčebný režim v další etapě jejího života. Každá z žen je jiná, každá má své problémy a každá očekává, že se jí zdravotníci budou naplno věnovat. Zvláštní pozornost zasluhuje vždy nová klientka při prvním kontaktu. Na něm totiž většinou záleží, jak bude klientka dále spolupracovat při léčbě. Důležité je získat důvěru, aby se sestře pacientka se svými problémy svěřila. Většinou se to daří a ženy své sestřičce řeknou mnohdy víc než lékaři. „*Ono totiž někomu vyprávět, že vám při každém pohybu uniká moč, že máte strach, že jste cítit a že to okolí pozná, že je pro vás hrozná představa, když máte někam cestovat, protože vám bude muset stavět autobus na čurání, že lístky do kina si kupujete pouze na kraj řady, že vidíte dveře od bytu, a než je odemknete, tak se pomočíte, to vůbec není nic příjemného.*“ (Drnková – Nejepssová, Práce sestry v urogynekologické ambulanci, Sestra, 2005, příloha Inkontinence, s. 12) Existuje však i opak – jsou to ženy, které přicházejí do odborných urogynekologických ambulančí a tvrdí, že jim vlastně nic není, že ani nevědí proč je tam jejich praktický lékař poslal a na otázku, jestli jim někdy unikne moč, odpoví, že vlastně ne...jen když se zasmějí, zakaškou, zakopnou, zvednou něco těžkého, ale to prý je normální. Je na sestře takové klientce vysvětlit, že to normální není, že normální je být v suchu za všech okolností. (Klevetová, 2004; Drnková – Nejepssová, 2005)

Ke zjištění typu inkontinence a objektivizaci příznaků slouží také dotazníky – stále nejčastěji je používán Gaudenzův dotazník a různé mikční deníky. Vysvětlení správného vyplnění dotazníku či práce s mikčním deníkem je opět na sestře. Sestra je tedy pro inkontinentní ženu také zdrojem informací. V případě nutnosti provedení urodynamického vyšetření podává sestra informace o jeho průběhu - podrobněji viz následující podkapitola. Další cenné informace podává sestra ženě, které bylo k léčbě problémů s močením doporučeno cvičení pánevního dna. V tomto případě nejde jen o předání informačních materiálů s obrázky cvičících postav, ale je třeba pacientce podrobněji vysvětlit, jak jednotlivé cviky provádět, nebo ji doporučit k cílené rehabilitaci u specialistů, kde se správnému provádění cviků naučí a je zkontrolována, zda při cvičení skutečně provádí kontrakce svalů pánevního dna. Je totiž známo, že mnoho žen neprovádí tyto svalové stahy správně, když jim byly poskytnuty jen ústní nebo psané instrukce. I přes

probíhající léčbu může mít žena stále problémy s odtékající močí a od sestry očekává kvalitní informace o možnostech inkontinenčních pomůcek, které by ženě vrátily možnost bezstarostně a plnohodnotně prožívat svůj život. Inkontinenční pomůcky jsou nabízeny mnoha firmami, v mnoha variantách pro různé typy inkontinence, a některé je možné získat i na předpis, bez doplatku.

Podávání informací klientkám s inkontinencí je samozřejmou součástí práce sester, a to nejen v ambulancích praktických a odborných lékařů, ale i v lůžkových zdravotnických zařízeních. V některých nemocnicích pracují přímo edukační sestry pro pacienty s inkontinencí. Jejich hlavní náplní práce je oblast edukace v této problematice, pomoc pacientovi pochopit podstatu nemoci, její příčiny a jeho vlastní roli v péči o své zdraví, případně opravit jeho chybný náhled a přístup, zabezpečit výukové materiály a pomůcky. Edukační sestry se kontinuálně vzdělávají ve svých edukačních oblastech formou specializovaných kurzů, školení a seminářů. (Zvoníčková, 2006)

7.3.2 Urodynamické vyšetření

Pro klientky, které se rozhodnou svůj problém řešit, existují urogynekologické ambulance. Do těchto odborných ambulancí mohou být klientky odeslány praktickým nebo odborným lékařem, nebo se mohou přímo samy objednat. Po úvodním rozhovoru a vyšetření lékařem je u velké části žen prováděno urodynamické vyšetření, které slouží k posouzení funkce močových cest a správnému určení typu inkontinence. K urodynamickému vyšetřování bývají v urogynekologických ambulancích zaškoleny porodní asistentky. Samotné vyšetření je velice intimní, k pacientce je nutno přistupovat s taktem a porozuměním. Ženy většinou přicházejí s obavami a s pocitem studu. Proto se sestra musí pacientku předem seznámit s průběhem vyšetření a zbytečných obav ji zbavit. Urodynamické vyšetření se provádí v gynekologické poloze a trvá asi 20 minut. Na začátku vyšetření jsou zaváděny katetry, rektální a uretrální. Tyto úkony jsou velice nepříjemné, a proto se sestra musí vždy snažit provádět je citlivě a co nejšetrněji. V rámci zachování intimity klientky sestra přikrývá podbřišek a zevní část rodidel rouškou. Poté je pacientka připravena k samotnému vyšetření. Během něho je uretrálním katetrem plněn močový měchýř, pacientka je dle potřeby vyzvána sestrou, aby zakašlala a nebo ve fázi cystometrie poučená pacientka sestru informuje o vnímání pocitů při plnění močového měchýře – je zaznamenáván první pocit náplně, první slabé nucení, normální nucení, silné

nucení a maximální kapacita močového měchýře. Tímto pocitem maximální kapacity cystometrie končí a jsou odstraněny katetry. U pacientek s urgentní inkontinencí se mohou během plnění močového měchýře objevit detrusorové kontrakce, což je vnímáno jako náhlé, krátkodobé a silné nucení. Může dojít i k úniku moči. Přístroj tyto urgency zaznamená jako zvýšení intravezikálního tlaku. Součástí urodynamického vyšetření je tzv. stres test, kdy pacientka s normálně naplněným měchýřem opakovaně zakašle a sestra sleduje, zda a v jakém množství moč uniká. Poslední a nejméně náročnou částí vyšetření je uroflowmetrie, kdy se pacientka spontánně vymočí do speciální mikční stolice. V této fázi se zaznamenává maximální a průměrná průtoková rychlost proudu, vyloučený objem a čas trvání mikce. Výsledky urodynamických vyšetření jsou součástí algoritmu stanovování diagnózy a práce sestry má v tomto směru velký význam. Sestra musí, jak již bylo řečeno, pacientku připravit a průběh vyšetření jí náležitě vysvětlit, aby správně spolupracovala. Musí však také perfektně ovládat vyšetřovací postupy (cévkování,...), provádět je za přísně aseptických kautel a umět obsluhovat složité vyšetřovací přístroje. (Forejtová, 2004)

II. Empirická část

Druhá empirická část bakalářské práce je věnována výzkumu prováděnému mezi klientkami urogynekologické ambulance a zaměřenému právě na spokojenost klientek s jednotlivými metodami léčby. Cílem je zjistit - jak je uvedeno v samotném názvu práce - “úspěšnost” léčby, ne ovšem metodami objektivního posuzování výsledků léčby např. lékařským vyšetřením pomocí ultrazvuku, ale ríše subjektivním hodnocením léčených či vyléčených klientek urogynekologické ambulance.

Otázky položené ženám v dotazníku směřovaly ke zjištění informací potřebných k dosažení dílčích a zejména hlavního cíle výzkumu.

Dílčí cíle:

- ověřit, zda průměrná žena trpící inkontinencí je
 - vyššího věku
 - vykonávala ve svém životě fyzicky namáhavou práci
 - opakovaně rodila, popř., že její dítě při narození vážilo více než 4 000g
- zjistit - průměrnou dobu trvání obtíží inkontinentní ženy do doby než poprvé navštívila lékaře z důvodu úniku moči
 - kterého z lékařů navštívily ženy jako prvního
 - jakým způsobem do té doby své problémy řešily

Hlavní cíl:

- zjistit - do jaké míry jsou ženy spokojeny s použitou léčbou
 - jestli použitá léčba změnila jejich obtížnou životní situaci

8 Výzkum

8.1 Metoda výzkumu

Jako metoda výzkumu byla zvolena forma originálního anonymního dotazníku. Respondentky v něm byly požádány o odpovědi na 11 otázek. Své odpovědi zaškrávaly nebo dopisovaly. Dotazník byl záměrně vypracován velmi jednoduchou formou a psán větším písmem, nejen aby jeho čtení nezabralo mnoho času, ale také aby byly klientky schopny si s jeho vyplněním samy poradit. První verze dotazníku byla konzultována se sestrami urogynekologické ambulance, zejména z hlediska jasnosti položených otázek s ohledem na očekávaný typ odpovědi. Jedna z otázek byly následně upravena.

8.1.1 Pilotáž

Pilotáž výzkumu byla provedena začátkem listopadu během jedné odpolední směny v urogynekologické ambulanci. Připravené dotazníky vyplnily 3 ženy. Otázkám rozuměly, odpovědi byly jasné. Dotazník byl takto použit pro hlavní výzkum. Dotazník viz příloha 5.

8.2 Soubor

Celkový počet žen, které vyplnily anonymní dotazník pro ženy s močovou inkontinencí byl 48.

První polovina souboru – 24 žen - bylo požádáno o vyplnění dotazníku při návštěvě urogynekologické ambulance. Tyto ženy byly léčeny konzervativně.

= soubor žen léčených konzervativními metodami

Druhá polovina souboru – také 24 žen – byly ženy, které byly v minulých letech z důvodu inkontinence operovány. Tyto ženy byly požádány o vyplnění dotazníku dopisem, protože urogynekologickou ambulanci již pravidelně nenavštěvují.

= soubor žen léčených operačními metodami

8.3 Vlastní výzkum

Výzkum byl prováděn od listopadu 2006 do února 2007 na gynekologicko-porodnickém oddělení Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi. Náležitě poučené ochotné sestry z urogynekologické ambulance žádaly pacientky vždy v době kontroly na ambulanci o vyplnění dotazníku a podaly klientce jednoduché a krátké vysvětlení o záměru akce – tedy zjišťování spokojenosti s léčbou. Podrobnější informace nebylo třeba podávat, problémy s vyplněním dotazníku ženy neměly.

Ženy vyplňovaly dotazník v čekárně urogynekologické ambulance, kde měly dostatek času i soukromí. Čekárna ambulance je totiž situována na konci chodby ambulanti části gynekologicko-porodnického oddělení. V čekárně se také většinou nesejde více žen najednou, protože jsou na vyšetření objednávané v pravidelných intervalech.

Výběr žen dotazovaných při návštěvě ambulance byl tedy čistě náhodný. Podmínkou bylo jen to, aby žena byly léčena alespoň 3 měsíce a byly ochotná dotazník vyplnit. Celkem byly získány odpovědi od 24 žen. To byl soubor žen léčených pro inkontinenci metodami konzervativními.

Druhou polovinu souboru měly tvořit ženy, které byly pro inkontinenci operovány. V době provádění výzkumu však ambulanci nenavštívila žádná operovaná klientka. Bylo proto nutné zvolit jinou formu dotazování. Z kartotéky operovaných žen byl náhodně vybrán soubor vždy 10 žen po operaci Burch, TVT a TVT-O. Celkem 30 žen. Těmto ženám byly rozeslány dopisy s dotazníky, nadepsanou ofrankovanou obálkou a průvodním dopisem. Průvodní dopis obsahoval žádost o vyplnění dotazníku a o jeho zaslání zpět na urogynekologickou ambulanci. Shodou okolností odpovědělo rovněž 24 žen. Návratnost poštou zasílaných dotazníků byla tedy 80%.

8.4 Analýza dotazníků

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v procentech formou výšečových grafů. Pro porovnávání jsou použity grafy sloupcové. Konkrétní čísla jsou zaznamenána v tabulkách. Analýza dotazníků je podle charakteru otázek zpracována buď do grafů a tabulek odděleně v souborech podle druhu léčby nebo souhrnně:

A = Soubor žen léčených konzervativními metodami (modré grafy)

B = Soubor žen léčených operačními metodami (žluté grafy)

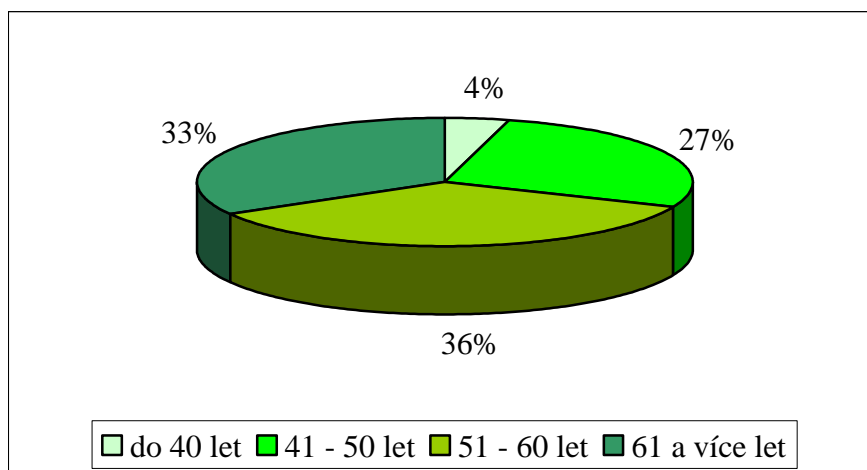
AB = Soubor všech respondentek (zelené grafy)

1. Věkové zastoupení respondentek – soubor AB

Tabulka 1: Věk respondentek – soubor AB

věk respondentek - soubor AB	
do 40 let	2
41 - 50 let	13
51 - 60 let	17
61 a více let	16
celkem	48

Graf 1: Věk respondentek – soubor AB



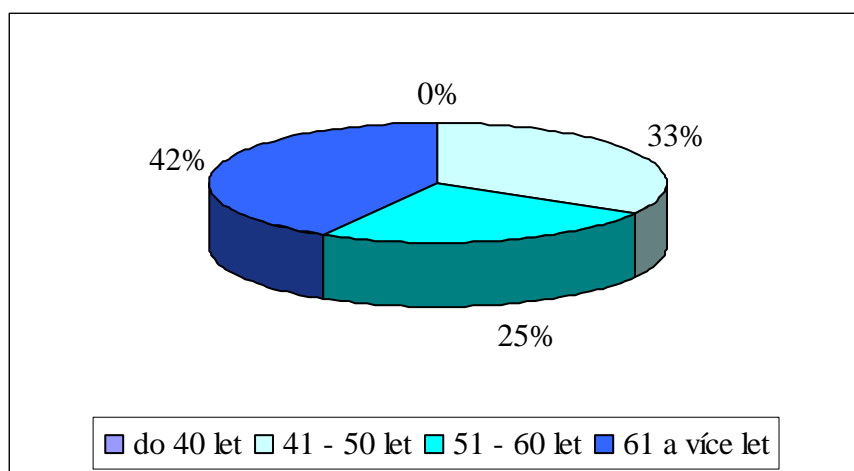
Zkoumaný soubor žen byl rozdělen na 4 kategorie. Nejvíce početná kategorie byla 51-60 let, do ní spadalo 36% respondentek z celého souboru. Nejmladší ženě bylo v době provádění výzkumu 36 let a nejstarší 76 let. Věkový průměr byl 56,5 let.

2. Věkové zastoupení respondentek - soubor A

Tabulka 2: Věk respondentek - soubor A

věk respondentek - soubor A	
do 40 let	0
41 - 50 let	8
51 - 60 let	6
61 a více let	10
celkem	24

Graf 2: Věk respondentek - soubor A



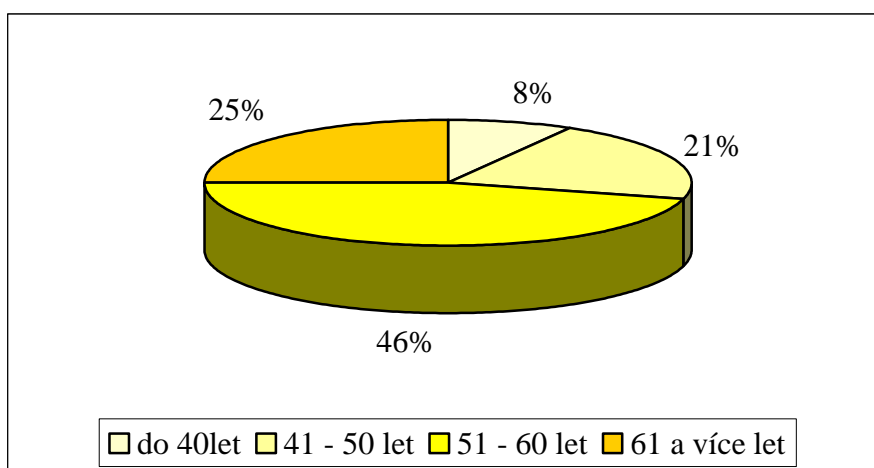
V souboru A – respondentek léčených konzervativními metodami byl průměrný věk 57,75 let. Nejpočetnější skupinou byla skupina žen starších 61 let, do které spadalo 42% respondentek. Nejmladší ženě bylo v době výzkumu 44 let a nejstarší 76 let.

3. Věkové zastoupení respondentek - soubor B

Tabulka 3: Věk respondentek - soubor B

Věk respondentek - soubor B	
do 40let	2
41 - 50 let	5
51 - 60 let	11
61 a více let	6
celkem	24

Graf 3: Věk respondentek - soubor B



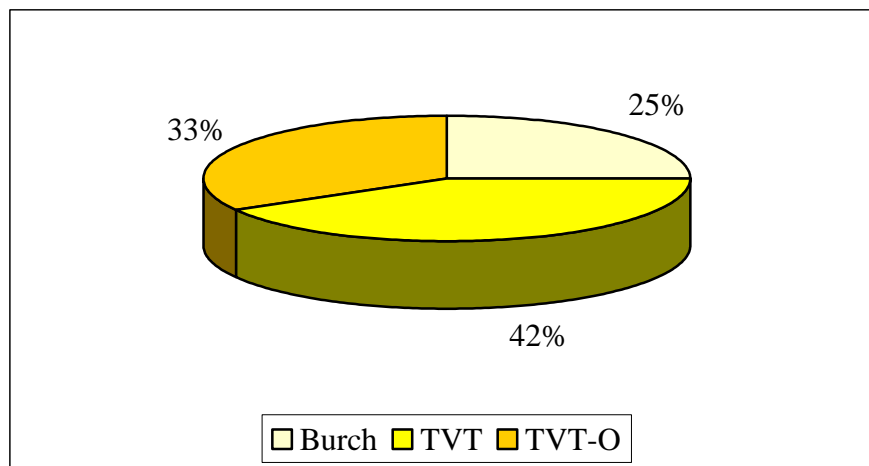
V souboru B – respondentek léčených operačními metodami byl průměrný věk v době provádění výzkumu 55,3 let. Nejmladší ženě bylo 36 a nejstarší 71 let. Průměrný věk těchto respondentek v době provedení operace byl 51,4 let, přičemž se u jednotlivých typů operace lišil jen o 1 rok. Nejmladší ženě bylo v době operace 33 let a nejstarší 68 let. Obě byly operovány metodou TVT. Jak již bylo potvrzeno předešlými šetřeními, jsou inkontinentní ženy převážně vyššího věku. U souboru operovaných žen může být tento fakt zkreslen dalšími faktory. Je to zejména nutný souhlas klientky s operací – některé se zákrokem nesouhlasí a dále se raději léčí konzervativně. Dalším faktorem je také zdravotní stav klientky – v některých případech lékař internista nedoporučí u starší klientky provedení operace ze zdravotních důvodů. Proto věkový rozdíl respondentek léčených konzervativně (průměrný věk 57,75 let) a operačně (průměrný věk v době provedení operace 51,4 let) není zcela zanedbatelný, činí 6,35 let. Operovány byly tedy spíše respondentky mladší.

4. Zastoupení typů operace - soubor B

Tabulka 4: Zastoupení typů operace - soubor B

zastoupení typů operace - soubor B	
Burch	6
TVT	10
TVT-O	8
celkem	24

Graf 4: Zastoupení typů operace - soubor B



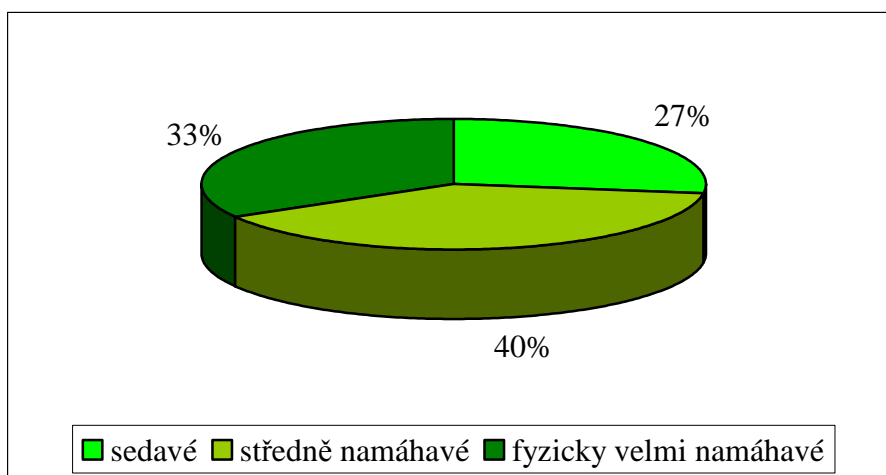
V souboru žen léčených operačními metodami byla u 25% žen použita závěsná operace podle Burche, u 33% žen metoda pásky TVT- O a nejvíce respondentek - 42% bylo po operaci páskou TVT. Celkový počet žen v souboru byl 24.

5. Vykonávané zaměstnání respondentek - soubor AB

Tabulka 5: Zaměstnání respondentek – soubor AB

zaměstnání respondentek – soubor AB	
sedavé	13
středně namáhavé	19
fyzicky velmi namáhavé	16
celkem	48

Graf 5: Zaměstnání respondentek – soubor AB



V dotazníku měly respondentky zaškrtnout jednu ze tří nabízených možností fyzické náročnosti svého zaměstnání. Protože ženy, které jsou již v důchodu, by na tuto otázku neodpovídaly, bylo požadováno i zaměstnání bývalé, neboť i bývalé zaměstnání se jistě podepsalo na stavu pánevního dna dané ženy.

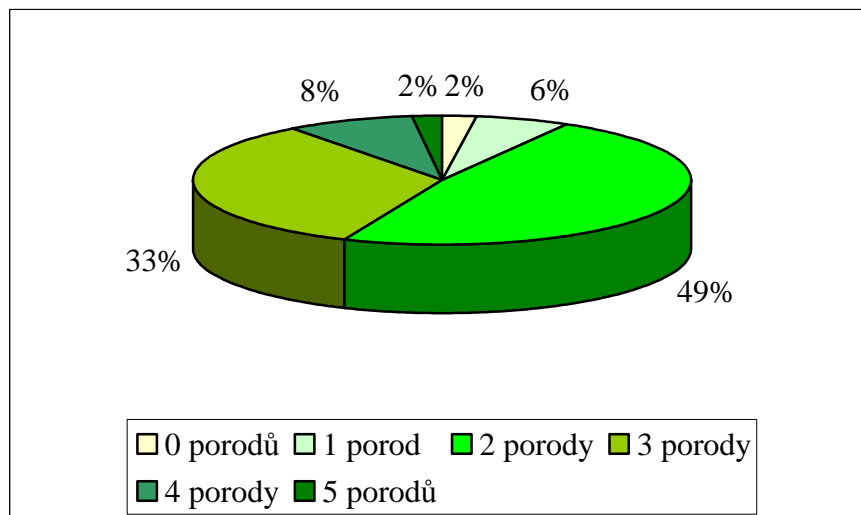
Výsledky šetření v daném souboru AB, ohledně zaměstnání inkontinentních žen nepotvrzují však zcela jasně, že mezi ženami těžce pracujícími jsou později ženy více inkontinentní. V celém souboru žen s inkontinencí jich uvedlo 33%, že vykonávají nebo vykonávaly fyzicky velmi namáhavou práci.

6. Počet porodů respondentek - soubor AB

Tabulka 6: Počet porodů – soubor AB

počet porodů – soubor AB	
0 porodů	1
1 porod	3
2 porody	23
3 porody	16
4 porody	4
5 porodů	1
celkem	48

Graf 6: Počet porodů – soubor AB



Těhotenství a porod jsou rizikovými faktory vzniku inkontinence v pozdějších letech života ženy. Tento fakt byl šetřením v souboru AB potvrzen.

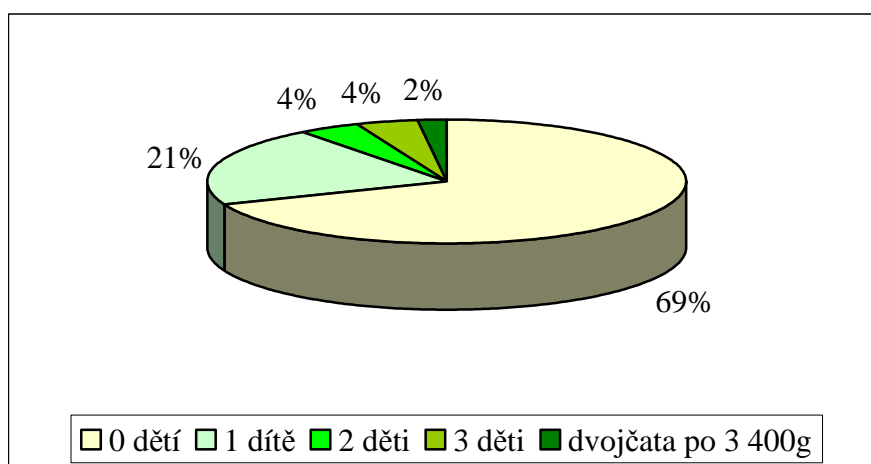
Jen 2% dotazovaných žen bylo bezdětných. Porod jednoho dítěte se nezdá být ještě natolik rozhodující pro pozdější inkontinenci – 6% respondentek rodilo jednou, ovšem 2 a více porodů mělo 92% dotazovaných žen.

7. Počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g u respondentek - soubor AB

Tabulka 7: Počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g – soubor AB

počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g – soubor AB	
0 dětí	33
1 dítě	10
2 děti	2
3 děti	2
dvojčata po 3 400g	1
celkem	48

Graf 7: Počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g – soubor AB



Struktury pánevního dna zodpovědné za kontinenci jsou zatíženy obzvláště těhotenstvím a porodem, při kterém má plod větší hmotnost, nebo jde-li o vícečetné těhotenství. Průměrný donošený novorozenec má hmotnost asi 3 300g. Respondentky byly dotazovány na počet svých dětí narozených s porodní hmotností větší než 4 000g, protože tato hmotnost je odborníky udávána jako mezník větší rizikovosti vzniku inkontinence v pozdějších letech života ženy.

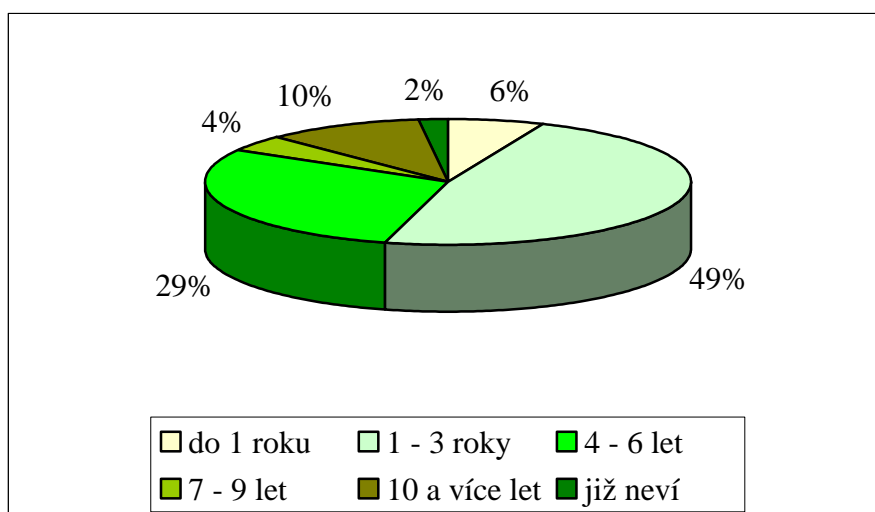
Žen, které udaly narození dětí s vyšší porodní hmotností, bylo 31%. Možná se zdá být toto číslo poměrně nízké, ale je stále třeba myslet na to, že tyto děti nejsou hmotnostně průměrní! Jedna respondentka do dotazníku připsala, že porodila dokonce dvojčata, z nichž každé vážilo 3 400g! Celkem 6 800g jen váha plodů!

8. Doba trvání obtíží s inkontinencí u respondentek - soubor AB

Tabulka 8: Doba trvání obtíží s inkontinencí – soubor AB

Doba trvání obtíží do návštěvy lékaře – soubor AB	
do 1 roku	3
1 - 3 roky	23
4 - 6 let	14
7 - 9 let	2
10 a více let	5
již neví	1
celkem	48

Graf 8: Doba trvání obtíží s inkontinencí – soubor AB



Z odpovědí vyplývá, že většina žen se s problémy s únikem moči rozhodně nechlubí. Ani lékařům. Do jednoho roku navštívilo se svými problémy lékaře jen 6 % žen. Nejvíce žen – téměř polovina – odkládalo návštěvu u lékaře 1 – 3 roky. Další početnou skupinou byla skupina žen, které nešly k lékaři 4 – 6 let. Vyskytka se jedna respondentka, jež uvedla dobu 15 let a jedna dokonce 30 let! Tiše trpělo přes 10 let celkem 5 žen. Jedna žena si na dobu trvání obtíží s únikem moči do návštěvy lékaře již nevzpomněla.

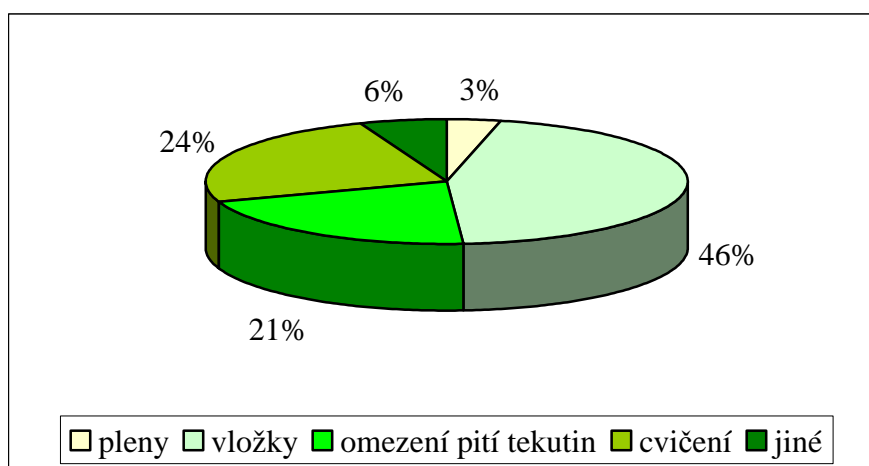
Průměrná doba trvání obtíží s mimovolným únikem moči do první návštěvy lékaře z těchto důvodů byla 4,3 roku.

9. Řešení problémů s únikem moči - soubor AB

Tabulka 9: Řešení problémů s únikem moči – soubor AB

řešení problémů s únikem moči – soubor AB	
pleny	3
vložky	39
omezení pití tekutin	18
cvičení	21
jiné	5

Graf 9: Řešení problémů s únikem moči – soubor AB



Z odpovědí na předchozí otázku je jasné, že trpící ženy musely svou často dlouhotrvající situaci nějak řešit. Otázka v dotazníku ohledně řešení problémů s únikem moči byla zadána jako částečně otevřená. Ženy si mohly vybrat z nabízených možností a nebo dopsat své zkušenosti s řešením těchto problémů. Mohly také použít více možností. Proto tabulka 9 neuvádí celkový počet.

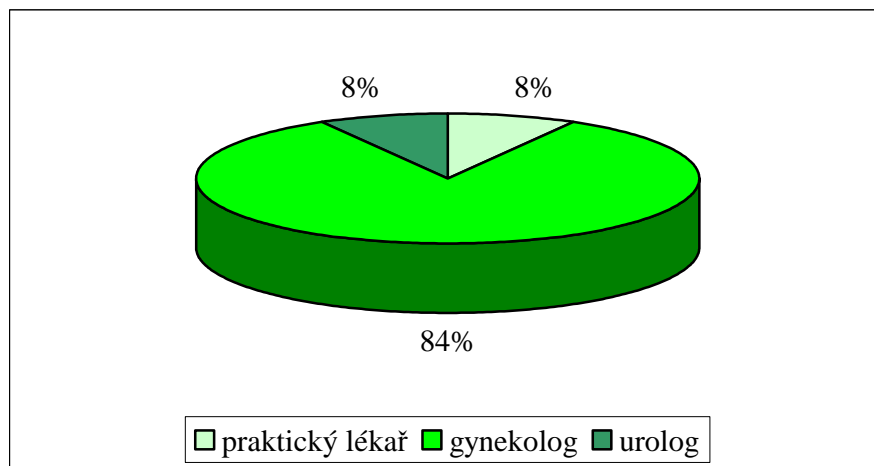
Respondentky nejčastěji udávaly jako řešení problémů s únikem moči do doby, než poprvé navštívily lékaře, používání vložek. Dá se říci, že tato odpověď byla očekávána. Příjemně překvapující však bylo, že ženy uvedly jako druhé nejčastější řešení cvičení. Třetí nejčastější bylo sice očekávané, ale velmi nesprávné omezování se v pití tekutin. Mezi jinými možnostmi ženy uvedly časté močení, pití urologického čaje, braní blíže neupřesněných léků, snahu nevystydnout a vyhýbání se kontaktu s lidmi.

10. První navštívený lékař - soubor AB

Tabulka 10: První navštívený lékař – soubor AB

první navštívený lékař – soubor AB	
praktický lékař	4
gynekolog	40
urolog	4
celkem	48

Graf 10: První navštívený lékař – soubor AB



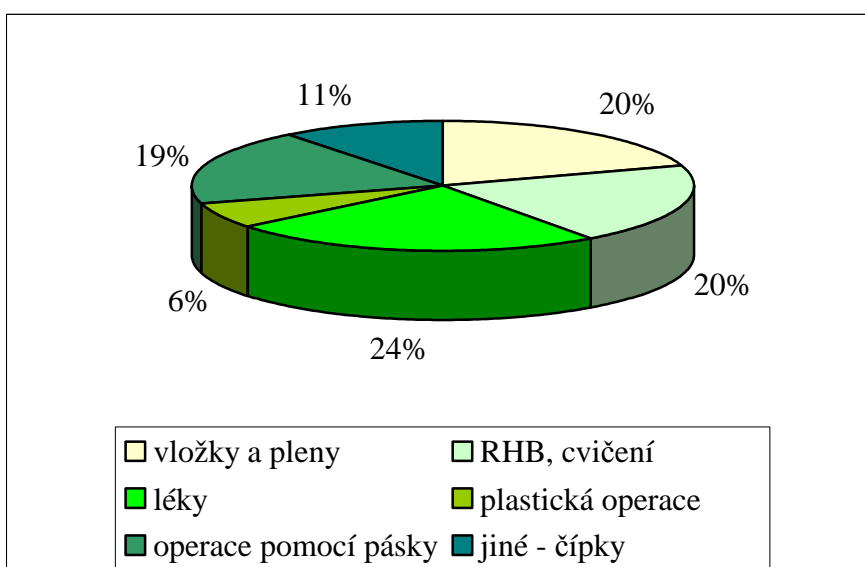
Na otázku “Kterého lékaře jste navštívila nejdříve se svými problémy?” odpovídaly ženy celkem jednoznačně. 84% odpovědí bylo, že tímto lékařem byl gynekolog. Praktický lékař a urolog získali shodně 8%. Tato převaha gynekologů jako prvních lékařů, kterým se ženy svěřují se svými intimními problémy s inkontinencí, je zřejmě způsobena právě velmi intimním zaměřením gynekologie. Urologie si však v intimnosti s gynekologií nezádá. Tak proč gynekolog? Důvodem může být to, že na gynekologii chodí ženy na pravidelné preventivní prohlídky, při kterých mohou lékaři sdělit i tento problém.

11. Použitá metoda léčby – soubor AB

Tabulka 11: Použitá metody léčby – soubor AB

použitá metoda léčby – soubor AB	
vložky a pleny	19
RHB, cvičení	19
léky	23
plastická operace	6
operace pomocí pásky	18
jiné – čípky	10

Graf 11: Použitá metody léčby – soubor AB



V této otázce mohly ženy mimo nabídnuté možnosti doplnit další metodu léčby, byla-li v jejich případě použita. Také mohly označit více odpovědí, protože jak již bylo v práci uvedeno, jsou metody léčby inkontinence často kombinovány. Jako nejčastější metodu, 24%, udávaly respondentky podávání léků. Po 20% pak získalo cvičení pánevního dna a používání vložek a plen. Operaci pomocí pásky uvedlo jako metodu své léčby 19% respondentek a 6% bylo operováno závěsnou operací podle Burche. Pokud ženy použily pro svou odpověď kolonku “jiné”, pak všechny shodně udaly čípky. Těchto žen bylo 11%. Rozdělením souboru AB podle metod léčby, jsou do souboru A řazeny ženy léčené konzervativně (vložky, pleny, cvičení, léky, čípky) a do souboru B ženy operované. Graf ukazuje operovaných jen 25%. Toto zkrácení je způsobeno udáváním více metod léčby.

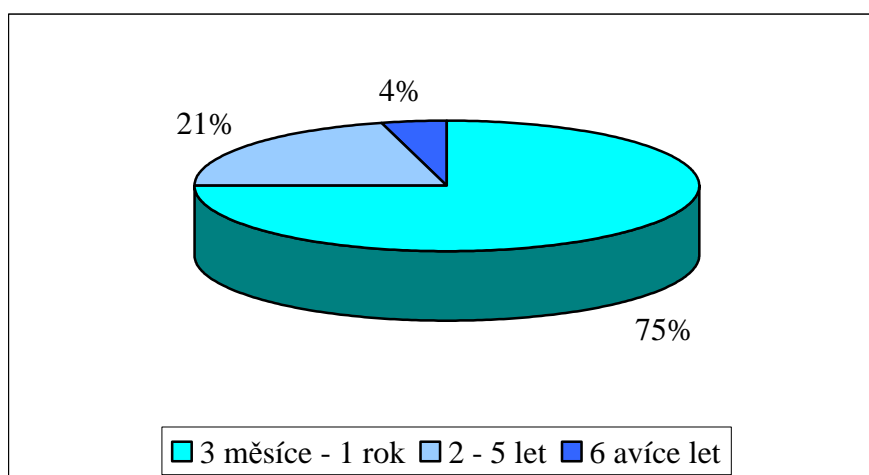
Na otázku č. 9 v dotazníku “Jak dlouho se s inkontinencí léčíte?” odpovídaly jen ženy v souboru A. Ženy operované pro inkontinenci odpovídaly na druhou část otázky “Jak dlouho jste po operaci?” Proto byl soubor AB pro tuto oblast otázek rozdělen, a bude i v dalších otázkách spokojenosti s léčbou zpracováván odděleně jako soubor A a soubor B.

12. Doba trvání léčby inkontinence – soubor A

Tabulka 12: Doba léčby inkontinence – soubor A

doba léčby inkontinence – soubor A	
3 měsíce - 1 rok	18
2 - 5 let	5
6 a více let	1
celkem	24

Graf 12: Doba léčby inkontinence – soubor A



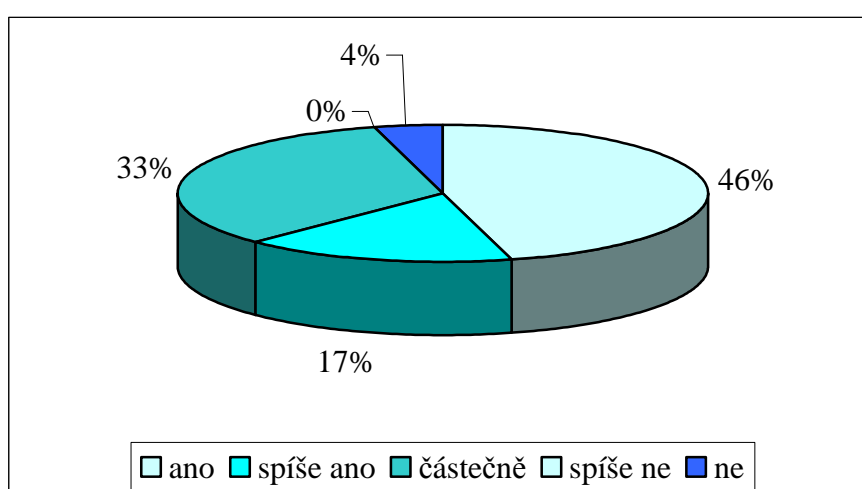
Tento graf ukazuje souhrnně dobu léčby, tak jak ji udaly respondentky souboru A, tedy všechny respondentky léčené konzervativními metodami. V souboru bylo 75% respondentek léčeno 3 měsíce až jeden rok, jen 25 % respondentek v souboru bylo léčeno déle než jeden rok. Jedna žena uvedla dobu 10let.

13. Spokojenost s léčbou – soubor A

Tabulka 13: Spokojenost s léčbou – soubor A

spokojenost s léčbou – soubor A	
ano	11
spíše ano	4
částečně	8
spíše ne	0
ne	1
celkem	24

Graf 13: Spokojenost s léčbou – soubor A



Jak ukazuje graf týkající se celkové spokojenosti žen s konzervativními metodami léčby, udávají ženy úplnou spokojenost ve 46%! Dalších 17% žen odpovědělo “spíše ano”, 33% bylo spokojeno částečně a jedna žena (4%) s léčbou spokojena nebyla.

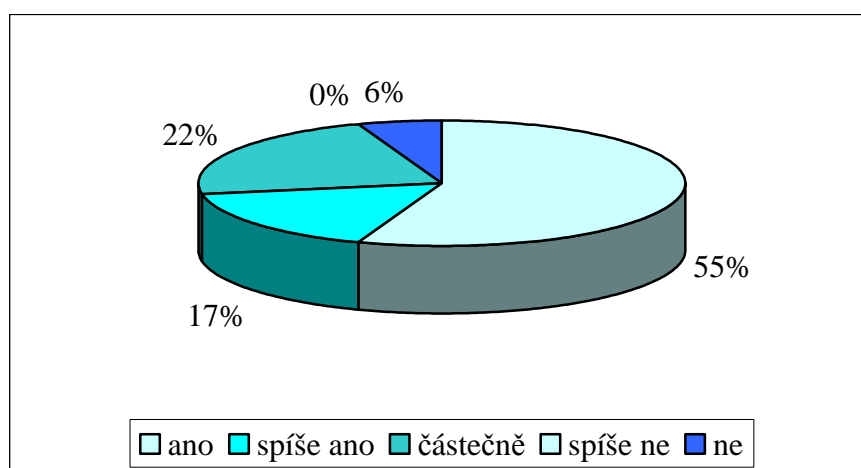
Spokojenost s léčbou inkontinence zkoumaná v této práci ovšem závisí i na dalších faktorech – na době a na typu léčby. Otázka spokojenosti s léčbou bude proto v následujícím textu rozebrána podrobněji ve vzájemných vztazích těchto faktorů.

14. Spokojenost s léčbou podle doby léčení – soubor A

Tabulka 14: Spokojenost s léčbou – doba léčby do jednoho roku – soubor A

spokojenost s léčbou - doba léčby do jednoho roku – soubor A	
ano	10
spíše ano	3
částečně	4
spíše ne	0
ne	1
celkem	18

Graf 14: Spokojenost s léčbou – doba léčby do jednoho roku – soubor A



Z grafu vyplývá, že respondetky léčené pro inkontinenci krátce – do 1 roku, udávají v 55% , že jsou plně spokojeny s léčbou. Spíše spokojeno bylo 17 % a částečně spokojeno 22%. Nespokojenost udalo 6% respondentek, což ve faktických číslech představuje 1 ženu z 18, které spadají do této skupiny.

Ze skupiny 5 žen léčených 2 – 5let byly 4 ženy spokojeny s léčbou částečně a jedna žena plně.

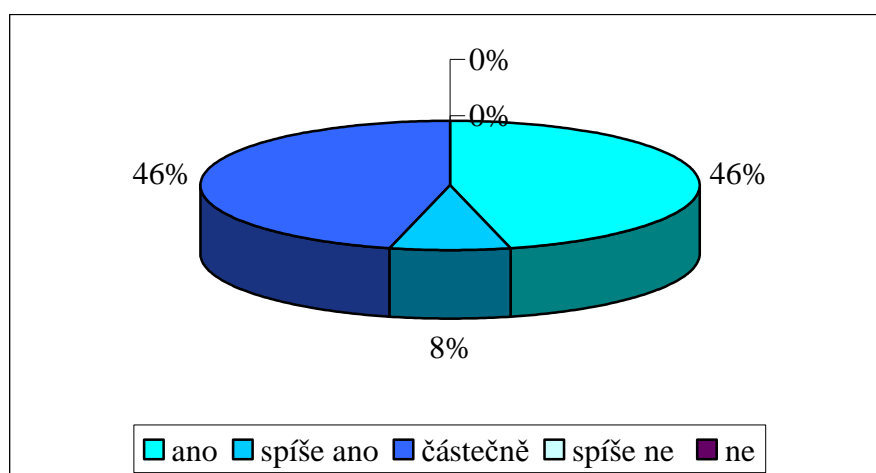
Poslední skupinu tvořila jedna žena léčená s inkontinencí 10 let a ta udala svou spokojenost termínem “spíše ano”.

15. Spokojenost s léčbou podle typu léčby – soubor A

Tabulka 15a: Spokojenost s léčbou - cvičení– soubor A

spokojenost s léčbou - cvičení – soubor A	
ano	6
spíše ano	1
částečně	6
spíše ne	0
ne	0
celkem	13

Graf 15a: Spokojenost s léčbou – cvičení – soubor A



V souboru A bylo celkem 13 žen, které udaly jako součást své léčby i cvičení.

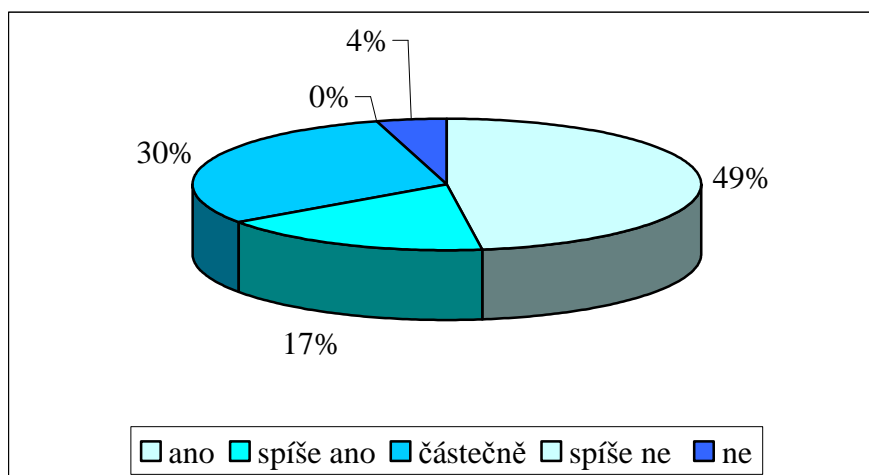
Z uvedeného vyplývá, že léčba cvičením je mezi respondentkami udávána jako vcelku úspěšná, neboť žádná z dotazovaných žen neudala nespokojenost, ba ani částečnou. 46% žen uvedlo, že je s tímto typem spokojeno zcela a také 46%, že je spokojeno částečně.

Je třeba ale myslet na to, že podstatnou variabilní složkou této metody léčby je individualita každé z takto léčených žen. Záleží na tom, zda ženy skutečně cvičí správně, dostatečně často a dostatečně dlouho, aby cvičení bylo účinné. Od toho se potom samozřejmě může odvíjet i spokojenost s léčbou.

Tabulka 15b: Spokojenost s léčbou – léky – soubor A

spokojenost s léčbou – léky – soubor A	
ano	11
spíše ano	4
částečně	7
spíše ne	0
ne	1
celkem	23

Graf 15b: Spokojenost s léčbou – léky – soubor A



V souboru A bylo celkem 23 žen, které udaly jako součást léčby podávání léků. Z této skupiny téměř polovina žen udala, že je s léčbou spokojena. 17% žen udalo spokojenost “spíše ano” a 30% spokojenost částečnou. Jedna žena udala, že není s touto metodou léčby spokojena.

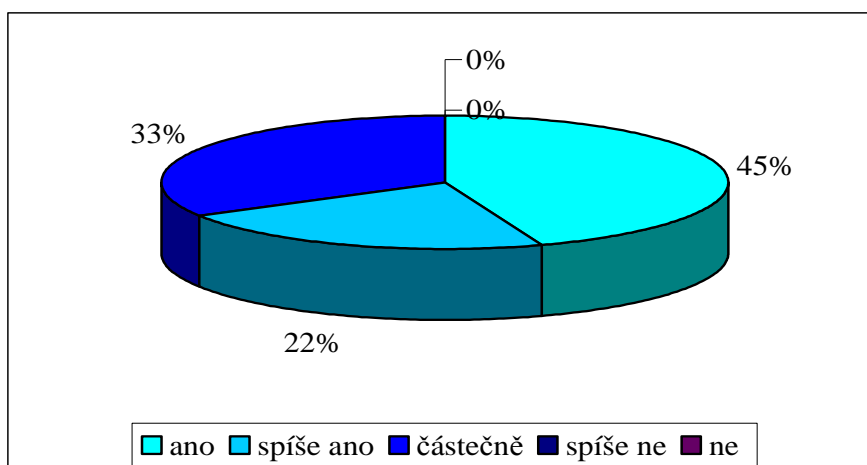
Sečtením prvních dvou možností “ano” a “spíše ano”, což znamená víceméně pozitivní hodnocení, je možné dojít k 66% spokojenosti. Tato metoda léčby je z pohledu zkoumaného souboru respondentek účinná.

Rozbor jednotlivých druhů použitých léčiv a jejich účinnosti již nebyl předmětem zkoumání této práce.

Tabulka 15c: Spokojenost s léčbou – čípky – soubor A

spokojenost s léčbou – čípky – soubor A	
ano	4
spíše ano	2
částečně	3
spíše ne	0
ne	0
celkem	9

Graf 15c: Spokojenost s léčbou – čípky – soubor A



V souboru A bylo celkem 9 žen, které udaly jako součást léčby podávání čípků

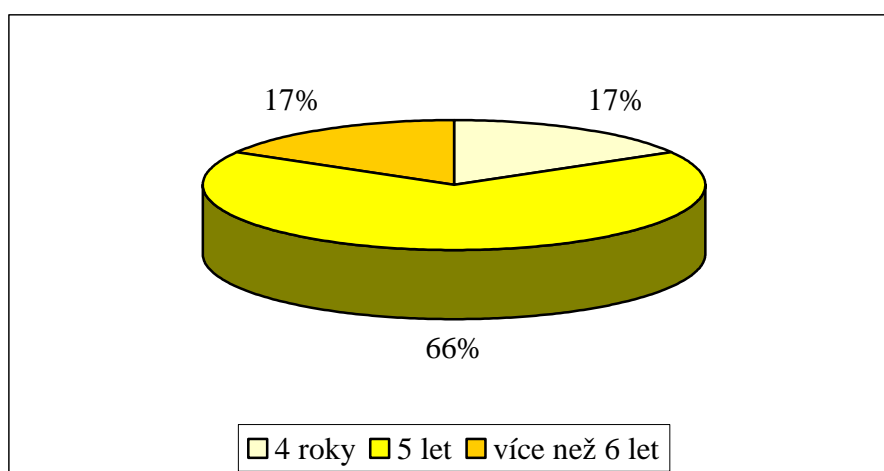
I v této skupině převažují kladná hodnocení léčby. 45% “ano” a 22% “spíše ano” dává dohromady více než dvoutřetinovou spokojenost s léčbou čípky. Žádná z respondentek neudala svou nespokojenost.

16. Doba uplynulá od operace – soubor B

Tabulka 16a: Doba uplynulá od operace Burch – soubor B

doba uplynulá od operace Burch – soubor B	
4 roky	1
5 let	4
více než 6 let	1
celkem	6

Graf 16a: Doba uplynulá od operace Burch – soubor B



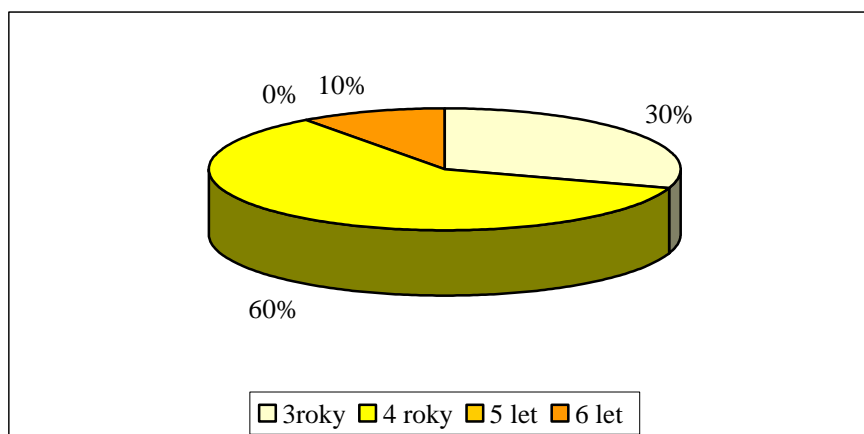
Soubor B – žen léčených operačně byl v otázkách doby uplynulé od operace a spokojenosti s léčbou hodnocen odděleně podle typů provedených operací.

Ve skupině respondentek, které byly operovány metodou závěsné plastické operace podle Burche, bylo nejvíce – 66% po operaci 5 let, 17% bylo po operaci 4 roky a ostatních 17% bylo po operaci více než 6 let. Protože tato skupina byla málo početná, byla déle než 6 let po operaci jen jedna žena, a to konkrétně 12 let!

Tabulka 16b: Doba uplynulá od operace TVT – soubor B

doba uplynulá od operace TVT – soubor B	
3 roky	3
4 roky	6
5 let	0
6 let	1
celkem	10

Graf 16b: Doba uplynulá od operace TVT – soubor B

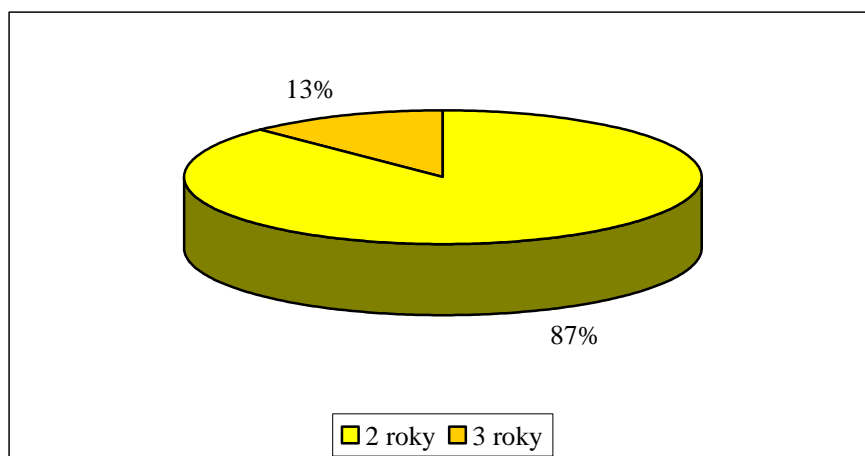


Respondentky v této skupině byly po operaci od 3 do 6 let. Nejvíce 60% bylo operováno před 4 lety a 30% před 3 lety. Jedna z žen byla po operaci páskou TVT již 6 let.

Tabulka 16c: Doba uplynulá od operace TVT-O – soubor B

doba uplynulá od operace TVT-O – soubor B	
2 roky	7
3 roky	1
celkem	8

Graf 16c: Doba uplynulá od operace TVT-O – soubor B



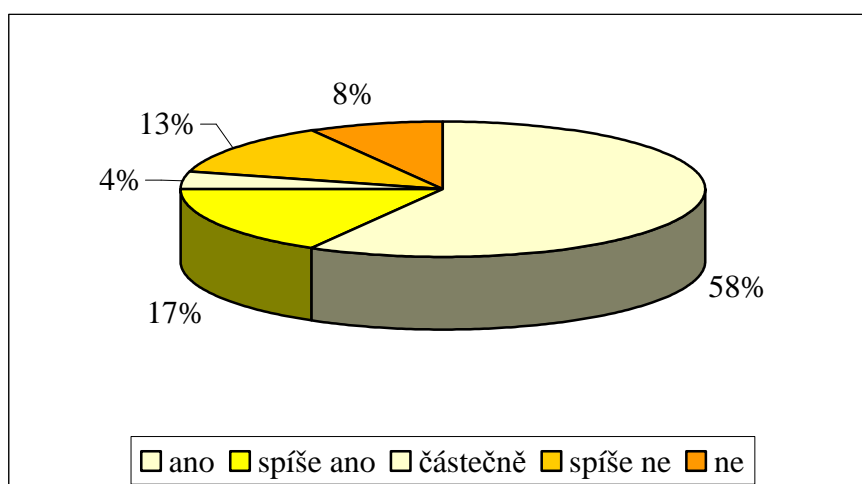
Metoda TVT-O je nejnovější používanou operační technikou. Také proto je v této skupině doba uplynulá od operace nejkratší. V dotaznících se vyskytly jen dva typy odpovědí, a to 2 a 3 roky. 87% žen bylo po operaci 2 roky a 13% 3 roky.

17. Spokojenost s léčbou – soubor B

Tabulka 17: Spokojenost s léčbou – soubor B

spokojenost s léčbou - soubor B	
ano	14
spíše ano	4
částečně	1
spíše ne	3
ne	2
celkem	24

Graf 17: Spokojenost s léčbou – soubor B



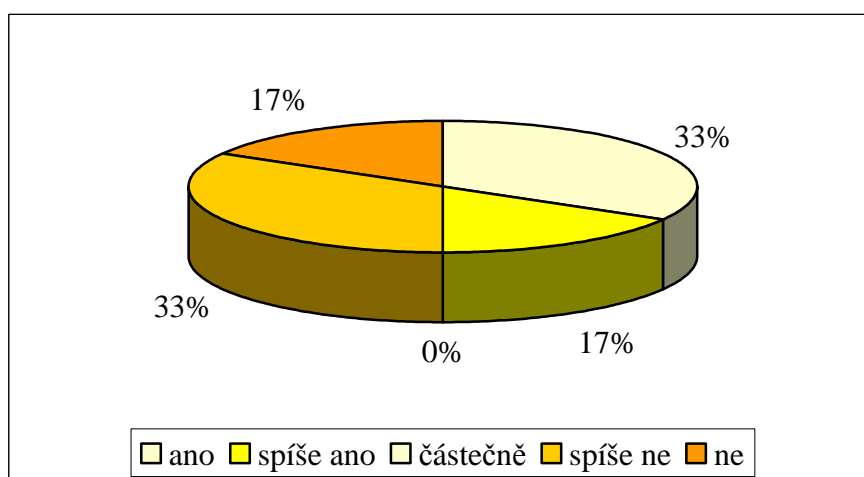
V souhrnu celého souboru B, žen operovaných různými metodami, vyjádřilo svou plnou spokojenost 58% respondentek a “spíše ano” udalo 17%. Převážně spokojeno tedy bylo 75% žen! Bohužel 8% žen bylo s operační léčbou nespokojeno.

18. Spokojenost s léčbou podle typu operace – soubor B

Tabulka 18a: Spokojenost s léčbou Burch – soubor B

Spokojenost s léčbou Burch – soubor B	
ano	2
spíše ano	1
částečně	0
spíše ne	2
ne	1
celkem	6

Graf 18a: Spokojenost s léčbou Burch – soubor B



Z grafu i tabulky je jasně patrné, že víceméně spokojeny s touto metodou léčby byly ženy jen v polovině případů.

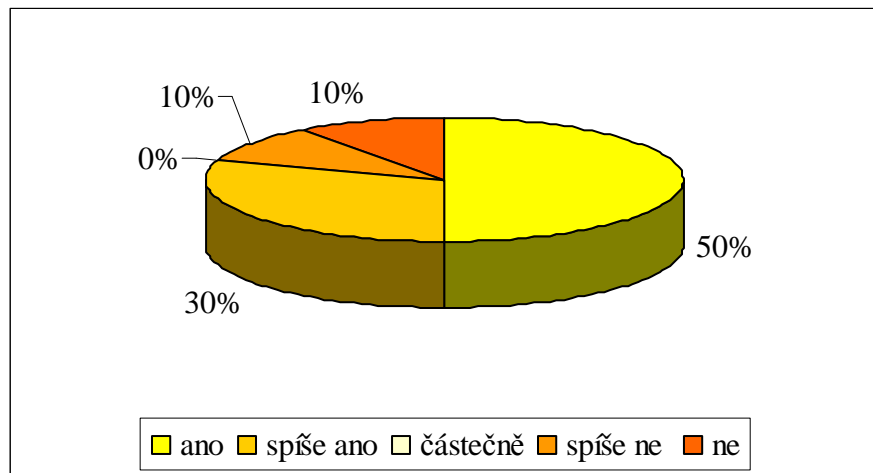
Odpověď “ano” uvedlo 33% žen a “spíše ano” 17% žen. Odpověď uprostřed škály – tedy částečnou spokojenost neudala žádná z žen. Nespokojeno a spíše nespokojeno bylo 17 a 33% žen.

Do dotazníků některé ženy dopisovaly komentáře, např.: “*Od operace se již neléčím*”, ale také: “*Po operaci to bylo půl roku dobré, ale nyní 5 let po operaci se moje potíže horší. Musím opět navštívit Vaši ambulanci!*”

Tabulka 18b: Spokojenost s léčbou TVT – soubor B

spokojenost s léčbou TVT – soubor B	
ano	5
spíše ano	3
částečně	0
spíše ne	1
ne	1
celkem	10

Graf 18b: Spokojenost s léčbou TVT – soubor B



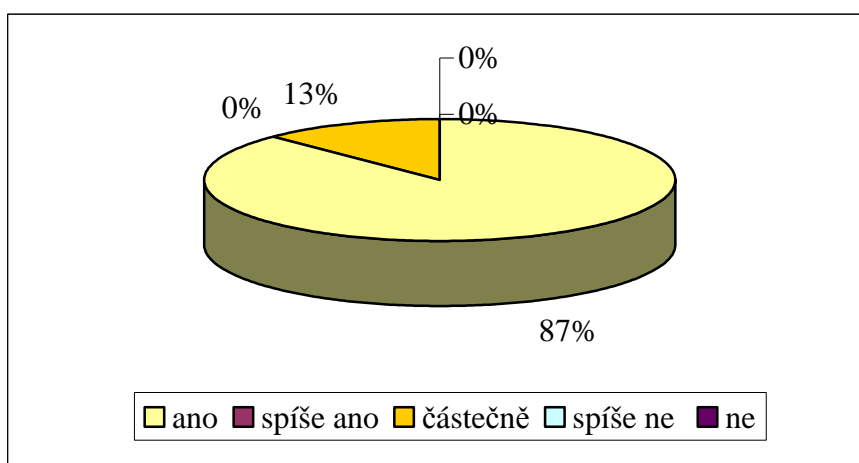
Ve skupině žen operovaných pomocí pásky TVT odpovědělo 80% žen převážně kladně – 50% bylo spokojeno zcela a 30% na otázku spokojenosti odpovědělo “spíše ano”. Střed škály odpovědí opět nevyužila žádná z respondentek. Odpověď jedné ženy, tj. 10% zněla “spíše ne” a také jedna žena byla s tímto typem léčby zcela nespokojena.

Komentáře žen zněly také více pro spokojenost s léčbou, např: *“Po operaci pomocí pásky jsem velice spokojená. Všem doporučuji!”*

Tabulka 18c: Spokojenost s léčbou TVT-O – soubor B

spokojenost s léčbou TVT-O – soubor B	
ano	7
spíše ano	0
částečně	1
spíše ne	0
ne	0
celkem	8

Graf 18c: Spokojenost s léčbou TVT-O – soubor B



Spokojenost s touto metodou operační léčby se jeví dle odpovědí respondentek tohoto výzkumu jako nejvyšší, neboť 87% žen odpovědělo, že jsou zcela spokojeny. Jedna žena odpověděla, že je po operaci spokojena jen částečně.

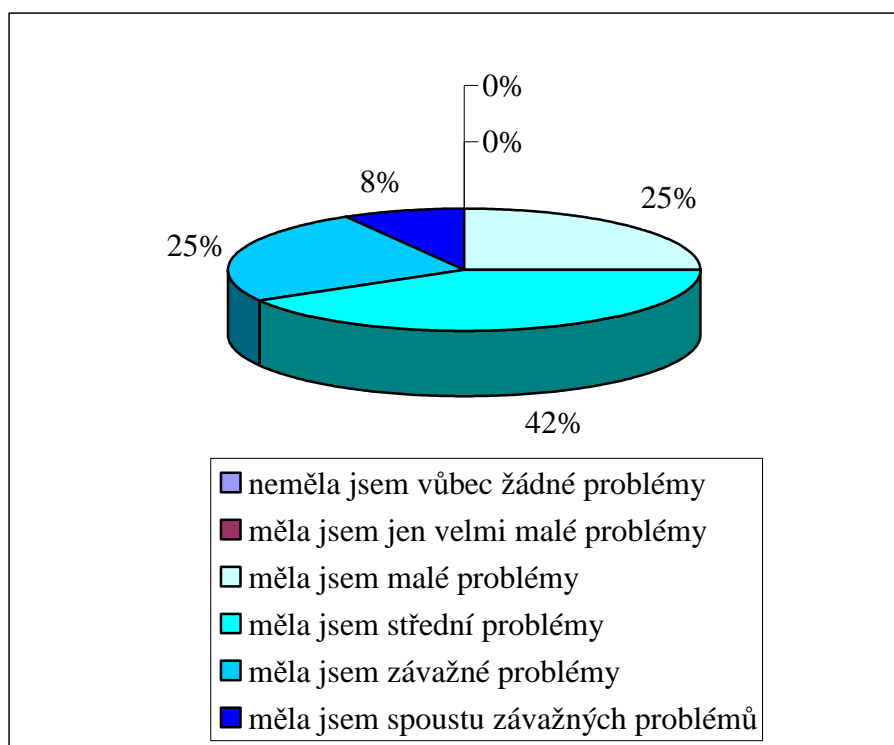
Také v těchto dotaznících se vyskytly komentáře žen, které potěší každého zdravotníka jako např.: “100% spokojená”, nebo “Vše v pořádku”.

19. Problémy s únikem moči před léčbou a v současné době – soubor A

Tabulka 19a: Situace před léčbou – soubor A

situace před léčbou -A	
neměla jsem vůbec žádné problémy	0
měla jsem jen velmi malé problémy	0
měla jsem malé problémy	6
měla jsem střední problémy	10
měla jsem závažné problémy	6
měla jsem spoustu závažných problémů	2
celkem	24

Graf 19a: Situace před léčbou – soubor A

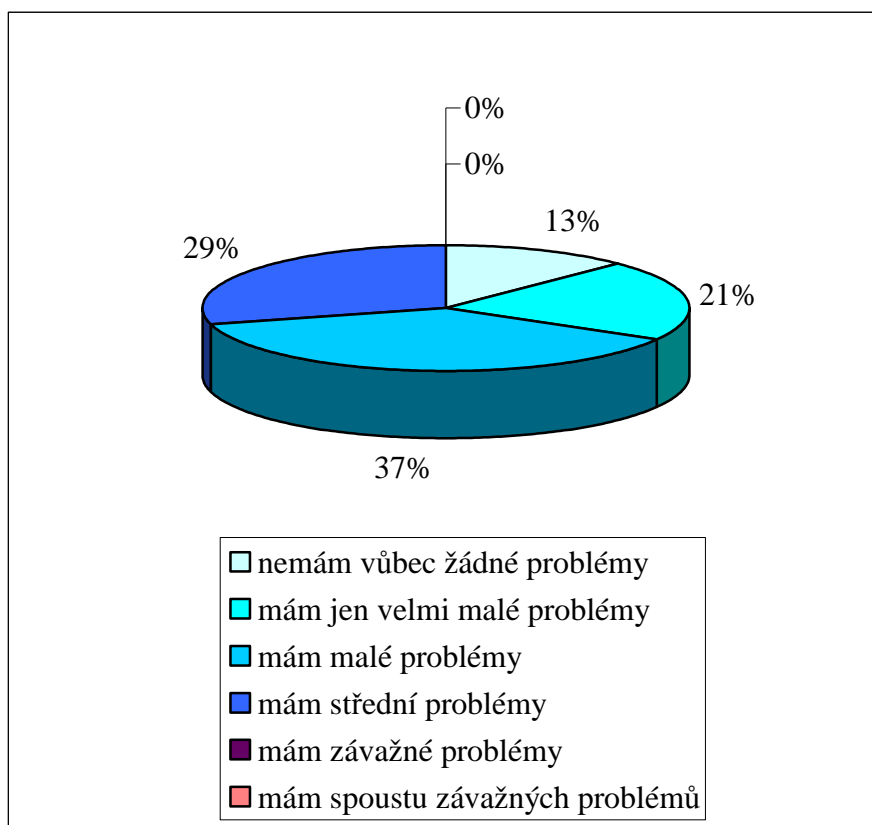


V souboru A – respondentek léčených konzervativními metodami - označovaly ženy své problémy s únikem moči před léčbou minimálně jako malé. Těchto žen bylo 25%. Nejvíce žen, 42% označilo své problémy jako střední. 25% odpovědělo “měla jsem závažné problémy” a 8% žen mělo spoustu závažných problémů před zahájením léčby.

Tabulka 19b: Situace v současné době – soubor A

situace v současné době – soubor A	
nemám vůbec žádné problémy	3
mám jen velmi malé problémy	5
mám malé problémy	9
mám střední problémy	7
mám závažné problémy	0
mám spoustu závažných problémů	0
celkem	24

Graf 19b: Situace v současné době – soubor A



V případě posuzování situace v současné době, tedy v průběhu léčby, byly výsledky obrácené. Žádná z žen nepoužila možnosti odpovědi označující závažné problémy. Své současné problémy označilo jako střední 29% respondentek, jako malé 37%, jako jen velmi malé 21% a “nemám vůbec žádné problémy” napsalo 13% respondentek.

Z těchto grafů však ještě nejsou dostatečně patrné přínosy léčby pro klientky. V dalším textu bude proto hodnocen posun, který udaly ženy v oblasti svých problémů.

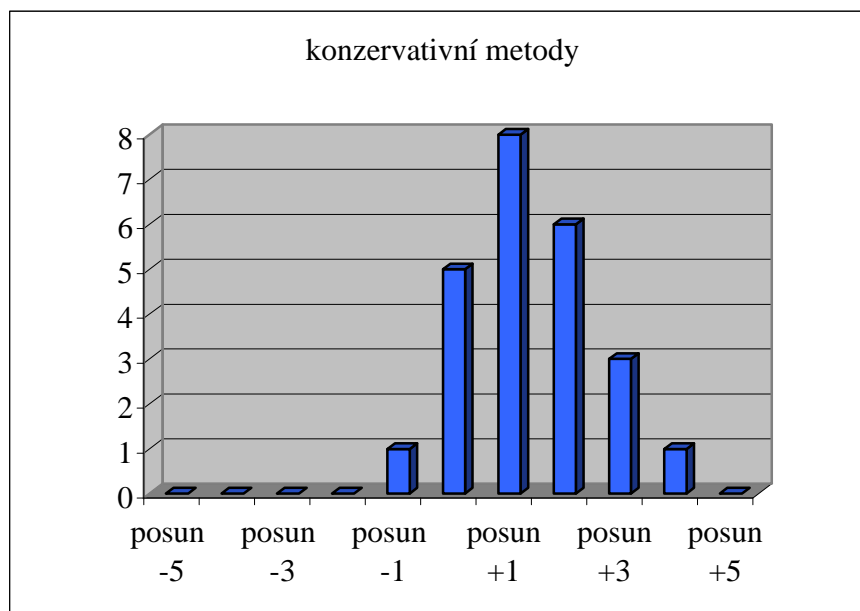
20. Souhrnné porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A

Při porovnávání odpovědí v dotazníku v otázce 11 se jednalo o zaznamenání posunu, a to ve smyslu “+” i “-” . Výsledky porovnávání budou zpracovány i pomocí sloupcového grafu, což bude zajímavé zejména u porovnávání operativních metod.

Tabulka 20: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A

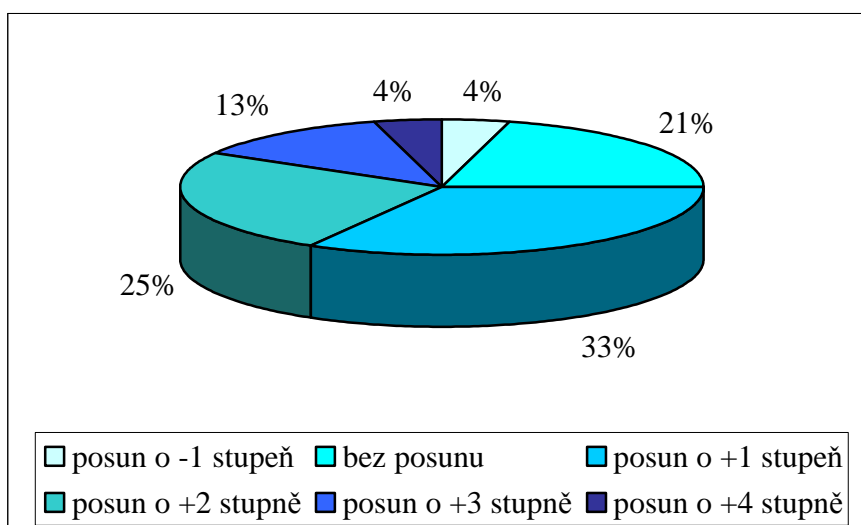
porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A	
posun -5	0
posun -4	0
posun -3	0
posun -2	0
posun -1	1
bez posunu	5
posun +1	8
posun +2	6
posun +3	3
posun +4	1
posun +5	0
celkem	24

Graf 20 - sloupcový: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A



V tomto případě použitý sloupcový graf umožňuje porovnání číselných hodnot. Nejvíce žen odpovídalo tak, že posun v jejich problémech s únikem moči je o +1 stupeň.

Graf 20 - výšečový: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A



Pro výšečový graf byly použity z tabulky 18 jen řádky, ve kterých nebyla hodnota 0. Tím je možné získat i procentuální vyjádření toho, jak respondentky odpovídaly na otázku problémů s nechtěným únikem moči před léčbou a v současné době.

Výsledky šetření zde ukazují, že celkem vysoké procento, 75% žen, uvedlo, že se jejich situace s únikem moči zlepšila, a to o 1 až 4 stupně. Nejčastěji ženy udávaly posun o 1 stupeň, což bylo dobře patrné i na předchozím sloupcovém grafu. Jedna čtvrtina žen nezaznamenala zlepšení a 4% , která představují jednu ženu, uvedla dokonce zhoršení své situace o jeden stupeň.

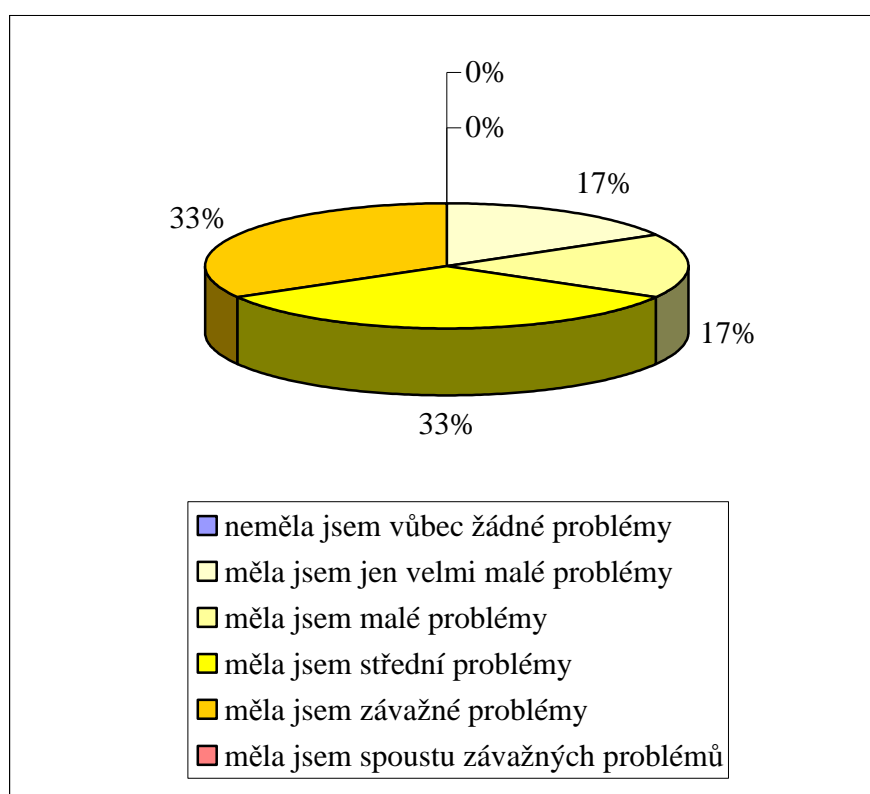
Průměrný posun v rámci celého zkoumaného souboru A, tedy žen léčených pro inkontinenci konzervativními metodami, činí +1,33 stupně.

21. Problémy s únikem moči před léčbou a v současné době – soubor B
skupina operovaná metodou Burch

Tabulka 21a: Situace před léčbou Burch – soubor B

situace před léčbou Burch – soubor B	
neměla jsem vůbec žádné problémy	0
měla jsem jen velmi malé problémy	1
měla jsem malé problémy	1
měla jsem střední problémy	2
měla jsem závažné problémy	2
měla jsem spoustu závažných problémů	0
celkem	6

Graf 21a: Situace před léčbou Burch – soubor B

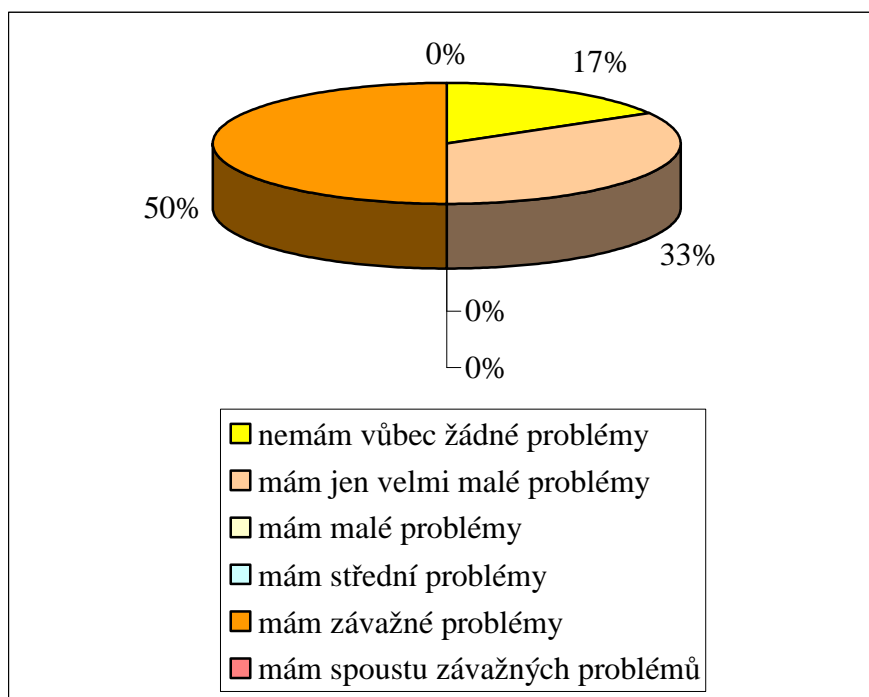


Z grafu je patrné, že ženy ze skupiny operované klasickou závěsnou metodou podle Burcha měly před započítím léčby, resp. před operací většinou střední a závažné problémy. Těchto žen bylo celkem 66%. Ostatních 34% žen označilo své problémy jako malé nebo jen velmi malé.

Tabulka 21b: Situace po léčbě Burch – soubor B

situace po léčbě Burch – soubor B	
nemám vůbec žádné problémy	1
mám jen velmi malé problémy	2
mám malé problémy	0
mám střední problémy	0
mám závažné problémy	3
mám spoustu závažných problémů	0
celkem	6

Graf 21b: Situace po léčbě Burch – soubor B



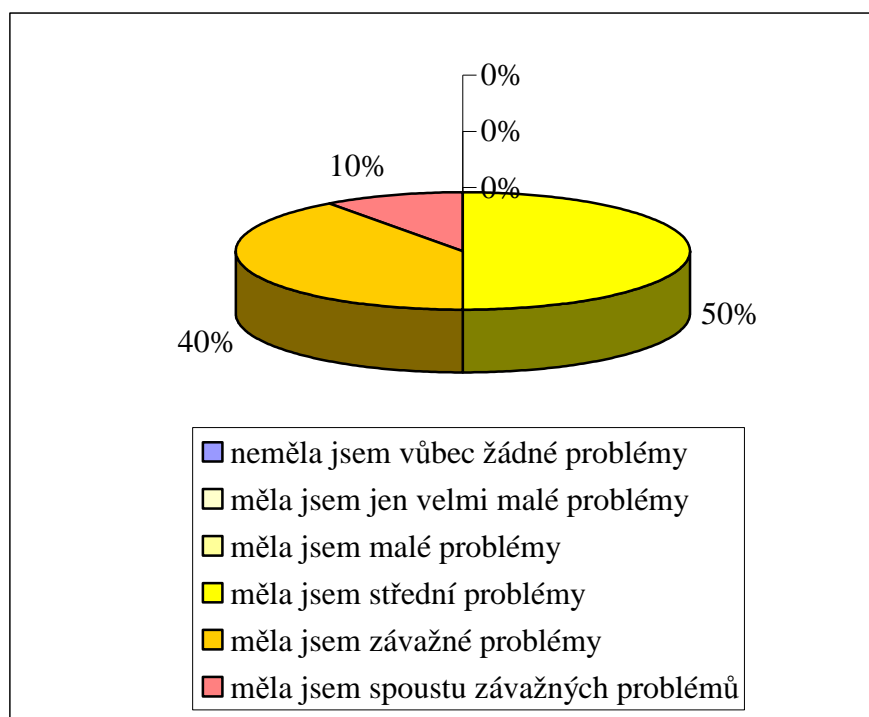
Odpovědi žen na otázku problémů s únikem moči po operaci v tomto případě nebyly nijak příznivé. Celých 50% totiž odpovědělo, že mají v současné době závažné problémy! Dále z dotazovaných žen 33% odpovědělo, že jejich problémy jsou jen velmi malé a 17% uvedlo, že nemá žádné problémy.

22. Problémy s únikem moči před léčbou a v současné době – soubor B skupina operovaná metodou TVT

Tabulka 22a: Situace před léčbou TVT – soubor B

situace před léčbou TVT – soubor B	
neměla jsem vůbec žádné problémy	0
měla jsem jen velmi malé problémy	0
měla jsem malé problémy	0
měla jsem střední problémy	5
měla jsem závažné problémy	4
měla jsem spoustu závažných problémů	1
celkem	10

Graf 22a: Situace před léčbou TVT – soubor B

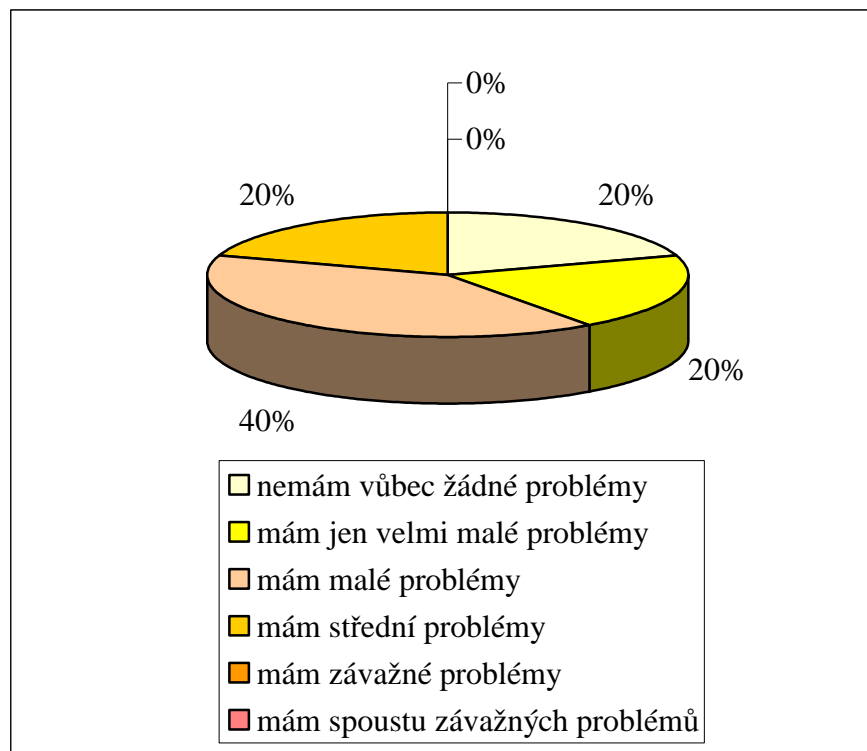


Výsledky charakterizující situaci dotazovaných žen před operací pomocí pásky TVT jasně ukazují, že tyto ženy měly potíže výraznějšího rázu. Nejmenší zde jmenované byly problémy střední, které udalo 50% žen. 40% respondentek pak udalo problémy závažné a 10% odpovědělo “měla jsem spoustu závažných problémů”.

Tabulka 22b: Situace po léčbě TVT – soubor B

situace po léčbě TVT – soubor B	
nemám vůbec žádné problémy	2
mám jen velmi malé problémy	2
mám malé problémy	4
mám střední problémy	2
mám závažné problémy	0
mám spoustu závažných problémů	0
celkem	10

Graf 22b: Situace po léčbě TVT – soubor B



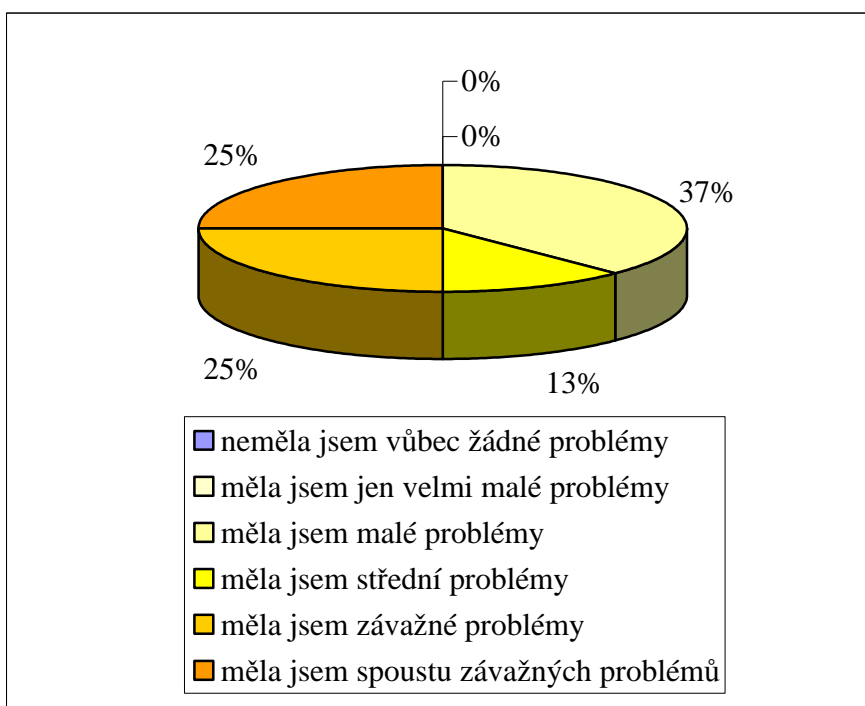
Z žen operovaných touto metodou odpovědělo po 20%, že nemají vůbec žádné problémy nebo jen velmi malé. Největší procento – 40% mělo po operaci malé problémy a 20% mělo problémy střední.

23. Problémy s únikem moči před léčbou a v současné době – soubor B
skupina operovaná metodou TVT-O

Tabulka 23a: Situace před léčbou TVT-O – soubor B

situace před léčbou TVT-O – soubor B	
neměla jsem vůbec žádné problémy	0
měla jsem jen velmi malé problémy	0
měla jsem malé problémy	3
měla jsem střední problémy	1
měla jsem závažné problémy	2
měla jsem spoustu závažných problémů	2
celkem	8

Graf 23a: Situace před léčbou TVT-O – soubor B

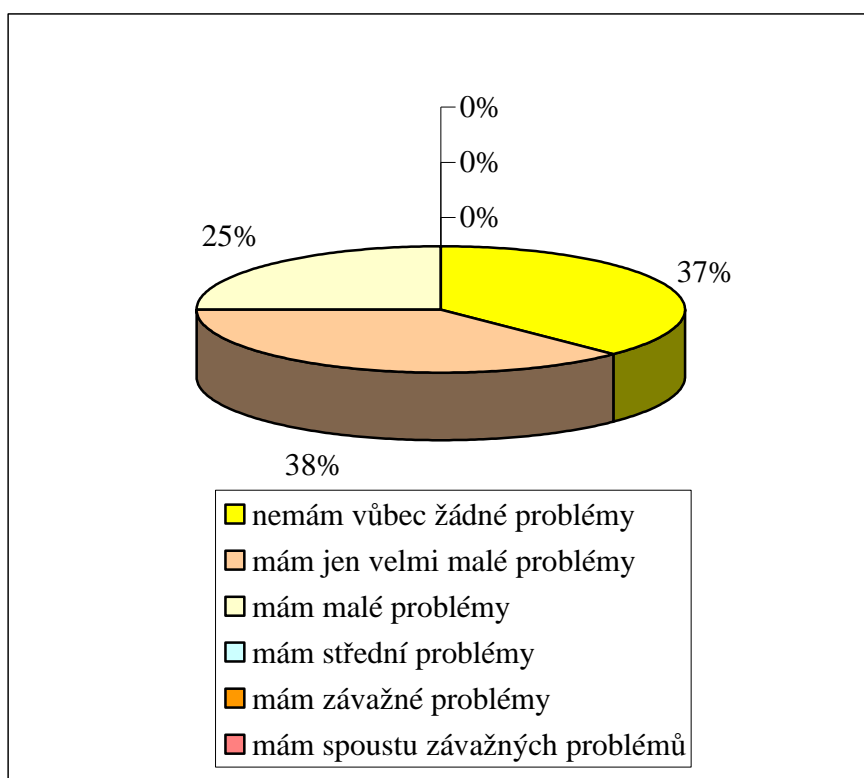


Problémy této skupiny žen před léčbou byly podle označených odpovědí respondentek od malých až po závažné. Celá polovina žen odpověděla “měla jsem závažné problémy” nebo dokonce “měla jsem spoustu závažných problémů”.

Tabulka 23b: Situace po léčbě TVT-O – soubor B

situace po léčbě TVT-O – soubor B	
nemám vůbec žádné problémy	3
mám jen velmi malé problémy	3
mám malé problémy	2
mám střední problémy	0
mám závažné problémy	0
mám spoustu závažných problémů	0
celkem	8

Graf 23b: Situace po léčbě TVT-O – soubor B



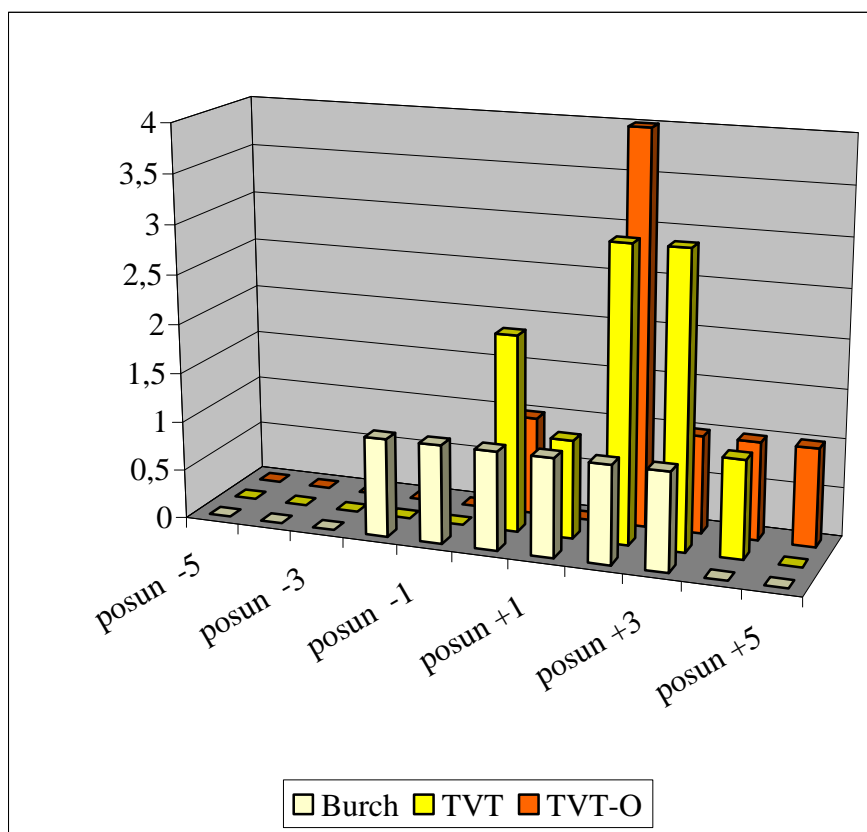
Všechny ženy dotazované v této skupině použily pro svou odpověď pouze první tři nabízené typy odpovědí. Odpověď “nemám vůbec žádné problémy” použilo 37% respondentek, dalších 38% odpovědělo, že mají jen velmi malé problémy, a 25%, že mají v současné době malé problémy.

24. Souhrnné porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B

Tabulka 24: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B

porovnání situace před léčbou a v současné době - soubor B			
	Burch	TVT	TVT-O
posun -5	0	0	0
posun -4	0	0	0
posun -3	0	0	0
posun -2	1	0	0
posun -1	1	0	0
bez posunu	1	2	1
posun +1	1	1	0
posun +2	1	3	4
posun +3	1	3	1
posun +4	0	1	1
posun +5	0	0	1
celkem	6	10	8

Graf 24: Porovnání situace před léčbou a v současné době - soubor B



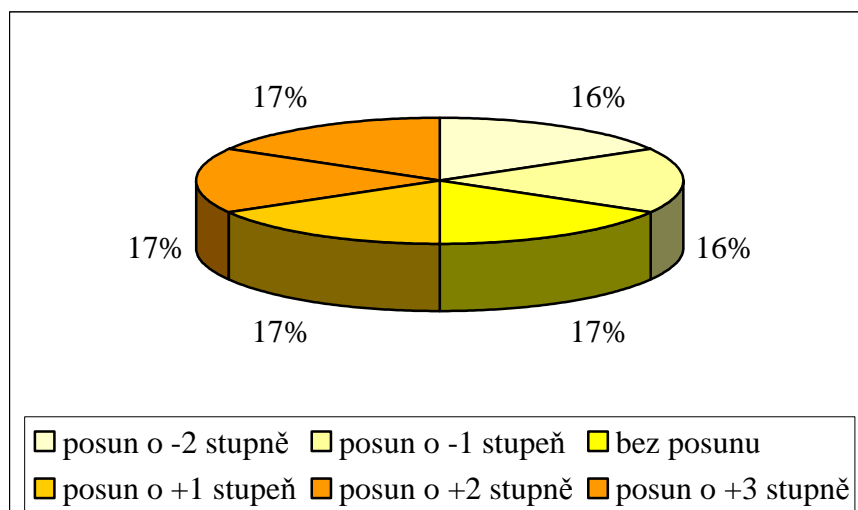
Komentář porovnávání bude uveden v dalším textu u jednotlivých operačních metod.

25. Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B skupina operovaná metodou Burch

Tabulka 25: Porovnání situace před léčbou a v současné době – Burch – soubor B

porovnání situace před léčbou a v současné době - Burch – soubor B	
posun o -2 stupně	1
posun o -1 stupeň	1
bez posunu	1
posun o +1 stupeň	1
posun o +2 stupně	1
posun o +3 stupně	1
celkem	6

Graf 25: Porovnání situace před léčbou a v současné době – Burch – soubor B



Pro porovnání jednotlivých operačních metod jsou používány tabulky upravené vždy z příslušné části souhrnné tabulky 22. Byly použity opět jen řádky, ve kterých nebyla hodnota 0. Výšečový graf pak ukazuje v procentech zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku problémů před léčbou a v současné době.

Tento graf představuje pravidelné rozdělení odpovědí. Každá z šesti žen v této skupině totiž volila jiný typ odpovědí. Posun byl ženami udáván k lepšímu i k horšímu stavu.

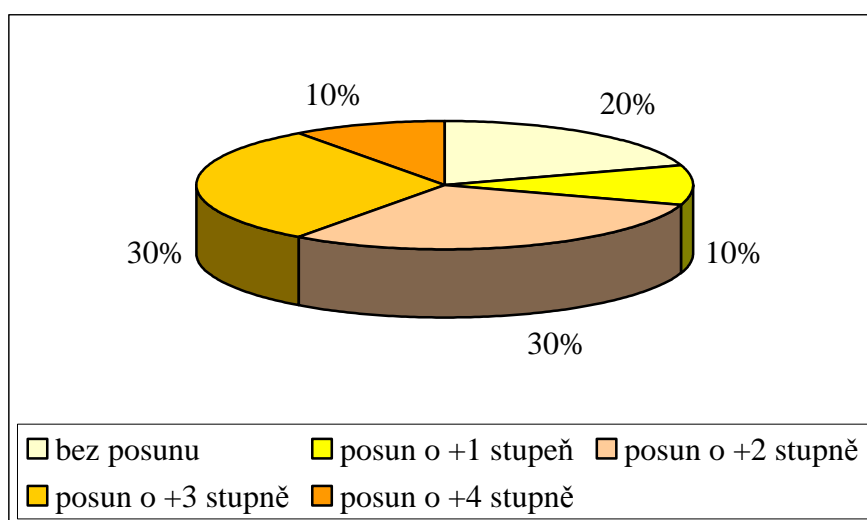
Průměrný posun při porovnávání situace před operací a po operaci Burch byl jen +0,5 stupně!

26. Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B skupina operovaná metodou TVT

Tabulka 26: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT – soubor B

porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT – soubor B	
bez posunu	2
posun o +1 stupeň	1
posun o +2 stupně	3
posun o +3 stupně	3
posun o +4 stupně	1
celkem	10

Graf 26: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT – soubor B



Při porovnávání odpovědí v této skupině žen nedošlo vůbec k zápornému posunu. Svou situaci bez posunu před léčbou a po léčbě hodnotilo 20% žen. Většina dotazovaných však zaznamenala posun v kladném slova smyslu, a to až o +4 stupně.

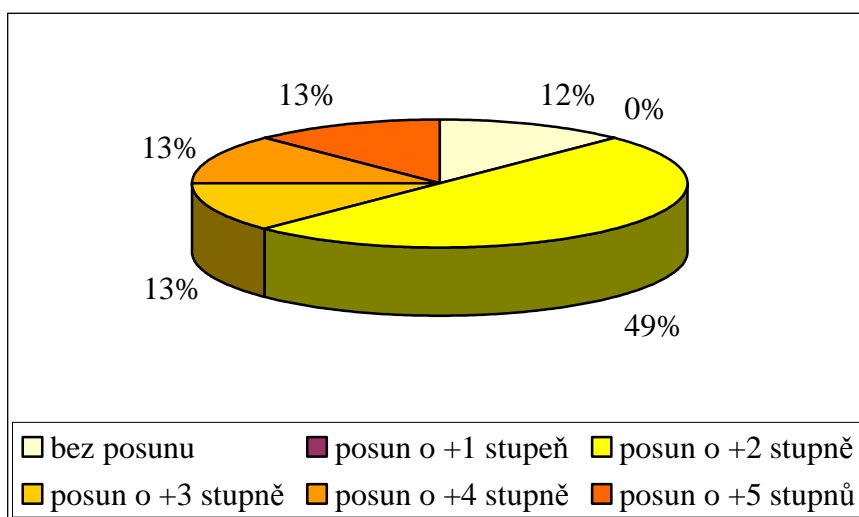
Průměrně byl v odpovědích žen operovaných metodou TVT posun o +2 stupně.

27. Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B
skupina operovaná metodou TVT-O

Tabulka 27: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT-O – soubor B

porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT-O – soubor B	
bez posunu	1
posun o +1 stupeň	0
posun o +2 stupně	4
posun o +3 stupně	1
posun o +4 stupně	1
posun o +5 stupňů	1
	8

Graf 27: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT-O – soubor B



Ani v této skupině respondentek při porovnávání odpovědí nedošlo k posunu do záporných hodnot. Bez posunu před léčbou a po léčbě byly odpovědi ve 12% dotazníků. V ostatních dotaznících byly již jen posuny kladné, dokonce až o +5 stupňů. Téměř u poloviny žen byl podle jejich odpovědí posun o +2 stupně.

Průměrně bylo tedy u žen operovaných metodou TVT-O zaznamenáno zlepšení o +2,5 stupně.

9 Diskuse

Cílem výzkumné části této práce věnované tématu močové inkontinence u žen a možnostem jejího řešení bylo především zjistit, zda léčba pomáhá ženám v jejich svízelné situaci, a do jaké míry jsou ženy v dalším životě spokojenější.

Je všeobecně známo, že inkontinence postihuje více ženy ve vyšším věku, zejména po menopauze. Výsledky šetření zkoumaného souboru žen tuto informaci potvrzují, neboť nejpočetnější kategorií byla kategorie 51-60 let, do které spadalo 36% a do kategorie přes 60 let patřilo 33% respondentek z celého souboru. Věkový průměr dotazovaných žen byl 56,5 let.

V otázce vykonávaného nebo předchozího vykonávaného zaměstnání byl předpoklad, že těžce pracující ženy budou později více trpět mimovolním únikem moči. Výsledky tohoto výzkumu toto zcela jasně nepotvrzují. V celém souboru žen uvedlo 33%, že vykonávají nebo vykonávaly fyzicky velmi namáhavou práci. Ostatní ženy uvedly ostatní dvě možnosti, tj. zaměstnání sedavé (27%) nebo středně fyzicky namáhavé (40%).

Fakt, že těhotenství a porod jsou rizikovými faktory pro pozdější vznik inkontinence, je znám. Šetřením v souboru všech dotazovaných žen byl tento fakt potvrzen zastupením vysokého procenta žen po opakovaných porodech. Celkem 92% dotazovaných žen rodilo 2 a vícekrát! 33% z nich rodilo 3x, 8% 4x a jedna z dotazovaných žen porodila 5 dětí. 6% respondentek rodilo jen jednou - tedy jeden porod se nezdá být ještě natolik rizikovým faktorem pro kontinenci. Jen 2% dotazovaných žen nerodilo vůbec.

Těhotenstvím a porodem, při kterém má plod větší hmotnost nebo jde-li o vícečetné těhotenství, je pánevní dno obzvlášť namáháno. V dotazníku ženy proto měly uvést počet svých dětí s porodní hmotností větší než 4 000g. Tuto informaci uvedlo 31% žen. Jedna žena uvedla porod dvojčat, z nichž každé vážilo 3 400g. Ostatní ženy (69%) měly děti s nižší porodní váhou. Podíl žen s touto anamnestickou zátěží tedy není vysoký.

Dalším zkoumaným problémem byla doba trvání obtěžujícího úniku moči od jeho začátku do doby první návštěvy lékaře z těchto důvodů. Z odpovědí většiny žen bylo jasné, že se s problémy s únikem moči nikdo rád nechlubí. Délka trvání inkontinence byla u sledovaného souboru žen od 1 měsíce do 30 let! Celkem jen 6 % žen navštívilo lékaře do jednoho roku od vzniku potíží. Téměř polovina žen odkládala návštěvu 1 – 3 roky a dalších téměř 30% 4 – 6 let. 10% žen nevyhledalo pomoc více než 10 let. Průměrná doba trvání obtíží do první návštěvy lékaře byla 4,3 roku.

Prvním lékařem, kterému se ženy se svými intimními problémy svěřily, byl gynekolog. Odpovídalo takto 84% žen. Praktický lékař a urolog to byli vždy jen v 8%. Důvod převahy gynekologie je sledován nejen v intimním zaměření oboru samotného, ale také v tom, že na gynekologii chodí většina žen na pravidelné prohlídky, při kterých je možnost problém s inkontinencí sdělit. Výsledek tohoto šetření je možné brát také jako zavazující pro gynekologii a poučný pro ostatní lékaře a sestry – je třeba ulehčit ženám nepříjemnou fázi svěřením se, například vhodně volenými otázkami na únik moči a nabídkou pomoci, o které mnohdy žena ani neví, že existuje. Vznik interdisciplinárního oboru urogynekologie nasvědčuje tomu, že medicína o tomto rozšířeném problému u žen ví a že je připravena ho řešit a ženám v jejich nepříjemné situaci pomoci.

Ženy však musely svou nepříjemnou a většinou i dlouhodobou situaci nějak řešit. V dotazníku mohly ženy vybírat z nabízených možností odpovědí jak řešily problémy s únikem moči, nebo dopisovat jiné možnosti, a také mohly napsat možností více.

Nejčastějším typem odpovědi bylo používání vložek, ve 46%. Dá se říci, že tato odpověď byla očekávána.

Příjemně překvapující však bylo, že téměř čtvrtina žen uvedla jako druhé nejčastější řešení cvičení. Bylo totiž více očekáváno, že se ženy nebudou chtít “tolik obětovat” a cvičit a také, že nebudou mít informace o této možnosti řešení problémů s únikem moči, obzvláště když ještě nenavštívily lékaře, který by jim podrobnější informace o správném způsobu cvičení podal nebo je odeslal na specializované rehabilitační pracoviště. Motiv žen k samouzdravení byl ale silný a návod ke cvičení vhodnému pro posílení pánevního dna si zřejmě obstaraly samy. Navíc cvičící žena nezbuzuje ihned podezření, že cvičí proti inkontinenci, ale okolím to může být vnímáno, že se snaží jen vypadat dobře! Druhou stránkou věci je, zda cvičení těchto žen bylo správně prováděné, a tedy dostatečně účinné. V dotazníkovém šetření nebyla rozebírána otázka původu informací o cvičení, a není tedy známo, kde ženy tyto informace získaly a v jaké kvalitě.

Třetí nejčastější možností řešení svízelné situace s únikem moči bylo sice očekávané, ale velmi nesprávné omezování se v pití tekutin. To uvedly respondentky ve 21%.

Jako jiné možnosti řešení ženy uváděly časté močení, pití urologického čaje, braní blíže neupřesněných léků, snahu nevystydnout a vyhýbání se kontaktu s lidmi.

V souboru všech žen bylo 50% žen léčených konzervativně a 50% tvořily ženy operované. K tomuto přesnému rozdělení na stejný počet došlo zcela náhodně, ale situace při zpracovávání výsledků tím byla přehlednější.

Soubor žen léčených operačními metodami byl dále rozdělen na skupinu žen, u kterých byla použita závěsná operace podle Burche (25% z operovaných), metoda pásky TVT (42% z operovaných) a TVT-O (33% z operovaných).

Další výsledky již směřují k hlavnímu cíli, tedy zjištění spokojenosti respondentek s použitou metodou léčby.

Hodnocením celkové spokojenosti v souboru žen léčených pouze konzervativními metodami bylo zjištěno, že ženy jsou v 63% spokojeny s touto metodou léčby, přičemž 46% odpovědělo na otázku spokojenosti “ano” a 17% “spíše ano”.

Spokojenost s léčbou inkontinence ovšem závisí i na době a na typu léčby.

Respondetky, které se léčily konzervativními metodami s inkontinencí do 1 roku, byly s výsledky léčby nejspokojenější, udaly plnou spokojenost v 55%. Spíše spokojeno bylo 17 % , což je dohromady 72% většinou spokojených pacientek. Ženy déle léčené udávaly spokojenost nižší, většinou jen částečnou.

O metodě léčby cvičením bylo již podrobněji hovořeno u možností řešení situace s únikem moči samotnými pacientkami. Cvičení jako metoda léčby vyšlo mezi respondentkami také pozitivně. Žádná z dotazovaných žen neudala nespokojenost a 46% žen uvedlo, že je s tímto typem léčby plně spokojeno.

Ženy léčené podáváním léků byly spokojené ve 49%, a přičte-li se i odpověď “spíše ano”, dostaneme dvoutřetinovou spokojenost. Tato metoda léčby je tedy z pohledu zkoumaného souboru respondentek vcelku účinná.

Poslední zkoumanou konzervativní metodou léčby byly čípky. I zde bylo více kladných hodnocení a celkem to byla opět dvoutřetinová spokojenost. Žádná z žen neudala při léčbě čípky nespokojenost.

V souboru operovaných žen udalo odpověď “ano” a “spíše ano” dohromady 75% žen! Číslo tedy jistě potěšující! To je ovšem hodnocení všech operačních metod dohromady. Nemalé rozdíly jsou mezi jednotlivými metodami.

U metody Burch ženy uvedly jen poloviční spokojenost, a to i po sečtení údajů u obou pozitivních odpovědí. Druhá polovina žen spokojena nebyla.

Ve skupině žen operovaných pomocí pásky TVT byla situace jiná. 80% žen odpovědělo převážně kladně (50% “ano”, 30% “spíše ano”). Jen jedna žena byla s tímto typem léčby nespokojena. Operační metoda léčby inkontinence páskou TVT je používána asi 10 let. Úspěšnost léčby je udávána kolem 90%. (Halaška, 2004 – Höfner, 2000) Otázkou je, jaká bude spokojenost stejných žen po delším časovém úseku. Ženy v této posuzované skupině byly průměrně 4 roky po operaci a většinou jsou spokojené a operaci podobně postiženým ženám by určitě doporučily.

Poslední zkoumanou operační metodou ohledně spokojenosti operovaných žen byla TVT-O. Spokojenost se zde jeví podle odpovědí respondentek jako nejvyšší! Respondentky použily jen dva typy odpovědí. 87% žen udalo, že jsou zcela spokojeny a 13%, tj. jedna žena, že je spokojena částečně. Shodou okolností právě tato žena byla 3 roky po operaci, ostatní ženy byly po operaci 2 roky. Metoda TVT-O je z těchto metod nejnovější, proto ženy také uváděly takto krátké období od operace. Spokojenost s metodou TVT-O je však ve sledovaném souboru žen rozhodně nejvyšší.

Ke zjištění hlavního cíle výzkumu vedla poslední otázka v dotazníku. Ženy byly vyzvány k tomu, aby se pomocí jednoduché tabulky pokusily porovnat svou životní situaci před léčbou a v současné době. Zajímavé bylo zejména zaznamenávání “posunu” v životní situaci. Posun byl hodnocen do plusových i minusových hodnot.

Výsledky celého souboru konzervativních metod léčby byly vyhodnoceny společně. Průměrně byl u tohoto souboru zaznamenán posun v problémech s nechtěným únikem moči o +1 stupeň.

Operační metody byly hodnoceny odděleně a porovnány ve společném grafu.

U skupiny žen operovaných metodou Burch bohužel docházelo v odpovědích i k záporným hodnotám posunu. Průměrný posun porovnání situace před operací a po operaci Burch byl jen o +0,5 stupně!

U skupiny žen operovaných páskou TVT při porovnávání odpovědí vůbec nedošlo k zápornému posunu. Bez jakéhokoli posunu před léčbou a po léčbě hodnotilo svou situaci 20% žen. Většina dotazovaných (80%) však zaznamenala posun v kladném slova smyslu, a to až o +4 stupně. Průměrně byl v odpovědích žen operovaných metodou TVT zaznamenán posun o +2 stupně.

Ani ve skupině respondentek operovaných metodou TVT-O při porovnávání odpovědí před léčbou a po léčbě nedošlo k posunu do záporných hodnot. Posun nebyl

zaznamenám u odpovědí ve 12% dotazníků. Ostatní odpovědi v dotaznících byly vyhodnoceny již jen s posuny kladnými, a to dokonce až o +5 stupňů. 49% žen, tedy téměř polovina zaznamenala posun ve své situaci před operací a po ní o +2 stupně. Průměrné zlepšení situace u žen operovaných metodou TVT-O bylo o +2,5 stupně!

Ze shrnutí získaných výsledků šetření je patrné, že spokojenost s léčbou konzervativními metodami u žen kolísá mezi 50 až 75%. Z operačních metod jsou ženy nejspokojenější s nejnovější metodou TVT-O, což bylo potvrzeno jak v procentech (87%), tak v posunu zlepšení situace těchto žen.

Závěr

Močová inkontinence neohrožuje život pacientů, významně však ovlivňuje jejich život. Pomoc ale existuje!

Tato práce se zabývá citlivým tématem problematiky inkontinence moči u žen. Její snahou bylo především z dotazníkových odpovědí léčených či vyléčených žen zjistit míru spokojenosti s používanými léčebnými metodami.

Ve své teoretické části práce nejprve seznamuje s anatomí a fyziologií dolních močových cest a struktur pánevního dna zodpovědných za kontinenci moči. Další oddíl je věnován pojmu inkontinence, jejímu dělení a incidenci. Pak následuje seznámení s diagnostickými metodami používanými v urogynekologii a s také možnostmi léčby inkontinence. Metody léčby jsou vzhledem k zaměření celé práce popsány podrobněji. Poslední dva oddíly teoretické části práce se zabývají prevencí inkontinence a péčí o inkontinentní ženy. Vyzvednuty jsou psychosociální problémy inkontinentních žen a úloha sester v péči o tyto ženy a zejména v komunikaci s nimi.

V úvodu empirické části jsou vytyčeny cíle, ke kterým směřoval celý výzkum. Jako výzkumná metoda byl zvolen originální dotazník. O vyplnění dotazníku byly požádány ženy, které se léčí s inkontinencí v urologické ambulanci nebo které byly v minulosti pro inkontinenci operovány. Vlastní soubor byl v konečné fázi tvořen 48 respondentkami. Polovina z nich byly ženy léčené konzervativními metodami a druhou polovinu tvořily ženy po operaci. Pro další zpracování výsledků byl ještě soubor operovaných žen dělen podle typu prodělané operace.

Výsledky empirických šetření potvrdily, že inkontinentní ženy jsou převážně vyššího věku a opakovaně rodily. Jako rizikový faktor se naopak u sledovaného souboru žen nepotvrdilo, že vykonávání těžké práce v průběhu života má vliv na pozdější kontinenci. Dítě s porodní váhou více než 4 000g se narodilo jen necelé třetině dotazovaných žen. Dále došlo ke zjištění průměrné doby trvání obtíží od jejich vzniku do první návštěvy lékaře, tato doba byla 4,3 roku. Prvním lékařem, kterého ženy s problémy s inkontinencí navštívily, byl ve velké většině gynekolog. Jako řešení svých problémů s nechtěným únikem moči ženy používaly vložky a pleny, cvičily a bohužel řešily tuto situaci i omezením přísunu tekutin.

Jedny z posledních částí výzkumu se týkají spokojenosti s léčbou, kde po shrnutí všech výsledků je možné dojít k zajímavým faktům. Za pozornost proto rozhodně stojí srovnávací část práce s tabulkami a grafy porovnávajícími spokojenost a zlepšení životní situace u dotazovaných žen. Z nich plyne, že s léčbou konzervativní byly respondentky spokojeny v 50 až 75%, s operačními metodami souhrnně v 75% a nejpозорuhodnější, ovšem očekávané, byly výsledky rozdělené podle operačních metod, kdy nejspokojenější byly ženy s nejnovější metodou TVT-O, což bylo potvrzeno jak v procentech, 87%, tak v posunu zlepšení životní situace těchto žen o +2,5 stupně. U metody TVT byly spokojenost i posun jen o málo nižší. Jen necelá polovina žen udala spokojenost s operační metodou podle Burche a rovněž průměrný posun v životní situaci po této operaci byl zanedbatelný, jen +0,5 stupně.

Tato práce byla věnovaná zjišťování životní situace žen trpících inkontinencí a jejich spokojenosti s léčbou, která není jednoduchá. Je to léčba opírající se o poznatky moderní medicíny, výborné technické vybavení pracovišť a manuální zručnost lékařů a sester. Výsledky dosažené výzkumem byly v této bakalářské práci předloženy.

Stále je však třeba mít na mysli nepříjemnou situaci ženy, která stojí před námi, zdravotnickými pracovníky, a žádá nás o pomoc. Naše práce by měla být vedena snahou jim tuto pomoc poskytnout. Aktivní postoj zdravotníků a zejména sester, trpělivost a odborné znalosti mohou pomoci navrátit lidskou důstojnost ženám, které měly pocit, že ji kvůli inkontinenci ztratily.

Anotace

Autor:	Jindřiška Hrušková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Inkontinence moči u žen, možnosti a úspěšnost jejího řešení
Vedoucí práce:	MUDr. Jan Karhan Jaroslava Pečenková
Počet stran:	101
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	inkontinence, fyziologie mikce, metody léčby, spokojenost, životní situace

Bakalářská práce je věnována zjišťování spokojenosti s léčbou inkontinence moči u žen. Seznamuje s anatomíí a fyziologií dolního močového ústrojí u žen, s termínem inkontinence, s metodami její léčby, s možnostmi prevence a s úlohou sester v péči o inkontinentní ženy.

Výzkumem prováděným pomocí dotazníkového šetření bylo zjišťováno subjektivní zlepšení životní situace žen léčených pro inkontinenci a jejich spokojenost s léčbou. Respondentkami byly ženy léčené konzervativně v urogynekologické ambulanci a ženy pro inkontinenci operované na gynekologickém oddělení.

The bachelor thesis focuses on satisfaction recognition of women's urinary incontinence treatment. First it familiarizes with anatomy and physiology of women's lower urinary system, urinary incontinence as a term itself, its treatment methods and precaution possibilities. The role of nurses caring about women suffering from urinary incontinence is also meant.

Via the questionnaire survey women treated for urinary incontinence are asked to subjectively describe their life improvement and satisfaction with the disease treatment. All respondents are women being treated conservatively at the uro-gynaecology outpatient clinic and women having been operated in the hospital gynaecological ward.

Použité zdroje

1. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0
2. ČEPICKÝ, P. - KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1
3. DRNKOVÁ, A. – NEJEPSOVÁ, M. Práce sestry v urogynekologické ambulanci. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2005. roč. 15, č. 7, příloha Inkontinence, s. 12
4. FOREJTOVÁ, J. Urodynamické vyšetření u močové inkontinence žen. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines. ISSN 1210-0404. 2004. roč. XIV, č. 1, s. 18
5. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 98 s. ISBN 80-7169-950-0
6. HALAŠKA, M. et al. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2
7. HÖFNER, K. *Praxisratgeber Harninkontinenz*. 1. Auf. Bremen: UNI-MED, 2000. 249S. ISBN 3-89599-477-4
8. http://www.ereska.cz/clanky/zenska_inko.html
9. <http://www.inkontinence.com/system-Gynecare-TVT-Obturator/>
10. <http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky1.html#tvt>
11. <http://www.zdravi4u.cz/view.php?cislocclanku=2005070602>

12. CHLOUBOVÁ, H. Psychocociální problémy inkontinentních žen. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2006. roč. 2, č. 2, s.83-85
13. KLEVETOVÁ, D. Péče o inkontinentní ženy. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines. ISSN 1210-0404. 2004. roč. XIV, č. 1, s. 18-20
14. KOBILKOVÁ et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-246-1112-0
15. MARTAN, A. et.al. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. 79s. ISBN 80-7345-076-3
16. MARTAN, A. Inkontinence moči u žen. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2006. roč. II, č.12, s. 27-32
17. MARTAN, A. Novinky v léčbě inkontinence moči u žen. *Sestra*. Praha:Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2005. roč.15, č. 7, příloha Inkontinence, s. 8-9
18. MARTAN, A. - MAŠATA, J. - HALAŠKA, M. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha: PanMed, 2001. 190 s. ISBN 80-903049-0-7
19. OTČENÁŠEK, M. Anatomie pánevního dna.. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret. ISSN 1211-1058. 2003. roč.12, č.1, Pánevní dno a jeho poruchy. s. 4-18
20. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno:NCO NZO. 2003. 186s. ISBN 80-7013-324-4
21. VOKURKA, M. - HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4

22. ZMRHAL, J. Urogynekologická diagnostika. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2005. roč. 15, č. 7, příloha Inkontinence, s. 6-7

23. ZVONÍČKOVÁ, M. Trochu opakování neuškodí.... *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2006. roč. 2, č. 2, s.55-56

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentek – soubor AB	38
Graf 2: Věk respondentek - soubor A	39
Graf 3: Věk respondentek - soubor B	40
Graf 4: Zastoupení typů operace - soubor B	41
Graf 5: Zaměstnání respondentek – soubor AB	42
Graf 6: Počet porodů – soubor AB	43
Graf 7: Počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g – soubor AB	44
Graf 8: Doba trvání obtíží s inkontinencí – soubor AB	45
Graf 9: Řešení problémů s únikem moči – soubor AB	46
Graf 10: První navštívený lékař – soubor AB	47
Graf 11: Použitá metody léčby – soubor AB	48
Graf 12: Doba léčby inkontinence – soubor A	49
Graf 13: Spokojenost s léčbou – soubor A	50
Graf 14: Spokojenost s léčbou – doba léčby do jednoho roku – soubor A	51
Graf 15a: Spokojenost s léčbou – cvičení – soubor A	52
Graf 15b: Spokojenost s léčbou – léky – soubor A	53
Graf 15c: Spokojenost s léčbou – čípky – soubor A	54
Graf 16a: Doba uplynulá od operace Burch – soubor B	55
Graf 16b: Doba uplynulá od operace TVT – soubor B	56
Graf 16c: Doba uplynulá od operace TVT-O – soubor B	57
Graf 17: Spokojenost s léčbou – soubor B	58
Graf 18a: Spokojenost s léčbou Burch – soubor B	59
Graf 18b: Spokojenost s léčbou TVT – soubor B	60
Graf 18c: Spokojenost s léčbou TVT-O – soubor B	61
Graf 19a: Situace před léčbou – soubor A	62
Graf 19b: Situace v současné době – soubor A	63
Graf 20 - sloupcový: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A	64
Graf 20 - výsečový: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A	65
Graf 21a: Situace před léčbou Burch – soubor B	66
Graf 21b: Situace po léčbě Burch – soubor B	67
Graf 22a: Situace před léčbou TVT – soubor B	68

Graf 22b: Situace po léčbě TVT – soubor B	69
Graf 23a: Situace před léčbou TVT-O – soubor B	70
Graf 23b: Situace po léčbě TVT-O – soubor B	71
Graf 24: Porovnání situace před léčbou a v současné době - soubor B	72
Graf 25: Porovnání situace před léčbou a v současné době – Burch – soubor B	73
Graf 26: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT – soubor B	74
Graf 27: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT-O – soubor B	75

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk respondentek – soubor AB	38
Tabulka 2: Věk respondentek - soubor A	39
Tabulka 3: Věk respondentek - soubor B	40
Tabulka 4: Zastoupení typů operace - soubor B	41
Tabulka 5: Zaměstnání respondentek – soubor AB	42
Tabulka 6: Počet porodů – soubor AB	43
Tabulka 7: Počet dětí s porodní váhou větší než 4 000g – soubor AB	44
Tabulka 8: Doba trvání obtíží s inkontinencí – soubor AB	45
Tabulka 9: Řešení problémů s únikem moči – soubor AB	46
Tabulka 10: První navštívený lékař – soubor AB	47
Tabulka 11: Použitá metody léčby – soubor AB	48
Tabulka 12: Doba léčby inkontinence – soubor A	49
Tabulka 13: Spokojenost s léčbou – soubor A	50
Tabulka 14: Spokojenost s léčbou – doba léčby do jednoho roku – soubor A	51
Tabulka 15a: Spokojenost s léčbou - cvičení– soubor A	52
Tabulka 15b: Spokojenost s léčbou – léky – soubor A	53
Tabulka 15c: Spokojenost s léčbou – čípky – soubor A	54
Tabulka 16a: Doba uplynulá od operace Burch – soubor B	55
Tabulka 16b: Doba uplynulá od operace TVT – soubor B	56
Tabulka 16c: Doba uplynulá od operace TVT-O – soubor B	57
Tabulka 17: Spokojenost s léčbou – soubor B	58
Tabulka 18a: Spokojenost s léčbou Burch – soubor B	59
Tabulka 18b: Spokojenost s léčbou TVT – soubor B	60
Tabulka 18c: Spokojenost s léčbou TVT-O – soubor B	61
Tabulka 19a: Situace před léčbou – soubor A	62
Tabulka 19b: Situace v současné době – soubor A	63
Tabulka 20: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor A	64
Tabulka 21a: Situace před léčbou Burch – soubor B	66
Tabulka 21b: Situace po léčbě Burch – soubor B	67
Tabulka 22a: Situace před léčbou TVT – soubor B	68

Tabulka 22b: Situace po léčbě TVT – soubor B	69
Tabulka 23a: Situace před léčbou TVT-O – soubor B	70
Tabulka 23b: Situace po léčbě TVT-O – soubor B	71
Tabulka 24: Porovnání situace před léčbou a v současné době – soubor B	72
Tabulka 25: Porovnání situace před léčbou a v současné době – Burch – soubor B	73
Tabulka 26: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT – soubor B	74
Tabulka 27: Porovnání situace před léčbou a v současné době – TVT-O – soubor B	75

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence (Gaudenz)	92
Příloha 2: Doporučené zásady při léčebném tělocviku – gymnastice	94
Příloha 3: Doporučené cviky	95
Příloha 4: Schéma operací TVT, TVT-O	98
Příloha 5: Anonamní dotazník pro ženy s močovou inkontinencí	99

Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence (Gaudenz)

Příloha 2: Doporučené zásady při léčebném tělocviku - gymnastice:

- cvičíme denně - výchozí je náš současný zdravotní stav a konzultace s lékařem
- před cvičením větráme místnost
- cvičíme ve volném cvičebním oděvu a vymočené
- svěrače močových cest posilujeme i během močení (tzn. během močení stahujeme svěrače - přerušujeme močení - a hned svěrače uvolníme)
- jednotlivý cvik zpočátku cvičíme 3 - 5x, později 5 - 10x, - cvičíme 10, 15 až 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců
- cvičíme na lůžku, koberci, žíněnce apod.
- cvičení začínáme a končíme dechovou gymnastikou
- cvičíme koordinovaně s dechem, tzn. vdechujeme nosem a vydechujeme ústy
- dbáme na kvalitu provedených cviků, nikoliv na jejich množství
- nikdy necvičíme těsně po jídle a přes únavu
- při cvičení dodržujeme předepsaný postup provedení cviku
- zásadně se řídíme pokyny ošetřujícího lékaře, včas upozorníme na zdravotní změny během cvičení.

Příloha 3: Doporučené cviky

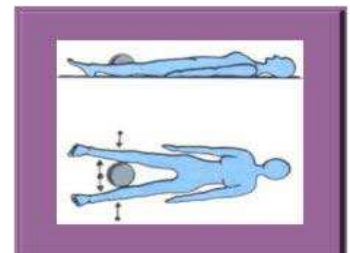
1. Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže volně podél těla. V nádechu stáhneme pánevní dno, doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5, 7 vteřin a s výdechem kompletní uvolnění.



2. Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže volně podél těla. V nádechu zvedáme pánev a vtahujeme konečník, opět postupně dle zdatnosti doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5, 7 vteřin, s výdechem celkové uvolnění.



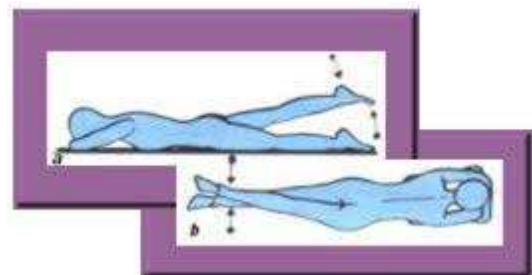
3. Leh na nádech, natažené dolní končetiny, mezi lýtka vložíme míč. V nádechu tiskem dolních končetin k sobě stlačujeme míč, s výdechem uvolníme.



4. Leh na břicho, ruce složíme pod čelo:

a) pravidelně zhluboka dýcháme - střídavě zanožujeme pravou a levou dolní končetinu (vždy propnutou v koleně)

b) pravidelně zhluboka dýcháme - střídavě překřížujeme pravou dolní končetinu přes levou a obráceně (opět propnuté v koleně).



5. Sed, pokrčená kolena mírně od sebe, chodidla u sebe, pokrčená předloktí vložíme na vnitřní stranu kolen:

a) pokrčená předloktí tlačí na vnitřní stranu kolen proti tlaku dolních končetin dýcháme pravidelně, zhluboka, uvolníme se



b) dlaněmi se uchopíme na zevní straně kolen, stáhneme sedací a břišní svaly a vtáhneme konečník, kolena roztláčujeme silou od sebe proti odporu dlaní, dýcháme pravidelně, zhluboka, uvolníme se.



6. Vzpor klečmo, lokty opřeme o zem, hlavu skloníme, stáhneme hýžděové svaly - ve výdechu se uvolníme.



7. Klek vzpřímený, paže buď v předpažení nebo ruce složené v týl. Ve výdechu dosedneme na podložku vedle lýtek vpravo, s nádechem jdeme zpět do vzpřímeného kleku. Totéž opakujeme s dosednutím vlevo.



8. Příímý sed na židli. Odpor dlaněmi ze stran o desku židle, stáhneme břišní svaly, hýžděové, pánevní dno výdrž 3, 5 vteřin, s výdechem se celkově uvolníme.



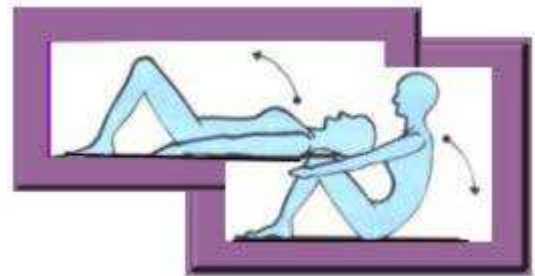
9. Stoj spojný, chodidla rovnoměrně zatížená, stáhneme svaly hýžděové,

břišní a pánev tlačíme vpřed - doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5 vteřin, s výdechem uvolnění.



10. Postupně doporučujeme přidat i posilování na břišní a šikmé svaly:

a) leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, paže volně podél těla, ve výdechu si pozvolna sedáme (postupně s odkulováním páteře) a v nádechu se zvolna pokládáme na záda (opět zpětně odkulujeme páteř);



b) leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, paže volně podél těla. Dolní končetiny střídavě prošlapujeme, jako bychom jeli na kole. Při cviku pravidelně dýcháme.



(www.zdravi4u.cz)

Příloha 4: Schéma operací TVT, TVT-O



Schéma operace systémem TVT



Schéma operace systémem TOT

Příloha 5: Anonamní dotazník pro ženy s močovou inkontinencí

Anonymní dotazník pro ženy s močovou inkontinencí

Dovolujeme si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku.

Jeho cílem je zjistit Vaši spokojenost s léčbou inkontinence.

Odpovědi zaškrtněte nebo dopište.

1. Váš věk.....

2. Zaměstnání (i bývalé) – sedavé

- středně namáhavé

- fyzicky velmi namáhavé

3. Počet porodů.....

4. Počet narozených dětí s porodní váhou větší než 4000g.....

5. Jak dlouho trvaly Vaše potíže s únikem moči než jste poprvé navštívila lékaře?.....

6. Jak jste do té doby své problémy řešila?

- pleny

- vložky

- omezení pití tekutin

- cvičení

- jiné (uved'te).....

7. Kterého lékaře jste navštívila nejdříve se svými problémy?

- praktického lékaře
 - gynekologa
 - urologa
-

8. Která z možností léčby byla ve Vašem případě použita?

- používání vložek a plen
 - rehabilitace - cvičení, posilování pánevního dna
 - léky
 - plastická operace
 - operace pomocí pásky
 - jiné.....
-

9. Jak dlouho se nyní s inkontinencí léčíte?.....

Případně jak dlouho jste po operaci?.....

10. Jste s průběhem léčby spokojena?

- Ano
 - Spíše ano
 - Částečně
 - Spíše ne
 - Ne
-

11. Porovnejte Vaši celkovou životní situaci – problémy s nechtěným únikem moči
 – před léčbou a v současné době (po léčbě, v průběhu léčby)

<i>Před léčbou:</i>	<i>V současné době:</i>
Neměla jsem vůbec žádné problémy	Nemám vůbec žádné problémy
Měla jsem jen velmi malé problémy	Mám jen velmi malé problémy
Měla jsem malé problémy	Mám malé problémy
Měla jsem střední problémy	Mám střední problémy
Měla jsem závažné problémy	Mám závažné problémy
Měla jsem spoustu závažných problémů	Mám spoustu závažných problémů

