

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU
INKONTINENCÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Eliška Seifertová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH URINAL
INCONTINENCE**

Bachelor's thesis

Author: **Eliška Seifertová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

Prohlášení

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

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, ochotu a vstřícnost při zpracování této práce. Mé poděkování patří též všem sestrám a pacientkám, bez kterých by se výzkumné šetření neobešlo.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za veškerou podporu v průběhu studia.

Obsah

Úvod.....	7
1 Kvalita života.....	8
1.1 Definice a pojetí kvality života.....	8
1.2 Kvalita života u ženy s močovou inkontinencí.....	10
1.3 Měření kvality života.....	11
1.3.1 Vybrané specifické dotazníky k měření kvality života s inkontinencí	12
2 Anatomie a fyziologie	13
2.1 Anatomie ženského močového ústrojí	13
2.2 Fyziologie mikce.....	14
2.3 Poruchy funkce dolních močových cest.....	15
3 Močová inkontinence u žen	16
3.1 Rizikové faktory.....	16
3.2 Příčiny.....	17
3.3 Typy močové inkontinence.....	18
3.3.1 Urgentní inkontinence (UII).....	18
3.3.2 Stresová inkontinence (SUI).....	19
3.3.3 Reflexní inkontinence	19
3.3.4 Paradoxní inkontinence	20
3.3.5 Hyperaktivní močový měchýř	20
3.3.6 Ostatní typy inkontinence.....	21
3.4 Diagnostika	21
3.4.1 Anamnéza	21
3.4.2 Fyzikální vyšetření.....	23
3.4.3 Laboratorní vyšetření	23
3.4.4 Zobrazovací metody.....	24
3.4.5 Testové metody.....	24
3.4.6 Urodynamická vyšetření.....	25
3.5 Léčba inkontinence	28
3.5.1 Nechirurgická terapie inkontinence	28
3.5.2 Chirurgická léčba inkontinence	33
4 Role sestry v péči o pacientku s inkontinencí.....	35
4.1 Ošetrovatelská péče o pacientku s inkontinencí	35

4.1.1	Plán ošetrovateľskej péče.....	36
4.1.2	Dokumentace realizace ošetrovateľskej péče.....	36
4.1.3	Ošetrovateľské diagnózy v problematice močovej inkontinence.....	37
4.1.4	Edukace inkontinentní pacientky	38
5	Výzkumné šetření.....	40
5.1	Stanovené cíle	40
5.2	Metodika a organizace výzkumu	41
5.3	Prezentace výsledků výzkumu	42
5.4	Diskuze	82
	Závěr	87
	Anotace	88
	Seznam použité literatury	90
	Seznam grafů	94
	Přílohy	96

Úvod

Kvalita života je pojem, který nemá jednoznačnou definici. Problematika kvality života jde napříč několika vědními obory. V lékařství a ošetrovatelství se s ním setkáváme hlavně ve spojitosti s určitým onemocněním či problémem, kterým pacient trpí a je jím často omezen. Na základě všech individuálních znaků, potřeb a pocitů pacienta hodnotíme, jakým způsobem a do jaké míry zdravotní problém zasahuje do jeho života.

V mé bakalářské práci se zabývám kvalitou života žen, které trpí močovou inkontinencí. K výběru problematiky močové inkontinence mě inspirovala řada případů, se kterými jsem se doposud v praxi setkala. Mezi případy spadá zkušenost jak z blízkého okolí, tak i zkušenosti, které se přímo dotkly mé osoby. Kvalita života inkontinentních žen se jistojistě mění s každým samovolným únikem moči a je žádoucí se na ni zaměřit. Dalším důvodem výběru tohoto tématu je fakt, že i já jsem žena, a v budoucnu by se mě tento problém mohl týkat. Je nutné vědět, co tento zásah do života pro ženy znamená, a proto je chci aspoň touto formou obohatit o další nepostradatelné informace.

Každá žena, pacientka, popisuje a cítí svoji kvalitu života odlišně, což vyplývá z jejich osobních hodnot a z vnějších i vnitřních ovlivňujících faktorů. Proto je důležité se na každou z nich zaměřit holisticky, přistupovat individuálně a objektivně posoudit celkovou situaci spojenou s nepříjemnými zdravotními problémy.

Močová inkontinence neboli samovolný únik moči se dostává do popředí a je k ní přistupováno s větší vážností, než tomu bylo dříve. I když se nejedná o onemocnění v pravém slova smyslu, neměl by se tento zdravotní dyskomfort podcenit a zanedbat. Pro ženy je to velice nepříjemná a citlivá věc, o které se často stydí mluvit. Zde nastává problém, jelikož ženy s pocitem studu včas nevyhledají odbornou pomoc a obtíže se zhoršují.

Močová inkontinence zasahuje do sociálního, osobního a intimního života postižené ženy. Ovlivňuje nejen její psychický stav, ale i fyzické vnímání vlastního těla. Vyjmenované oblasti života jsou důležitými hodnotami k posouzení kvality života, a proto v souvislosti s močovou inkontinencí, nabírá tato problematika mnohem hlubšího významu.

Cílem ošetrovatelské péče je zasvětit ženu do problematiky močové inkontinence, starat se o její psychické a fyzické pohodlí. Je nutné se snažit zbavit jejího studu tak, aby o svém problému dokázala hovořit. Společnými silami se tak budeme snažit zvýšit kvalitu jejího života.

1 Kvalita života

První zmínku o sousloví „kvalita života“ můžeme najít už v řecké a římské mytologii. Bereme-li kvalitu života jako vlastní pojem, jeho počátky sahají do 20. let 20. století. V této době se o něm hodně diskutovalo zejména v zahraničí (USA, Německo), a to v souvislosti s politickou sférou. V 70. letech 20. století se tento pojem dostal i do problematiky sociologie, kde se využíval pro výzkumné účely společnosti stejně tak, jako se užívá dodnes (Heřmanová, 2012, s. 15).

Studium kvality života se prohlubuje a je mnohem rychlejší (a to zejména v posledních 30 letech). V současné době se jedná o hledání a určování faktorů, které přispívají ke smysluplnému životu a k lidskému štěstí. Samotný pojem kvalita života je velmi frekventovaný, těžko definovatelný, a je to především tím, že není součástí pouze jednoho vědního oboru. Spadá do disciplín, jako jsou psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína a mnoho dalších. Jejich úhel pohledu, a tedy i teoretické vymezení toho, co kvalita života znamená, jak ji vůbec hodnotit a měřit, je v mnoha případech velice odlišný. Proto existuje mnoho definic, avšak neexistuje ani jedna, která by byla všeobecně akceptována (Payne a kol., 2005, s. 253; Gurková, 2011, s. 21).

1.1 Definice a pojetí kvality života

V nejširším smyslu je pojem chápán jako důsledek interakce několika různých faktorů. Tyto faktory jsou sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které se sebou interagují, a tak ovlivňují rozvoj jednotlivců i celé společnosti. Tento koncept se dělí na dvě základní části, a to subjektivní a objektivní pojetí. Subjektivní pojetí zahrnuje lidské emoce, pocity, vnímání a to, co se v člověku odehrává. Do objektivního pojetí spadá to, jestli jedinec splňuje požadavky, které se týkají sociálně-materiálních podmínek života, sociálního statusu a zdraví (Payne a kol., 2005, s. 217).

Uchopení pojmu také vychází z pojetí zdraví WHO (World health organization), které popisuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost vady či nemoci. Na základě toho je potom kvalitou života to, jak jedinec vnímá své postavení v souvislosti s kulturou a hodnotovými systémy, ve kterých žije. Vše je spojeno s jeho

osobními cíli, očekáváními, přáními, zájmy a životním stylem. Dle WHO kvalita vypovídá o vlivu zdravotního stavu a celkových životních podmínek na jedince (Payne a kol., 2005, s. 16).

Joyce a kol. (2003, s. 275) přibližuje skutečnost na několika příkladech, které dal dohromady na základě různých a individuálních definic kvality života. Uvádí, že kvalitou života tak může být mentální stav, osobnostní rys, vnímání, reakce v dané situaci, emoční stav, racionální posouzení apod. Naproti tomu Veenhoven (2002, s. 2) namítá, že toto holistické pojetí kvality života selhává v praxi. Autor dále uvádí rozporuplné definice kvality života, a to jako podmínky potřebné pro získání štěstí, jako pocit spokojenosti, nebo potenciálu pro adaptaci. Koncept kvality pak Gurková (2011, s. 24) přirovnává k průsečíku, ve kterém se prolínají různé roviny a přístupy jeho vymezení.

Šimková (2007, s. 25) je zastávkyní definice, která kvalitu života popisuje jako subjektivní hodnocení, které vypovídá o tom, jak se jednotlivec sám cítí, kde žije a jaká je úroveň jeho životního stylu. Životní úroveň je potom měřena sociálními a ekonomickými ukazateli, což ji spojuje s celkovou spotřebou a výší příjmů. Z toho potom vyplývá, že jedinec může mít životní úroveň vysokou, ale přitom nízkou kvalitu života. To samozřejmě platí i naopak.

Autor Timoracký (2002, s. 28) „jednodušeji“ definuje kvalitu života jako výsledek vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, které se týkají lidského a společenského vývoje.

Murgaš (2008, s. 13) popisuje kvalitu života takto: *„Kvalitu života jednotlivce tvoří psychologická, somatická, religiozní, sociální, a ekonomická dobra, vyúsťující do subjektivního pocitu spokojenosti nebo štěstí – konfrontovaná se zdravotními, sociopatologickými, ekonomickými a environmentálními zly, přičemž tato konfrontace probíhá v prostorově diferencovaném vnějším prostředí. Vyjádřením dobra je prosperita, kterou chápeme jako souhrn všech pozitivních hodnot. Vyjádřením zla je deprivace, již chápeme jako sumu všech negativních hodnot.“*

Co se týče zdravotnictví a medicíny, téma kvality života se sem dostává zejména v 80. letech minulého století. I když jde o poměrně novou proměnnou, stává se být čím dál víc zdůrazňovanou. Lékař by se měl zajímat o to, jak dosavadní terapie léčeného nemocného člověka ovlivňuje jeho kvalitu života. Zkoumá se tedy oblast psychosomatického a fyzického zdraví. V tomto případě se potom operuje s pojmem „health related quality of life“ (HRQoL), tj. kvalita života ovlivněna zdravím (Payne a kol. 2005, s. 418).

V ošetrovatelství vychází hodnocení kvality života z újeji chápaného přístupu a to, že kvalita života je jako individuální konstrukt jedince. Přístup je zaměřen na člověka (holisticky) ve specifické životní situaci ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu. Přesto se zde ale najdou rozdílnosti a odlišné názory na tento přístup. Například autorky Haaseova, Brandenová (2003, s. 67) jsou toho názoru, že zmiňované příklady, resp. definující znaky, více ilustrují, než definují kvalitu života. Autorky doslova připodobňují zmatek kolem významu kvality života k Babylonské věži. Podle Ferransové (1995, s. 5) je kvalita života v rámci ošetrovatelství vymezena jako schopnost vést normální život, štěstí, spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně aktivní život a jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity.

1.2 Kvalita života u ženy s močovou inkontinencí

Inkontinence výrazně ovlivňuje kvalitu života, jelikož zasahuje do všech možných oblastí života. Žena, která trpí močovou inkontinencí, se těmto obtížím v mnoha případech musí plně podřídit (Kůrková, 2007, s. 5).

Močová inkontinence zasahuje do oblasti fyzické aktivity. Žena často nemůže vykonávat sportovní aktivity. V případě, kdy je žena vášnivou sportovkyní, může velice strádat a je to pro ni více než frustrující. Pacientka je limitována taktéž pracovně. Větší fyzickou námahu je nucena vykonávat za nemalých útrap, což později může vést i ke ztrátě zaměstnání. Močová inkontinence ovlivňuje i společenský život, kdy má žena strach, že ji společnost nebude přijímat. Raději se tedy skrývá doma, uzavírá se a vyhýbá se styku se širším okolím. Často se nedostane pochopení ani od blízkých přátel nebo partnera ženy (Kůrková, 2007, s. 5).

Nechtěné úniky moči negativně ovlivňují sexuální život. Dle cílených studií je inkontinence moči při pohlavním styku častější, než je uváděno, což následně vede k různým sexuálním dysfunkcím. Žena je tedy limitována jak výběrem partnera, tak frekvencí pohlavních styků (Kůrková, 2007, s. 5).

S močovou inkontinencí jde ruku v ruce častější noční močení. Tím tak dochází k poklesu kvality spánku. Soubor těchto příznaků může vést k těžké frustraci, neurotizaci, k pocitu méněcennosti a k pocitu nenaplněného života (Kůrková, 2007, s. 5).

1.3 Měření kvality života

Stejně tak, jako se kvalita života na základě definice dělí na objektivní a subjektivní, je tomu i v měření. Měření subjektivní kvality života se rozvinulo především v psychologii a to tak, že jednotlivce je dotazován na to, jak hodnotí své okolí a svůj život. Přesněji můžeme mluvit o indikátorech orientovaných na člověka, mezi které patří například zaměstnanost, společenství, vzdělání, autonomie apod., což se výrazně liší od indikátorů objektivních, mezi které patří například kvalita zdravotní péče, nebo míra kvality ovzduší, počet základních a středních škol apod. (Cocks, 2002, s. 118).

Přesuneme se ale blíže k metodám, kterými se dá sledovat kvalita života pacientů. V první řadě jde o rozhovor s pacientem/ s pacienty. Rozhovor může být nestrukturovaný, volný, nebo naopak strukturovaný, standardizovaný, který je nastaven podle jasně daného schématu. Rozhovor může být zaměřený přímo na jedince, nebo na skupinu, a to jak osobně „face to face“, tak i formou telefonického interview. Ve všech těchto případech je ale měření formou rozhovoru časově i finančně náročné, a tak není první volbou měření. Mezi nejčastější formu měření kvality života patří dotazníkové šetření. Je zjištěno, že přes 60 % výzkumů bylo realizováno touto formou. I přes její oblíbenost má řadu úskalí. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují validitu a hodnověrnost získaných výsledků. Mezi faktory patří samotné vlastnosti dotazníků (rozsah a obsah), výběr vzorku respondentů (počet, správná skupina), návratnost dotazníku a jeho distribuce (Payne a kol., 2005, s. 269-272)

Dotazníky se obecně dělí na specifické a nespecifické. Nespecifické dotazníky se používají k hodnocení jakéhokoliv symptomu či onemocnění. Specifické dotazníky berou v úvahu zvláštnosti dané choroby a lze je použít výhradně k hodnocení těchto stavů (Dugan, 1998, s. 337). Z databáze Medline byly vyhledány všechny specifické dotazníky hodnotící kvalitu života pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem, jejichž výpovědní hodnota byla verifikována statistickými studiemi. V rámci těchto studií byly sledovány následující parametry: validita, senzitivita, specifita, diskriminační validita, validita hodnocených kritérií, spolehlivost, reprodukovatelnost, citlivost a konzistence (Payne a kol., 2005, s. 272-273). Celkem bylo nalezeno 16 dotazníků.

1.3.1 Vybrané specifické dotazníky k měření kvality života s inkontinencí

Jako první z dotazníků bych uvedla **CONTILIFE**, který je určen pro ženy se stresovou inkontinencí. Tento dotazník vytvořil v roce 2003 Amarenco a kol. Skládá se z dvaceti osmi otázek, které hodnotí stav v posledních čtyřech týdnech. Hodnotí se vliv na běžné denní aktivity a aktivity spojené s námahou, emoční důsledky, vliv na sexuální život, pocit spokojenosti a sebehodnocení. Je rovněž využíván k hodnocení efektu operační léčby pomocí TVT pásky (Zachoval a kol, 2006, s. 286).

Druhý, často používaný dotazník **Overactive bladder questionnaire (OAB – q)**, taktéž hodnotí obtíže za poslední čtyři týdny. Dotazník vytvořil Coyn a kol. v roce 2002. Skládá se z dvaceti pěti otázek, které zahrnují čtyři okruhy vlivu na kvalitu života a z osmi otázek na míru závažnosti obtěžování pacienta symptomy hyperaktivního měchýře (Zachoval a kol, 2006, s. 286).

Třetím dotazníkem je **Symptom impact index for stress incontinence in women (SII – SI)**, vytvořený v roce 1996 Blackem a spol. Hodnotí tři otázky, týkající se nutnosti omezení běžných aktivit, a to ve spojitosti se stresovou inkontinencí u žen za poslední rok. Dotazník vykazuje vysokou spolehlivost i validitu (Zachoval a kol, 2006, s. 286).

Čtvrtý a také předposlední dotazník bych uvedla **Urinary incontinence severity score**, vytvořený v roce 2001 Stach-Lempinenem a spol. čtyři otázky hodnotí únik moči a šest otázek hodnotí vliv inkontinence na běžné denní aktivity žen (Zachoval a kol, 2006, s. 286).

Poslední uvedený dotazník je ten, který jsem použila k dotazníkovému šetření ve výzkumné části této práce. Tento dotazník vytvořen Wagnerem a kol. v roce 1996 nese název **Incontinence – quality of life questionnaire (I – QOL)**. Skládá se z dvaceti dvou otázek a je určen pro hodnocení kvality života pacientů s inkontinencí moči ve smyslu omezování se v obvyklých činnostech. Vykazuje dobrou spolehlivost i validitu, a proto se používán jako základní nástroj při hodnocení klinických studií (Zachoval a kol, 2006, s. 286).

Veškeré dotazníky jsou původně v anglickém znění, avšak většina z nich již byla přeložena do mnoha jazyků a také do češtiny.

2 Anatomie a fyziologie

2.1 Anatomie ženského močového ústrojí

Mezi hlavní orgány patří zejména ledviny. **Ledvina** (nefros) je párová žláza, připomínající fazoli. Je uložena retroperitoneálně po obou stranách bederní páteře. V ledvinách můžeme pozorovat dva typy tkáně, a to dřev a světlejší kůru, každá je specifická svými schopnostmi. Celkově jsou potom ledviny obaleny tukovým vazivem. Základní stavební jednotkou je nefron, který se podílí na nejdůležitějším úkonu ledvin – glomerulární filtraci, což je proces, při kterém se formuje tzv. primární moč. V anatomické stavbě ledvin nalezneme také ledvinové kalichy, které připomínají nálevkovité trubičky, spojující se do pánviček. Ledvinná pánvička je poslední místo v ledvině předtím, než se definitivní moč přesune do močovodu (Dylevský, 2019, s. 284).

Močovody (uretery) jsou párové trubičky, spojující ledvinou pánvičku s močovým měchýřem. Tyto trubičky jsou dlouhé až 30 cm a v průměru mohou měřit 4–7 mm. Rozeznáváme na nich anatomicky tři úseky dle toho, v jaké vzdálenosti od močového měchýře jsme a také přirozeně zúžené úseky, které mohou být později rizikové. V retroperitoneálním prostoru pánve pak močovody prostupují šikmo rovnou do močového měchýře (Dylevský, 2019, s. 292-293)

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý orgán, uložen v malé pánvi za symfýzou. Je to jakýsi rezervoár moči, kterou skladuje do doby, než je vypuzena z těla. Uvnitř je sliznice vystlána nepropustným epitelem, pod kterou se nachází tři svalové vrstvy. Na základě několika faktorů se dokáže přizpůsobit a změnit svůj tvar (obsah). Tvar močového měchýře závisí zejména na náplně moči, svalové vrstvě, věku, pohlaví, ale i poloze okolních orgánů. Močový měchýř je schopen pojmout 500–700 ml moči, avšak pocit na močení cítíme už při náplni 200–300 ml. Ženský močový měchýř je anatomicky širší a větší, než ten mužský (Čihák, 2002, s. 277-286). Na dně močového měchýře přechází jeho svalovina na močovou trubici a tím tak tvoří vnitřní svěrač (Dylevský, 2019, s. 292-293).

Močová trubice (urethra) je tedy posledním orgánem, podílejícím se na odchodu moči z lidského těla. U žen je tato trubička dlouhá pouhé 3–4 cm a slouží pouze jako vývodná cesta močová. Anatomicky se močová trubice rovněž dělí na tři části. Její stavbou je pak sliznice vystlána epitelem. Hladká svalovina je pokračováním svalů močového měchýře. Hladké

svalstvo močové trubice ji udržuje v uzavřeném stavu. Na ovládání močové trubice má vliv také cévní zásobení. Správné fungování hladkého svalstva a cév koriguje hormon estrogen, kterého po menopauze značně ubývá, a tak může dojít k problémům s inkontinencí. Celá močová trubice je pak uložena v pouzdře, tvořeném příčně pruhovanou svalovinou. To se označuje jako svěrač močové trubice, který na rozdíl od hladkého svalstva močového měchýře, podléhá volní kontrole (Genadry, 2013, s. 22).

Svaly pánevního dna jsou výstelkou ženské pánve a oporou močové trubici, močovému měchýři, pochvě a konečníku. Jelikož jsou svaly pánevního dna tvořeny příčně pruhovanou svalovinou, lze je tedy ovládat naší vůlí. Jejich rovnoběžné fascie jsou připevněny k pánevním kostem a k okrajům pojivových tkání. Při jejich stahu dochází k tahu zezadu směrem dopředu a veškeré orgány se zvedají dopředu blíže ke stydké kosti. Když ale dojde k přetažení svalstva (možné při porodu), poskytují poté menší oporu močové trubici, a tak dochází k samovolnému úniku moče. Proto zatínání a uvolňování těchto svalů je jedna z možných terapií, která pomáhá inkontinentním ženám (Genadry, 2013, s. 23).

2.2 Fyziologie mikce

Mikce neboli vyprazdňování močového měchýře je komplikovaný proces. Na tomto procesu se podílí různé svaly a svalové skupiny a je řízen pomocí autonomních nervů míchy – důležitým pojmem je tedy mikční reflex. Dohromady funguje stahující se hladký sval močového měchýře a uvolňující se vnitřní i zevní sval močové trubice. K tomu je zapojena také relaxace svalstva dna pánevního (Kittnar, 2011, s. 442). Důležité jsou při vyprazdňování také svaly břišní stěny, které pomocí zvýšení nitrobřišního tlaku napomáhají vypuzení (Dylevský, 2019, s. 284).

Začátek močení začíná podrážděním stěny močového měchýře, která se napíná a dráždí tak nervová vlákna ve stěně. Impulzy jsou dále vedeny do mozku, do centra kontroly močení. Mozek zpět vyšle odpověď do motorických neuronů. Tím se uvolní svaly pánevního dna a zároveň se stahuje zevní svalovina močového měchýře. Naši vůlí je ovládán zevní svěrač močové trubice, a tak můžeme odchod moči z těla ovlivnit. Člověk je totiž schopen naučit se už v dětství ovládat jeho smrštění, a tak potlačit, nebo přerušit močení. Vnitřní svěrač se na vyprázdňování moči téměř nepodílí. Při poškození bederního úseku míchy a ochabnutí svalů

pánevního dna, může dojít k porušení celého procesu mikce a k neschopnosti udržet moč, tedy k inkontinenci (Dylevský, 2019, 284).

2.3 Poruchy funkce dolních močových cest

Funkce dolních močových cest je popsána ve dvou fázích, a to vždy z pohledu močového měchýře a z pohledu močové trubice. Močový měchýř má funkci moc shromažďovat a vyprazdňovat a uretra řídí odvod moči z organismu (Martan, 2011, s. 17)

V první fázi je uvedeno, jak pracuje **močový měchýř** (dále jen **MM**) během shromažďování moči. Aktivita detrusoru se posuzuje na základě jeho změřeného tlaku. Při normální funkci MM se během plnicí fáze močový měchýř objemově zvyšuje, avšak bez významného zvýšení tlaku. Je-li MM hyperaktivní, můžeme během plnicí fáze zaznamenat mimovolní stahy detrusoru, které jsou buď spontánní, nebo stimulované. Při pocitu plnosti měchýře můžeme tento problém klasifikovat kvalitativně nebo objektivně změřit. Mechanismus **močové trubice** je během shromažďování moči buď normálně fungující, nebo patologický. Ve fyziologických podmínkách trubice udrží pozitivní tlak během plnění, a to i v případě, když je zvýšen tlak intraabdominální. Patologický mechanismus uretry je ten, který umožní úniku moči i při absenci detrusorových kontrakcí. Únik nastává v případě, kdy tlak močového měchýře převýší tlak močové trubice. Jedná se o typ stresové inkontinence (Martan, 2011, s. 17).

Druhá fáze je fáze vypravovací. Funkce **močového měchýře** lze popsat třemi stavy. V prvním stavu je detrusor akontraktilní, tzn. nelze u něho během vyšetření prokázat kontrakce. Detrusorová areflexie nastává v důsledku poruchy řízení nervovým systémem a tím tedy chybí centrálně koordinované kontrakce. Hypoaktivita detrusoru znamená, že kontrakce detrusoru nejsou dostatečně silné nebo dlouhé k tomu, aby došlo k vyprázdnění močového měchýře za přijatelné časové období. Normální aktivita detrusoru je pak oproti těmto dvěma patologickým stavům popsána jako mimovolní kontrakce, kterou lze vědomě potlačit a vede k úplnému vyprázdnění močového měchýře. Funkce **močové trubice** při mikci je opět buďto normální nebo narušená. Při normální funkci se uretra otevře a tím dochází k vyprázdnění měchýře. Při narušení se jedná o obstrukci uretry buď její hyperaktivitou, kdy se uzávěrový mechanismus při kontrakci MM stáhne nebo vůbec neotevře, nebo mechanickou překážkou např. stenózou (Martan, 2011, s. 18).

3 Močová inkontinence u žen

Už před rokem 1971, kdy byla založena Mezinárodní společnost pro inkontinenci (dále jen ICS = International Continence Society), byl tento problém značně řešen a probírán mezi odborníky. A právě ICS se této problematice začala věnovat podrobněji, hlouběji, s velikou vážou ale i opatrností. Na účet tomuto „onemocnění“ už proběhlo nemálo studií a výzkumů, které mají zpřístupnit nejnovější informace co nejširší veřejnosti. Na půdě ICS pracují nejlepší odborníci z celého světa, kteří se zaměřují a soustředí se na co nejlepší prevenci, diagnostiku a terapii močové inkontinence. Podle ICS je inkontinence definována jako každý nedobrovolný únik moče, které ovlivňuje psychologické, sociální a hygienické prostředí jedince. Inkontinence je velmi řešený problém, vyskytuje se v populaci hodně často, ale jen část populace s tím opravdu něco dělá. Galajdová (2000, s. 9) uvádí, že některá sledování prokazují, že až 50 % žen trpí, nebo se někdy setkala s inkontinencí, ale jen 10–20 % z nich vyhledá lékaře. Většina postižených lidí se totiž za svůj problém stydí, skrývají ho, a to je právě jádro problému. Močová inkontinence je léčitelná, dá se ji předejít, nebo aspoň zmírnit již vzniklou obtíž. V budoucnu je očekáváno, že výskyt inkontinence rychle poroste a bude tak představovat problém nejen v psycho – sociální sféře pacienta, ale i ve sféře finanční. Močová inkontinence postihuje nejen ženy, ale i muže téměř všech věkových kategorií (Galajdová, 2000, s. 10).

3.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory (RF) pro vznik inkontinence lze rozdělit do 4 oblastí. První skupina RF jsou faktory predisponující, jako je genetická výbava, pohlaví, rasa, kultura, prostředí apod. Další skupinou jsou faktory vyvolávající, mezi něž patří těhotenství, porod, vedlejší účinky chirurgických zákroků, nebo ozáření malé pánve. Třetí skupinou jsou RF podporující inkontinenci, kam spadá například obezita, životní styl, výživa, kouření, užívání léků. Poslední skupinou jsou faktory nekompenzující, kam patří věk, stárnutí, mentální poruchy a fyzické schopnosti (Čermák, Pacík, 2006, s. 26-31).

Prevalence i závažnosti inkontinence stoupají s věkem. V porovnání 40letých žen a 80letých žen stoupl výskyt inkontinence až o 25 %. Také pohlaví hraje zásadní roli při výskytu. U žen je tento problém 2–3x častější než u mužů, avšak po 80 letech života jsou na

tom obě pohlaví s výskytem úplně stejně. Největším rizikovým faktorem u žen je těhotenství a porod. Jelikož porod často vede k přímému poškození pánevního dna a jeho struktur. I když ve většině případů dojde k vymizení potíží s únikem moči, jsou ženy v pozdějším věku náchylné k opětovnému unikání – a nejen dočasnému. Dalším faktorem u žen bývá menopauza, spojená s úbytkem estrogenů a atrofií sliznic orgánů zásadních pro vznik inkontinence. Obezita je významným a jednoznačným faktorem, který přispívá ke zrození tohoto problému. Ovlivňuje zejména výskyt stresové inkontinence, a to v přímé souvislosti s nárůstem BMI. Obézní ženy trpí inkontinencí až 4x více, než ženy s normální hmotností (Čermák, Pacík 2006, s. 30-34; Horčíčka, 2017, s. 25).

3.2 Příčiny

Příčiny vzniku inkontinence jdou téměř ruku v ruce s rizikovými faktory. V mnoha případech je jisté, že onen rizikový faktor je zároveň i spouštěčem, tedy příčinou inkontinence u daného jedince. Někdy je ale těžké odhalit příčinu. Podle docenta Michalského (2011) až u 10 % případů není etiologie inkontinence prokázána. Únik moči nastává vždy, když intravezikální tlak přebije tlak intrauterální. Patologickému úniku moči ale brání správná funkce svalu (přesněji musculus detrusor) a svěrače močové trubice. Jejich funkci mohou poškodit patologická onemocnění jako rozštěpy páteře, parkinsonismus, diabetes mellitus, gynekologické operace, poranění v malé pánvi apod. Dalšími příčinami mohou být například anatomické vady močového ústrojí (Michalský, 2011, s. 61).

Podle Čermáka a Pacíka (2006, s. 28) můžeme příčiny rozdělit na abnormality močového měchýře (MM) a abnormality svěrače. Mezi abnormality MM patří například zvýšená aktivita neboli mimovolní kontrakce detrusoru (IDC). Hyperreflexie detrusoru je většinou vyvolána specifickou neurologickou poruchou, a to zejména cévní mozkovou příhodou, Parkinsonovou chorobou, roztroušenou sklerózou, epilepsií apod. Další příčinou může být nestabilita detrusoru, bez neurologického podnětu, což způsobují zejména záněty močových cest, dlouhodobě zavedený močový katétr, nebo nádor močového měchýře. Za abnormalitu svěrače pak považujeme hypermobilitu močové trubice, to znamená nevyváženost tlaků a neobvyklé změny anatomické stavby. Druhou zvláštností je nedostatečnost svěrače (ISD), kdy svěrač plně neplní svoji funkci uzávěru, a to i nezávisle na poloze postiženého.

Příčiny inkontinence rozdělené podle Horčičky (2017, s. 25) se jen málo liší. Jako příčinu udává těhotenství a s ním spojené komplikace, dále vaginální porod a porodní poranění, operace v malé pánvi. Tak jako u předchozích autorů uvádí neurologická onemocnění, a to jak na centrální, tak na periferní úrovni. Dalšími příčinami jsou běžné infekce dolních močových cest, nádory, močové kameny apod. Dále uvádí spojitost se zvýšeným nitrobřišním tlakem, což může způsobit například onemocnění asthma bronchiale, chronická zácpa, kašel, nebo i kouření. Nitrobřišní tlak může neustále zvyšovat i nevhodné zaměstnání, sportovní aktivita či nepřiměřená námaha. Inkontinenci mohou způsobit také některá farmaka, a to zejména ta, která ovlivňují kontraktilitu detrusoru (antidepresiva, spasmolytika, blokátory kalciových kanálů), nebo zvyšují diurézu, nebo mají vysoký tlumivý efekt.

3.3 Typy močové inkontinence

Na základě příčin, příznaků, diagnostiky, možnostech léčby a terapie rozlišujeme několik typů močové inkontinence. Mezi nejčastější a nejznámější patří inkontinence urgentní, stresová, reflexní a paradoxní (Čermák, Pacík, 2006, s. 23). V následujících podkapitolách jednotlivé typy popíšu a uvedu rozdíly v jejich podstatě vzniku.

3.3.1 Urgentní inkontinence (UI)

Urgentní inkontinence je Čermákem (2006, s. 24) popsána jako náhlý, vůlí neovladatelný pocit nucení na močení. Podle Genadryho (2013, s. 32) spočívá v silné a většinou nečekané potřebě močit. Popisuje ji jako nepotlačitelnou potřebu začít okamžitě močit. S tím je spojená i náhlá ztráta kontroly nad močením. Ženy popisují, že během chvíle začnou pociťovat nutkání na močení a než dojdou na toaletu, moč jim začne unikat, nebo se také zcela pomoci. Jiné nutkavou potřebu pociťují například v okamžiku, kdy zasouvají klíč do zámku od dveří. Nucení bohužel nejsou schopny ovládnout a u každé je to individuální. Žena častokrát nedostane žádné varovné signály z nervové soustavy, a tak neví, kdy se mikce dostaví. Nervová soustava místo toho vydá signál, který způsobí kontrakci hladkého svalstva močového měchýře (Genadry, 2013, s. 33). Nemocní si hodně stěžují na časté močení s imperativním nucením na moč. Pokud začnou močit, nedokážou proud vůlí zastavit. Samotné močení mohou vyvolat určité podněty jako kašel, kýchnutí, změna polohy, nebo i psychické podněty jako vědomí, že je blízko toalety, zvuk tekoucí vody, nebo bezprostředně

po tom, kdy ráno vstanou z lůžka. Podstata této inkontinence spočívá v nestabilním močovém měchýři (Zikmund, 2001, s. 34).

Urgence se hlouběji dělí na dva podtypy, a to na motorickou a senzickou. Motorická urgence je způsobena hyperaktivitou detrusoru. V tomto případě mechanismus uzávěru funguje, ale nefunguje kontrola mozku nad mikčným reflexem. I slabé podněty působící na proprioreceptivní receptory, vyvolají stah detrusoru a žena poté není schopna mikčným reflexem potlačit. U senzické formy je příčina v hypersenzitivitě receptorů detrusoru. Tedy receptory kontrolují napětí měchýře a vysílají zpět zesílené odpovědi, i přes zcela normální stav (Zikmund, 2001, s. 34).

3.3.2 Stresová inkontinence (SUI)

Projevuje se jako mimovolní únik moči spojený především s fyzickými aktivitami (běh, skákání, zvedání břemene, kýchnutí, kašel apod.) Je to způsobeno zvýšeným intraabdominálním tlakem bez současné kontrakce detrusoru (na rozdíl od urgentní inkontinence). Tento zvýšení tlak, se přenese na močový měchýř a tím se zvýší i tlak intravezikální, tedy uvnitř močového měchýře. Tlak v močovém měchýři poté překoná odpor močové trubice a dojde tak k úniku moči. Žena je ve většině případech schopna proud moči zastavit pomocí svalů pánevního dna. Příčinou stresové inkontinence je snížená uzávěrová schopnost močové trubice, která závisí na stavu hladké svaloviny, na příčně pruhovaném svěrači, na stavu sliznice a cévního zásobení. Mnoho faktorů se na tomto typu úniku moči podílí, a tedy je patrné, že příčiny jsou multifaktoriální (Čermák, Pacík, 2006, s. 24; Zikmund, 2001, s. 37). Tento typ inkontinence je u žen nejrozšířenější a často vzniká v souvislosti s těhotenstvím, porodem a menopauzou. Závažnost inkontinence poté sílí, a tak k úniku moči dochází nejen při kašli, kýchnutí, či zvýšené fyzické aktivitě, ale také při běžných činnostech, jako je vstávání z postele, nebo vázání tkaniček u bot (Genadry, 2013, s. 30).

3.3.3 Reflexní inkontinence

Je to mimovolní únik moči, způsobený nekoordinovaným stahem detrusoru. Objevuje se u pacientů s neurologickými problémy, které podmiňují hyperaktivitu detrusoru s chybějící senzitivní složkou. Tzn., že pacient nemá nucení na močení, ale únik moči je způsoben

hyperreflexií detrusoru (Čermák, Pacík, 2006, s. 25). Příčina bývá v míšni lézi při frakturách obratle, myelodysplasiích, neuropatiích apod. (Zikmund, 2001, s. 51).

3.3.4 Paradoxní inkontinence

Neboli inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie) je mimovolní únik moči při přeplněném močovém měchýři (močový měchýř přeteče, moč odtéká). Moč unikne tehdy, kdy je intravezikální tlak vyšší než maximální tlak v močové trubici. Při tomto typu inkontinence nehraje roli aktivita detrusoru, ale pasivní přepětí stěny močového měchýře. Dochází k ní především tehdy, když se močový měchýř dokonale nevyprázdní. Totiž při dalším postupném naplňování je rychleji vyčerpána jeho kapacita, moč se nemá kam vejít, a proto odtéká. Charakteristické jsou rovněž časté úniky malého množství moči i po několika minutách za sebou. V ojedinělých případech se také následkem přeplněného močového měchýře může stát, že přebytečná moč bude močovody vytlačena zpět do ledvinných pánviček a způsobí zde patologické stavy (Čermák, Pacík, 2006, s. 25; Genadry, 2013, s. 34).

3.3.5 Hyperaktivní močový měchýř

Tento termín popisuje stav, kdy pacientka určitě pociťuje nutkání na močení, avšak tento stav nutně nemusí souviset s inkontinencí. To znamená, že žena s hyperaktivním močovým měchýřem může, nebo nemusí trpět močovou inkontinencí. V případě, že žena trpí únikem moči, bude to inkontinence urgentní. To je dále spojováno s inkontinencí stresovou, nebo dokonce kombinovanou formou. Je těžké určit, zda je urgence způsobena kontrahujícím močovým měchýřem nebo přítomností moči v ochablé močové trubici. Močový měchýř může být nadměrně senzitivní a potřebuje se vyprázdnit ještě dříve, než se naplní jeho kapacita. Nebo naopak močový měchýř svoji citlivost úplně ztratí a pocity na močení nastávají tehdy, kdy nahromaděná moč začne přetékat do močové trubice. V obou těchto případech je pacientka nucena běžet na toaletu, protože cítí odtékající moč, ale nedokáže ji zastavit (Genadry, 2013, s. 35).

3.3.6 Ostatní typy inkontinence

Často se také setkáváme s inkontinencí **kombinovanou**, smíšenou, při níž se objevují patologické příznaky jak inkontinence urgentní, tak stresové. **Tranzitorní** inkontinence je pojem označující přechodný únik moči jakéhokoliv typu, se kterým se setkáváme například u pacientů v bezvědomí, při uroinfekcích, při užívání farmak různého typu, nebo při psychických problémech. Do ostatních typů inkontinence patří i **enuréza** neboli noční pomočování, čímž trpí dívky i chlapci ve věku od 3 do 17 let, přičemž až 85 procentům z nich se nikdy nepodaří plně ovládnout funkci močového měchýře (Čermák, Pacík, 2006, s. 26). Inkontinence může být také **poporodní**, a to buď dočasná, než žena opět posílí svaly pánevního dna, nebo přechází v inkontinenci stresovou, při které jsou obtíže dlouhodobější. Obecně platí, že čím více porodů, tím větší riziko vzniku. Rizikovým faktorem jsou samozřejmě vícerodičky, ale i ženy prvorodičky, jejichž miminko váží více jak 4000 gramů (Chmel, 2010, s. 13).

3.4 Diagnostika

Diagnostika problému zahrnuje především vyšetření klasické, provedené praktickým lékařem, kam spadá podrobná anamnéza, objektivní i subjektivní fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření moče. Praktický lékař by měl být schopen na základě osobní anamnézy a objektivního fyzikálního vyšetření určit typ, eventuelně i stupeň inkontinence a předat pacienta dalšímu odbornému lékaři podle závažnosti problému, nejlépe urologovi nebo urogynekologovi. Odborný lékař může dále nález podpořit Gaudenzovým či jiným dotazníkem, sonografickým a RTG vyšetřením, případně testy, jako je vážení vložek apod. V neposlední řadě se využívají různá důležitá speciální urodynamická vyšetření nebo podrobnější zobrazovací metody, jako je magnetická resonance (Čermák, Pacík, 2006, s. 35-37).

3.4.1 Anamnéza

Zprvu se lékař soustředí na **anamnézu rodinnou**. U příbuzenstva se sledují zejména vyskytující se anomálie uropoetického traktu, vrozené vady a anomálie v oblasti míchy.

Pátráme v rodině po onemocněních, jako je diabetes mellitus, insuficience závěsného aparátu, po častém výskytu hernií, varixů apod. Častá je genetická predispozice inkontinence zjištěna z matky na dceru, popřípadě mezi sestrami (Zikmund, 2001, s. 53).

V **osobní anamnéze** se lékař dotazuje na všechna onemocnění, která pacientka prodělala a mohla tak vést ke vzniku inkontinence, nebo ji v nynější době ovlivňuje. Mezi nemoci související s inkontinencí patří zejména mozková, iktus, roztroušená skleróza, výhřezy obratlových plotének. Dále se zjišťuje pravidelné užívání léků – jakých, kolikrát denně, v jaké gramáži. Některá farmaka jako například antihypertonika mohou inkontinenci výrazně zhoršit (Zikmund, 2001, s. 53).

Sociální a pracovní anamnéza má do jisté míry velkou důležitost. Jde zejména o zjištění sociálního stavu pacientky v případě následné pooperační péče, začleňování se zpět do práce apod. Při zaměstnání jako učitelka, účetní, všeobecná sestra (obecně ta, kde jsou ženy vystaveny stresu), postihuje ženy urgentní inkontinence. U žen s vyšší sexuální promiskuitou, nebo s nižším sociálním ekonomickým zabezpečením, můžeme pozorovat únik moči způsobený častými nebo chronickými záněty močových cest (Zikmund, 2001, s. 53).

Gynekologická a porodnická anamnéza je důležitou součástí vyšetření. Zde se lékař dotazuje na první menarche, na pravidelnost menstruačního cyklu, počtu těhotenství, počtu porodů a hmotnosti porozených dětí, popřípadě počtu ukončených těhotenství. Dále je důležité vědět průběh porodů a případných poporodních komplikací. Pacientka je následně dotazována na prodělané operace především v oblasti malé pánve, popřípadě na operace již v souvislosti s inkontinencí. Dotazy jsou směřovány i na záněty děložního hrdla a dělohy, které mohou vést k zánětům močového traktu a mohou tak být spouštěčem úniku moči (Zikmund, 2001, s. 53; Čermák, Pacík, 2006, s. 38).

Na závěr se přechází na **anamnézu urologickou**. Zde pacientka vylicí své obtíže a dále se lékař ptá na dotazy spojené s inkontinencí. Pacientka je dotazována na popis úniku moči, frekvenci, jaké fyzické i psychické aktivity ovlivňují únik moči, jestli pociťuje nutkání na močení a kdy, popisuje přibližný objem uniklé moči, stavy, kdy dochází ke zlepšení nebo zastavení inkontinence. Lékař se dotazuje na vzhled moči, zda je v moči přítomna krev apod. Spolu s tím lékař sleduje, které stavy jsou pro pacientku nejvíce obtěžující. Dobře se typ inkontinence dá určit pomocí **mikčního deníku (viz příloha A)**, který si pacientka vede několik dní před návštěvou urologa a zaznamenává, kolik tekutiny za den vypila a kolik toho vymočila. (Zikmund, 2001, s. 53).

Autor Horčíčka (2017, s. 29) ve své literatuře uvádí speciální otázky týkající se poruch udržení moči a to: Jak často dochází k úniku moči? Za jakých okolností? Jaké množství unikne? Budíte se v noci kvůli močení? Užíváte absorpční pomůcky? Je močení provázeno bolestí? Je v moči přítomna krev? A naposled sama pacientka zhodnotí, do jaké míry inkontinence ovlivňuje její život. Další dotazy pak směřují na chronický kašel, obštipaci, neurologická a endokrinní onemocnění, abúzu alkoholu, kouření apod.

3.4.2 Fyzikální vyšetření

Lékař zhodnotí a vyšetří celkový klinický stav pacientky. Pozoruje celkovou hybnost, zručnost, paměť, hodnotí kognitivní funkce. Dále vyšetřuje palpačně břicho, zevní genitál, kde se soustředí zejména na patologické stavy jako je cystokéla, rektokéla, prolaps dělohy, a nakonec vyšetřuje pacientku per rektum. Orientačně se provádí i neurologické vyšetření a míšní reflexy. Posuzuje se i kožní onemocnění jako komplikace při inkontinenci (dermatitida, mykóza, dekubity). Nakonec se lékař pokusí subjektivně zhodnotit psychosociální komplikace pacientky (Horčíčka, 2017, s. 29).

3.4.3 Laboratorní vyšetření

Mezi základ laboratorního vyšetření patří: moč chemicky, močový sediment a mikrobiologické vyšetření. Chemické a kultivační zhodnocení je základní podmínkou v péči o inkontinentní pacientky. Standardní vyšetření moči se provádí v souvislosti s vyloučením močové infekce, nebo jiných přidružených onemocnění. Na pozoru by měl být lékař, který se setká s nálezem zmnožených červených a bílých krvinek, popřípadě bakterií v moči. V tomto případě následuje podrobnější vyšetření odborníkem urologem. Biochemické vyšetření renálních funkcí, a to zejména urea a kreatinin je indikováno u pacientek, které by podstoupily operační řešení (Čermák, Pacík, 2006, s. 40; Horčíčka, 2017, s. 30).

3.4.4 Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody používané při diagnostice inkontinence patří zejména sonografie, rentgenové vyšetření a magnetická resonance.

Ultrazvukové vyšetření je velmi hojně užívané a má tu výhodu, že je běžně dostupné na každém pracovišti. Dokáže nám ukázat pozici a mobilitu hrdla močového měchýře a posoudit tak jednotlivé typy inkontinence. Dále na zobrazení lékař hodnotí močovou trubici, a to zejména velikost zevního svěrače močové trubice. Ultrazvukové vyšetření může probíhat jak zevně, tak vnitřně. Při zevním přístupu se potom hodnotí oblast abdominální, perineální a introitální. Intrakavitálně se potom volí přístup vaginální či rektální (Čermák, Pacík, 2006, s. 41).

RTG vyšetření – cystouretrografie se užívá k zobrazení morfologických změn močového měchýře a močové trubice. Cílem vyšetření je zobrazit tzv. zadní uretrovezikální úhel a pokles hrdla močového měchýře. Fyziologické hodnoty uretrovezikálního úhlu jsou 90–100 stupňů a nemění se ani při provokovaných stavech jako je smích, kašel či kýchnutí. Při stresové inkontinence se zadní úhel mění až na hodnoty 180 stupňů (Čermák, Pacík, 2006, s. 43). Pacientka se před vyšetřením vymočí a zjistí se objem reziduální moči. Dále je močový měchýř naplněn 200 mililitry kontrastní látky. Pak je do močového měchýře zaveden pomocí katétru kovový řetízek. Zhotovují se dva snímky, jeden v klidu, druhý při maximálním zatlačení (Zikmund, 2001, s. 81). Nevýhodou vyšetření je značný dyskomfort pacientky, kvůli zavádění kuličkového řetízku a je taktéž vystavena radiačnímu záření. Z těchto důvodů se lépe přistupuje k vyšetření sonografickému (Čermák, Pacík, 2006, s. 43).

Magnetická resonance je moderní neinvazivní metoda, avšak velmi ekonomicky náročná. Pomocí MRI přístroje můžeme zachytit statické i dynamické struktury a tím tak podrobně popsat funkci močových cest. Díky MRI můžeme stanovit prostorové souřadnice každého bodu v oblasti horních o dolních močových cest (Otčenášek, 2001, s. 243).

3.4.5 Testové metody

Q – tip test se provádí následovně. Pacientka je uložena do gynekologické polohy. Do močové trubice je zavedena lubrikovaná sterilní vatová štětička. Štětička je zavedena až do hrdla močového měchýře, přičemž druhý konec vykukuje z oblasti genitálu. U pacientky

v klidu s normální anatomíí pánve, by štěticeka měla být v horizontální poloze. Dále lékař pacientku vyzve k zatlačení jako na stolicí, nebo ke kašli. Lékař sleduje, jaký úhel štěticeka svírá oproti poloze v klidu. Pokud je úhel větší než 30 stupňů, je test pozitivní (Horčíčka, 2017, s. 31).

Pad – test se používá k objektivnímu a kvantifikačnímu zhodnocení úniku moče. Test spočívá v tom, že pacientka je vyzvána k tomu, aby za určité časové období vážila použité vložky. Obvykle se jedná o hodinové nebo dvouhodinové rozmezí, kdy pacientka vypije určité množství tekutin a vykonává činnosti, které provokují únik moči. Test je pozitivní, zvětší-li se hmotnost vložek více jak o 2 gramy (Zikmund, 2001, s. 63).

Stres test je opět použit v případě objektivního posouzení při stresové inkontinenci. Pacientka má naplněný močový měchýř, rozkročí a pokrčí nohy, opře se o opěru lokty. V této poloze by neměla být schopna zapojit svaly pánevního dna, které se podílejí na uzávěru močové trubice. Pacientka je vyzvána k silnému kašli. V případě odtoku určitého množství moči, se jedná o stresovou inkontinenci (Zikmund, 2001, s. 63).

Marshallův test spočívá v naplnění ženského močového měchýře 200 mililitry tekutiny. Pacientka, trpící stresovou inkontinencí při silném zakašlání pociťuje odtok náplně. Pomocí dvou prstů lékař vyzdvihne parauretrální tkáň v místě krčku měchýře. Prsty je nutné zavést široce roztažené tak, aby nekomprimovaly močovou trubici. Při kašli by pak náplň odtékat neměla. Podle Marshalla jsou tyto ženy vhodné k závěsné operaci (Zikmund, 2001, s. 61).

3.4.6 Urodynamická vyšetření

Mezi základní metody patří uroflowmetrie, cystometrie, měření uretrálního tlakového profilu, případně komplexní urodynamická studie spolu s EMG (elektromyografie). Každá z těchto metod nám pomáhá objasnit funkčnost vezikouretrálního aparátu. Všechna měření se uskuteční za pomoci přístrojů, které jsou schváleny ICS (International Continence Society), což je zásadní při objektivizaci výsledných parametrů (Čermák, Pacík, 2006, s. 47).

Pod pojmem urodynamika se skrývá nauka o transportu moči, která zahrnuje morfologické, fyziologické, biochemické a fyzikální hledisko. V dnešní době bychom se bez urodynamických vyšetření neobešly a v současnosti se jedná o nejpřesnější metody, které dokážou diagnostikovat nesprávnou funkci dolních močových cest. I přesto je ale třeba

výsledky hodnotit celistvě v souvislosti ostatními vyšetřeními a nespolehat jen na ně. Mezi vyšetření spadají sady různých funkčních testů, přičemž každý obsahuje jinou míru složitosti. Testy se mohou kombinovat, či používat jednotlivě, v závislosti na klinickém nálezu. Urodynamika je široké spektrum vyšetření kam spadá jak jednoduchý záznam mikce, tak velmi složitý videourodynamický záznam. Pacientkám je na základě jejich příznaků a klinického stavu indikováno to nejefektivnější vyšetření, které stanoví správnou diagnózu (vyšetření může být jednoduché, základní, nebo komplexní a složitější). Při vyšetření se používají ověřené urodynamické přístroje a výsledky jsou zpracovány jak graficky v křivkách, tak matematicky v číslech (Horčíčka, 2017, s. 40).

Urodynamické metody jsou vesměs všechny invazivní, tedy zasahují do lidského organismu dutinami. Nejčastěji se zavádějí katétry do močového měchýře, močové trubice, rekta a v případě potřeby i do pochvy. Nepříjemností pro pacientku i u těch nejjednodušších vyšetření, je nemožnost zajistit pacientce soukromí při potřebné mikci. Možným nežádoucím účinkem při častém a opakovaném zavádění katétrů je i zavlečení infekce do močových cest. Doporučuje se tedy po provedeném zákroku podat profylakticky jednorázovou dávku antibiotik nebo chemoterapeutik (Zikmund 2001, s. 63).

Uroflowmetrie se používá ke zhodnocení průběhu mikčního procesu a následnému objektivnímu vyhodnocení poruch vyprazdňování močového měchýře. Měří se na průtokoměru, tzn. pacientka močí do speciálně upravené toalety, kdy močový proud dopadá na rotující disk, který je tak drážděn (Horčíčka, 2017, s. 41) Měří se hodnoty rychlosti močového proudu, které jsou výsledkem působení vypuzovacích sil a odporu močové trubice. V základu se měří čas mikce (doba), objem vypuzené moči, maximální a střední hodnota močového proudu, a nakonec postmikční reziduum neboli to, jaký objem moči zůstane v močovém měchýři po mikčním procesu. Reziduum se nakonec měří konkrétní zobrazovací metodou (UZ, RTG), nebo katétrizací. Hodnotí se také kvalita močového proudu, zda je přerušovaný, nebo kontinuální, což může nastínit některé patologie v anatomické či funkční stavbě uropoetického traktu. U žen doba trvání mikce čítá asi 20–30 sekund (Čermák, Pacík, 2006, s. 48). Souvislý proud značí normální bezproblémovou mikci. Slabý, dlouhotrvající nebo přerušovaný proud by mohl značit dysfunkci mikce, sníženou kontraktilitu detrusoru nebo jeho dyssinergii. Pro úspěšné provedení vyšetření je potřeba aspoň 100 mililitrů objemu moči. (Horčíčka, 2017, s. 42).

Plnicí cystometrie je invazivní metoda, která se využívá nejvíce. Měří se intravezikální tlak v souvislosti s objemem močového měchýře. Intravezikální tlak je hodnota, kterou získáme sečtením tlaku, který vyvolá svalovina močového měchýře, a tlaku uvnitř dutiny břišní. Abychom zjistili hodnotu tlaku svaloviny močového měchýře, musíme využít dvoukanálový tenký katétr, který je zaveden do močového měchýře. Jeden kanálek měří tlak, do druhého kanálku je vpouštěn fyziologický roztok, aby se močový měchýř stále plnil. Intraabdominální tlak se potom měří jednobanálovým rektálním katétrem. Hodnoty jsou odesílány do softwaru, který automaticky vypočítá konečný výsledek, a to samotnou detrusorovou aktivitu močového měchýře. Výsledné parametry se u jednotlivých pacientek mohou výrazně lišit, proto je hodnocení v rukou lékaře, který s přihledem na klinický stav pacientky konečně sám posoudí (Horčíčka, 2017, s. 42). Vyšetření se provádí vleže na zádech. Močový měchýř je plněn fyziologickým roztokem různou rychlostí. Mezitím se u pacientky provádějí různé provokace jako zakašláni, změna polohy, poklep nad symfýzou apod. Lékař vnímá i pacientčiny subjektivní pocity jako bolest, tlak, cit tepla a chladu. Na křivku se pot zaznamená bod, kdy pacientka cítí nucení na močení a bod, kdy je močový měchýř zcela naplněn. Toto vyšetření je běžně prováděné v urogynekologických ambulancích (Čermák, Pacík, 2006, s. 48).

Profilometrie je metoda využívána k vyšetření funkce sfinkterů a měří se pomocí intrauretrálního tlaku. Měřicí katétr je nejdříve zasunut močovou trubicí do močového měchýře. Poté se katétr z močového měchýře vytahuje stále stejnou rychlostí. Tím je dáno přesné tlakové prostorové rozložení v močové trubici (uretrální tlakový profil). Hodnota maximálního uretrálního tlaku nám potom slouží k rozeznání dvou druhů stresové inkontinence u žen (Horčíčka, 2017, s. 45).

Leak point pressure (LPP) se používá ke zjištění hodnoty intraabdominálního nebo intravezikálního tlaku v momentě úniku moči. Statický LPP se využívá především u neurogenních poruch močového měchýře. Měření je součástí plnicí cystometrie, kdy se sleduje intravezikální tlak při prvním úniku moči. Dynamický LPP je důležitý při rozlišení dvou typů stresové inkontinence. Močový měchýř je naplněn 200 mililitry fyziologického roztoku. Pacientka zakašle. Poté je měřen intraabdominální tlak při prvním úniku moči (Horčíčka, 2017, s. 46).

Dále je hojně využívána **elektromyografie**, která pomáhá vyšetřit aktivitu příčně pruhované svaloviny zevního svěrače močové trubice. Vyšetření se provádí pomocí

nalepovacích elektrod v oblasti rekta. Při mikci za fyziologických okolností by mělo dojít k relaxaci svěrače (Horčíčka, 2017, s. 46).

3.5 Léčba inkontinence

Léčba závisí a odvíjí se od stupně, a hlavně od typu inkontinence. Jinak se tedy léčí inkontinence urgentní, jinak stresová a jinak samozřejmě reflexní. V klinické praxi se setkáváme nejčastěji se třemi typy inkontinence a to ve 49 procentech se stresovou, ve 29 procentech se smíšenou a ve 22 procentech s urgentní (Čermák, Pacík, 2006, s. 52).

Veškeré léčebné postupy a terapie jsou potom v literatuře směřovány na právě tyto tři typy. Já se rozhodla pojmout tuto kapitolu trochu obecněji, a to ve dvou směrech. V jedné podkapitole rozeberu možnosti léčby **nechirurgické**, v druhé podkapitole pak možnosti léčby **chirurgické**. Genadry (2013, s. 57) ve své literatuře uvádí, že nejvhodnější je začít s neinvazivními metodami, jako je například používání inkontinenčních pomůcek nebo posílení svalů pánevního dna, a pak teprve dle závažnosti stavu přejít na jiné metody (invazivní, chirurgické). Některé léčebné postupy pomáhají všem pacientkám, bez ohledu na typ inkontinence a některé jsou zase užívány pro určitý typ.

3.5.1 Nechirurgická terapie inkontinence

Nechirurgická léčba představuje neinvazivní terapii, do které spadá používání inkontinenčních pomůcek, posilování svalů pánevního dna, změna životosprávy a v neposlední řadě farmakoterapie.

Inkontinenční pomůcky

Inkontinenční pomůcky jsou dnes vyráběny ve velkém množství a jsou užitečné v mnoha různých situacích a při jakémkoli typu inkontinence. Užívají se v případě, pokud žena trpí pouze malým únikem moči, nebo když žena čeká na chirurgický zákrok nebo je čerstvě po něm. V některých případech se ženy dokonce rozhodnou, nebo je pro ně ze zdravotního hlediska lepší problém řešit konzervativně. Mezi dostupné inkontinenční pomůcky patří zejména vložky, kalhotky, pleny, fixační kalhotky a podložky. Tyto pomůcky se liší savostí,

kapacitou, materiálem, tloušťkou i designem. Je důležité vybrat na základě stupně úniku moče i správnou tloušťku materiálu (Genadry, 2013, s. 83).

Vložky, a to zejména tenké, se hodí při slabém úniku (pojmou cca 5 mililitrů tekutiny) a naopak tlusté vložky použije žena se silnější inkontinencí (pojmou až dvacetinásobek tohoto objemu). Některé vložky jsou opatřeny i samolepícím pruhem, který zajistí minimální posouvání vložky v případě, když je žena vystavena větší fyzické aktivitě. Aby vložka držela co nejlépe na správném místě, musí si pacientka pořídit i dobře padnoucí spodní prádlo. Pacientka by měla používat opravdu vložky inkontinencí, a ne vložky používané při menstruaci. Menstruační vložky jsou totiž z jiného pohlcujícího materiálu a pojmou menší objem tekutiny. Při ještě silnější inkontinenci si pacientky mohou obstarat kalhotky uvnitř s kapsou, do které se vkládají jednotlivé vložky, které jsou širší a mnohem silnější. Kalhotky lze vyprat a opakovaně použít (Genadry, 2013, s. 83).

Další pomůckou jsou **pleny** pro dospělé. Nevýhodou je jejich velikost a nepohodlnost. Výhodou je naopak jejich bezpečnost, jelikož jsou opatřeny elastickým lemem. Vnější vrstva plen je z plastového materiálu, na které jsou samolepící pásky pro snadnější upevnění. Pleny jsou doporučovány pacientkám při významném úniku moči, jsou schopny pojmout až 200 mililitrů tekutiny. Veškeré pleny jsou dostupné v různých velikostech XS – XXXL, v různých tvarech a upevnit je na tělo můžeme pomocí pásů, knoflíků či suchého zipu (Genadry, 2013, s. 85).

Pokud žena používá vložky či pleny, může si pro své pohodlí pořídit také **spodní kalhotky**, vyrobené z elastické síťové pleteniny. Jejich úkolem je udržet vnější pomůcku na správném místě. Pro jistotu si do domácího prostředí může pořídit také nepropustné **podložky**, které chrání postel a nábytek před znečištěním. Podložky jsou z jedné strany savé, z druhé strany nepropustné (Genadry, 2013, s. 85).

Veškeré inkontinentní pomůcky jsou v prodeji například v drogeriích, větších obchodech, na internetu nebo v prodejnách zdravotních pomůcek. Každá žena si na základě svých obtíží a potřeb může vybrat pomůcku, která ji přijde nejvhodnější. Při výběru musí zvážit velikost, materiál (šustivost), jaké nosí ráda oblečení, aby se sama cítila komfortně, ale také své finanční prostředky, jelikož některé pomůcky nejsou levnou záležitostí. V případě užívání inkontinenčních pomůcek je velmi důležitá hygiena a péče o pokožku v intimních oblastech. Moč sama o sobě působí na pokožku dráždivě a některé pomůcky obsahují chemikálie pro

zvýšení savosti či pro absorpci pachů. Pacientka by si měla pořídit ochranné krémy či emulze a postižené oblasti udržovat co nejvíce v suchu (Genadry, 2013, s. 86).

Posilování svalů pánevního dna

Tyto svaly jsou oporou orgánů uložených v malé pánvi. Na základě vzrostlého abdominálního tlaku se tyto svaly stahují. Udržují správné postavení orgánů a pomáhají k sevření sfinkteru uretry, a tak nemáme problém s udržením moči. Z několika možných příčin jsou svaly pánevního dna ochablé a ztratily svoji pružnost. Cvičení jsou užitečná jak pro ženu inkontinentní, tak pro ženu kontinentní. Svaly by žena měla cvičit před otěhotněním, v jeho průběhu, i po porodu. Žena by si nejdříve měla uvědomit, které svaly to jsou. Lze to zjistit několika metodami. První metodou je, že se při mikci snaží proud moči zastavit. Druhá metoda je ta, když si žena vloží dva prsty do vaginy tak, aby pocítila jejich sevření. Třetí metoda spočívá v sevření konečníku, jako by chtěla zabránit úniku stolice. Poslední možností je lehnout si na záda, ramena i ruce zůstávají na podložce, nohy jsou pokrčené a opřené chodily o podložku, pánev je zdvižená (Genadry, 2013, s. 88).

Doporučené intervaly cvičení svalů pánevního dna je nejméně třikrát denně. Svaly může žena procvičovat rychlými, nebo pomalými stahy. Při pomalém stahu se svaly zatnou, drží po dobu pěti sekund zatnuté a následně uvolní taktéž po dobu pěti sekund. Pro efektivní výsledky by se doba zatnutí měla prodlužovat až na deset sekund a počet opakování je třikrát dvacet stahů za den. Při rychlém stahování se svaly zpevňují a povolují nejméně třicetkrát rychle za sebou, a to třikrát denně. Rychlé a pomalé stahy se dají kombinovat a různě střídat v případě, že žena již získala ve cvicích grif a určitou sebedůvěru. Nejužitečnější jsou **Kegelovy cviky (viz příloha B)**, které žena provádí vestoje, vsedě a vleže (Genadry, 2013, s. 90).

Aby žena zjistila, jestli je její cvičení efektivní a správně prováděné, může využít tzv. **metodu biologické zpětné vazby**. Na základě toho pacientka získá informace o biologickém stavu svého těla, v tomto případě o svalech pánevního dna a močového měchýře. Zařízení ženě pomáhá vidět, slyšet a vnímat, jaké svaly reagují na stah a uvolnění. Díky tomu žena ví, že procvičuje a ovládá správné svaly. Po dlouhé cestě ovládnutí biologické zpětné vazby se žena může těšit pokrokům, v některých případech až k úplnému vymizení příznaků inkontinence. Mezi tyto metody patří: biologická zpětná vazba močového měchýře, tlaková

zpětná vazba, biologická zpětná vazba svalové kontrakce a magnetická stimulace (Genadry, 2013, s. 90).

Podstatou posilování svalů pánevního dna není jen „jednoduché“ stahování a povolování, ale zejména celková **fyzioterapie**, která obsahuje doporučený soubor 100–150 cviků, které jsou prováděny denně po dobu šesti až osmi týdnů. Přičemž výsledné fyzioterapeutické cvičení je nutno probrat s odborníkem a brát v potaz veškeré souvislosti při daném typu inkontinence (Chmel, 2010, s. 35).

Posílení svalů pánevního dna je možné i za pomoci **elektrostimulace**. V podstatě se jedná o formu pasivního cvičení, jelikož žena nevyvíjí žádnou aktivitu k posílení svalů, ale pohyb svalů je vyvolán elektrickým proudem. Pomocí stimulátoru, který je zaveden do dolní části pochvy, jsou na svaly přenášeny malé elektrické výboje, které vyvolávají kontrakce svalů a tím se tak posilují (Chmel, 2010, s. 36).

Mezi metody posilující svaly pánevního dna patří i prostředky, které se zavádějí do pochvy. Nejznámější jsou **vaginální konusy**, což jsou kovové nebo plastové konické válečky, které se žena snaží udržet v pochvě po dobu deseti až třiceti minut denně. Váleček si do pochvy sama zavede a stahem svalů by neměl sám vypadnout. V případě, že konus dokáže udržet bez problémů, pořídí si pacientka konus o vyšší hmotnosti (Zikmund, 2001, s. 95).

Změna životosprávy

Ihned na začátku léčby lékař zvýrazní důležitost změny životosprávy, pokud je to nutné. Za rizikový faktor pro vznik inkontinence, jak jsem uvedla výše, je obezita. Pokud je pacientka obézní, prvotním aktem by měla být redukce její váhy, což může předejít dalším komplikacím, a především operačnímu řešení. Další, na co lékař upozorňuje, je úplné vyřazení, nebo aspoň omezení kouření. Kouření souvisí se silným kašlem, který je taktéž provokatérem inkontinence a je dokázáno, že kuřačky trpí dva až pětkrát více stresovou inkontinencí, než nekuřačky (Zikmund, 2001, s. 94). Lékař dále může doporučit omezení příjmu tekutin pro zmírnění některých příznaků inkontinence (Genadry, 2013, s. 96).

Farmakoterapie

V dnešní době neexistuje jediný lék, který by úplně zastavil močovou inkontinenci. Léky používané při léčbě omezují výskyt problémů močové soustavy a snižují počet úniků moči. Na těchto omezení se podílí mnoho různých mechanismů účinku daného léku. Některé léky snižují reflexní stahy močového systému, jiné léky posilují svěrače. Další léky zase snižují vyšší činnosti močového měchýře a další léky například snižují tvorbu moči v ledvinách. Moderní farmaka ovlivňují reakci orgánů na pokyny, které jsou vysílané mozkiem. Veškeré informace o volbě léků, dávkování a mechanismu účinku by měl ženě podat příslušný odborný lékař, který farmakum vybere na základě podrobného prostudování stavu pacientky. K danému léku si také žena (respektive její organismus) může vytvořit určitou toleranci, to znamená, že lék přestane fungovat tak, jak má, a proto lékař musí vybrat vhodné náhradní řešení. Stejně jako všechna farmaka, i léky využívané proti inkontinenci mají určité vedlejší účinky, se kterými je nutno počítat (Genadry, 2013, s. 96, 97).

V případě léčby urgentní inkontinence se využívají léky, které se dokážou navázat na muskarinové receptory svalstva močového měchýře, a tím je vyřadí z činnosti. Urgentní inkontinence totiž spočívá v nadměrné aktivitě močového měchýře, a proto je nutno potlačit jeho reflexní stahy. Pod obchodním názvem je znám lék Ditropan, potlačující kontrakce močového měchýře, čímž je výrazně snížen počet inkontinentních příhod. Vedlejší účinky tohoto léku mohou být sucho v ústech, rozostřené vidění, zácpa a zmatenost, jelikož je vstřebáván krví a váže se na muskarinové receptory i ostatních orgánů (Genadry, 2013, s. 97, 98).

Léky užívané v terapii kombinované nebo stresové inkontinence obsahují účinnou látku imipramin. Imipramin se v těle taktéž váže na muskarinové receptory a zároveň na receptory alfa-adrenergické. Způsobuje tak snížené stahy svalů močového měchýře a také zvyšuje tonus močové trubice a jejího svěrače. Lék se původně používá k léčbě depresivních stavů, ale zjistilo se, že v menších dávkách dokáže zmírnit příznaky inkontinence. Tofranil, jak jej známe pod obchodním názvem, může při užívání způsobovat vedlejší účinky v podobě zrychleného bušení srdce, sucha v ústech a zmatenosti (Genadry, 2013, s. 98).

Jak je uvedeno výše, využívají se i farmaka, která snižují produkci moči v ledvinách. V tomto případě se do popředí dostává syntetická forma hormonu zvaném „desmopressin“. V těle se uvolňuje při nedostatku tekutin a zvyšuje zpětné vstřebávání vody z moči v ledvinách. Čím méně moči se tvoří, tím méně se naplní močový měchýř a tím menší je

potřeba močit. Nevýhodou tohoto léku je, že tělo by mohlo zadržet více vody, než má a lékař proto pacientku musí po dobu několika týdnů sledovat. Desmopressin se užívá v podobě tablet či nosního spreje vždy na noc. Kontraindikací jsou stavy srdečního selhání, choroby ledvin a jater (Genadry, 2013, s. 99).

3.5.2 Chirurgická léčba inkontinence

Nepomáhá-li konzervativní nechirurgická léčba, může pacientka spolu s lékařem probrat metody chirurgické. Avšak musí si uvědomit, že jakýkoliv operativní zásah do lidského organismu je již nevratný. Při operaci je cílem změnit strukturu určité části těla, a zlepšit tím její funkci. Ne vždy se ale změnou struktury inkontinence vyléčí. Většina operací se indikuje v případě léčby stresové inkontinence a existuje jich více než sto. Můžeme je ale rozdělit na závažné operace s nepřímou oporou, smyčkové operace s přímou oporou a laparoskopické operace. Laparoskopické operace jsou sice pro pacientku menší zátěží, ale výsledky jsou ve většině případech horší, než u klasických výkonů (Genadry, 2013, s. 101).

Závažné operace s nepřímou oporou

Mezi tyto operace patří hlavní tři typy a to: Marshall-Marchetti-Krantzova uretrální suspenze, Burchova vaginální suspenze a jehlová suspenze krčku močového měchýře. Každá z těchto metod se od sebe liší tím, jakým způsobem chirurg vstupuje do oblasti pánve a kam umísťuje stehy (Genadry, 2013, s. 103). V následujícím odstavci se zaměřím pouze na popis obecného postupu, a ne konkrétně na odlišnosti daného operačního výkonu.

Při operaci je přítomen chirurg, urolog či gynekolog a druhý lékař nebo odborný asistent. Pacientka je uvedena do celkové nebo spinální anestezie a je položena na operační stůl. Po podání anestetik a při začátku jeho působení zdravotníci roztáhnou ženě nohy a ohnou v kolenou. Pro lepší orientaci o umístění močové trubice je ženě zaveden katétr do močového měchýře. Chirurg začne jemným řezem v břišní stěně tak, aby byl schopen se dostat do oblasti poševní stěny. Dále se dle typu operace umístí stehy mezi tkáň pánevního prostoru. Většinou stehy přichytí vaginu, dělohu nebo krček močového měchýře k pevně uchycené části břišní dutiny. Práce je tak precizní a pečlivá, že by při ní nemělo dojít k poškození samotné tkáně. Stehy jsou vstřebatelné (Genadry, 2013, s. 104).

Výkon trvá cca hodinu. Poté pacientce zůstává močový katétr, který odvádí moč (doba ponechání cévky je u každé pacientky jiná). Pacientka je na několik hodin převezena na pooperační pokoj, kde je kontrolována. Většinou ženy zůstávají alespoň jednu noc z důvodu kontroly v nemocnici. Po odstranění katétru a po propuštění pacientky do domácí péče, by se měla být schopna do tří až pěti dnů vymočit (Genadry, 2013, s. 106).

Smyčkové operace s přímou oporou

V tomto případě se za močovou trubici nebo pod ni umísťuje **smyčka z přírodního nebo syntetického materiálu**, která ji poskytuje oporu nebo ji může zužovat. Smyčky mohou být buď z vlastní tkáně pacientky (biologický štěp), nebo z cizí biologické tkáně, nebo ze syntetického materiálu. Štěp odebraný z vlastního těla pochází z pojivové tkáně svalové pochvy, z břišního svalu a ze svalu stehenního. Cizí biologická tkáň je odebírána od jiného dárce (i mrtvého), nebo se štěpy odebírají z kůže vepřů, ovčích střev a kravského perikardu. Za syntetický materiál je zde zástupcem především polypropylen. Nejvýhodnějším materiálem je samozřejmě štěp od samotného pacienta (Genadry, 2013, s. 112).

Hodinová operace se taktéž provádí ve spinální nebo celkové anestezii. Chirurg v tomto případě provádí vaginální řez a další řez stěnou břišní dutiny těsně nad sponou stydkou. Připravenou smyčku (jakéhokoliv výše uvedeného materiálu) protáhne nejprve řezem vaginálním, vede ji pod močovou trubicí a vzhůru k řezu dutiny břišní. Smyčka se buď přichytí ke svalům na břiše, nebo se nechá volně a při fázi hojení se automaticky začlení do tkáně. Při výkonu je pacientce zaveden opět močový katétr, jelikož sama žena se není schopna většinou ani den po výkonu sama vymočit. Katétr je ženě ponechán i do domácího prostředí po dobu až několika týdnů (Genadry, 2013, s. 112, 113).

Nejznámější výkony jsou tzv. „páskové“ operace za použití vaginální tahuprosté pásky **TVT (tension-free vaginaltape)**, **TVT – O** a **TOT (transobturator tape)**. Tyto polypropylenové pásky jsou přesně stanovené délky s přesnou gramáží a tkaním. Pásky jsou vedeny buď retropubicky, nebo transobturátově. Páska se během krátkého operačního času pomocí zavaděčů ukládá ve střední třetině močové trubice. Jako komplikace se po zavedení pásky může objevit krvácení, poruchy mikce až retence, poranění močového měchýře, bolesti v oblasti malé pánve (Horčíčka, 2017, s. 72).

4 Role sestry v péči o pacientku s inkontinencí

Sestra, jakožto nelékařský zdravotnický personál, je vedle lékaře nedílnou součástí v celkové péči o pacienta. Dle mého názoru má sestra k pacientkám mnohem blíže co se týče péče a řešení intimnějších problémů. Se sestrou se žena setká už v ambulanci jakožto s první osobou, které může o svých problémech říct. Sestra je zároveň prvotním zdrojem informací a žena má tak prostor k dotazování. Sestra by na základě svých vrozených a získaných schopností měla k pacientce přistupovat empaticky a profesionálně. Jelikož většina pacientek pociťuje vedle problémů s únikem moči i velký stud, lékař i sestra musí k ženám přistoupit s maximální obezřetností a opatrností. Samozřejmostí je tedy kompletní lékařská i ošetrovatelská péče (Petrašová, 2012).

4.1 Ošetrovatelská péče o pacientku s inkontinencí

Při přijetí pacientky k hospitalizaci má ošetrovatelská, tedy sesterská péče velmi významnou roli. Prvním vodítkem pro kvalitní péči je získání ošetrovatelské anamnézy. Podle České asociace sester (ČAS, 2009, s. 3) při odebrání anamnézy sestra zjišťuje:

- jaké má pacientka obtíže při močení (únik, trvání a rozsah obtíží, častost nucení na močení, kdy dochází k samovolnému úniku, bolestivost, poruchy hybnosti, poruchy spánku, kožní problémy)
- jakými dalšími onemocněními, jež by mohla mít vliv na únik moči, trpí pacientka
- jak pacientka prožívá svá omezení související s poruchou močení
- jak pacientka rozumí situaci a jaký na ni má náhled
- zda pacientka v minulosti řešila nynější problémy, a jakým způsobem
- užívání léků proti inkontinenci
- užívání inkontinentních pomůcek
- stupeň inkontinence
- typ inkontinence pomocí standardizovaného dotazníku
- faktory zhoršující únik moči
- zda problém ovlivňuje přátelské či rodinné vztahy
- zda je pacientka schopna spolupráce a bude dodržovat nabízená opatření

4.1.1 Plán ošetrovatelské péče

V postupech o péči pacientky s inkontinencí moči (ČAS, 2009, s. 3, 4) je uveden následující plán ošetrovatelské péče:

- vytvořit prostředí pro zvládnání problému s močením
- plnit ordinace lékaře a sledovat účinky léků, které mají vliv na diurézu
- sledovat a hodnotit riziko vzniku dekubitů
- kontrolovat močení každé dvě hodiny a nutit pacientku, aby se vymočila
- používat vhodné inkontinenční pomůcky dle stupně inkontinence
- zvýšit příjem tekutin na 1,5-2 litry denně
- naučit vést pacientku mikční kalendář
- zajistit a provádět zvýšenou hygienickou péči v oblasti intimních partií
- zajistit mytí rukou pacientky upoutané na lůžko vždy po vyprázdnění a před jídlem
- v případě použití močového katétru dodržovat aseptický postup
- zajistit spolupráci se sociální pracovníci, fyzioterapeutem, psychologem
- dbát na citlivý a empatický přístup
- provádět edukaci pacientky a její rodiny

4.1.2 Dokumentace realizace ošetrovatelské péče

Do zdravotnické dokumentace je dle ČAS (2009, s. 6) třeba zapisovat:

- veškeré intervence ošetrovatelského personálu
- frekvenci inkontinence a výměny inkontinenčních pomůcek
- vzhled a množství moči
- změny stavu kůže
- preventivní opatření v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů a rizikem pádu

4.1.3 Ošetrovatelské diagnózy v problematice močové inkontinence

Močová inkontinence je podle NANDA International (2015–2017) rozdělena na hlavní ošetrovatelské diagnózy:

- 00017 Stresová inkontinence moči
- 00018 Reflexní inkontinence moči
- 00019 Urgentní inkontinence moči
- 00020 Funkční inkontinence moči
- 00021 Úplná inkontinence moči
- 00176 Močová inkontinence s přetékáním

Pacientka s diagnózou močová inkontinence se dále může setkat s těmito ošetrovatelskými diagnózami (NANDA international 2015–2017):

Aktuální

- 00016 **Zhoršené vylučování moči** z důvodu inkontinence
- 00096 **Narušený vzorec spánku** kvůli častějšímu nočnímu močení
- 00059 **Sexuální dysfunkce** v souvislosti s vyšším únikem moči při pohlavním styku
- 00124 **Beznaděj** v souvislosti s neřešeným problémem
- 00146 **Úzkost** v souvislosti s neřešeným problémem
- 00214 **Zhoršený komfort** tělesný, sociální i v prostředí při nechtěném úniku moči
- 00232 **Obezita** jako rizikový faktor a příčina vzniku inkontinence
- 00052 **Zhoršená sociální interakce** z důvodu studu pacientky na veřejnosti
- 00126 **Nedostatečné znalosti** o problematice ze strany pacientky nebo z důvodu neposkytnutí zásadních informací od ošetrujícího personálu

Rizikové

- 00058 **Riziko narušení vztahu** s přáteli či partnerem v souvislosti se studem a častými úniky moči
- 00028 **Riziko dehydratace** v souvislosti s častějším močením
- 00004 **Riziko infekce** močového traktu v souvislosti s prováděnými vyšetřeními
- 00249 **Riziko dekubitu** jedná-li se o imobilní pacientku
- 00046 **Riziko narušení integrity kůže** v souvislosti s agresivní močí a používáním inkontinenčních pomůcek

4.1.4 Edukace inkontinentní pacientky

Ke kvalitní ošetrovatelské péči a k roli sestry v péči o pacientku patří i edukace. Edukace ženy souvisí s výše uvedenou ošetrovatelskou diagnózou „**Nedostatečné znalosti**“ pacientky o celkové problematice močové inkontinence. V následujících odstavcích objasním, co je edukační proces a přiblížím se přímo k edukaci inkontinentní pacientky.

Doktorka Míčková (2009) uvádí: *„Edukace je výchova, vzdělávací proces, předávání informací nemocnému, výuka návyků a stereotypů vedoucích ke kompenzaci a stabilizaci onemocnění. Cílem edukace je pozitivně působit na chování nemocného, a to takovým způsobem, aby léčba jeho choroby byla maximálně úspěšná. Samotná edukace je často velmi namáhavá, časově náročná, zdánlivě bez výrazných konkrétních výsledků. Mnohdy se nám může zdát i zbytečná. Avšak správně vedená edukace má prokazatelný vliv na kompenzaci zdravotního stavu pacienta, ale také na jeho náhled na onemocnění. Je důležité pacientovi nejen ohleduplně vysvětlit, že jeho onemocnění může být nevyléčitelné, ale především mu ukázat způsob, jak může sám ovlivnit kvalitu svého života.*

Podle Petrášové (2012) je edukace proces, při kterém sestra informuje pacientku o všech dostupných možnostech terapie a zároveň ji samotnou zapojuje do celkové léčby. Při tomto procesu se rozvíjí poznatky a schopnosti, hodnotové, postoje, citové a behaviorální kvality člověka. Důležité je edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké přátelé a rodinu. Sestra edukátorka se snaží pacientce pochopit vlastní roli v péči o svou osobu a zodpovědnost za své zdraví. Pro úspěšnou edukaci je nutné navázat kontakt s pacientkou a získat si její důvěru. Žádoucí je získat pacientku pro spolupráci a motivovat ji pro určitý léčebný postup. **Edukační proces je dále rozdělen do pěti fází** (Petrášová, 2012).

První fáze zaujímá **posouzení pacienta**. Při tom posuzujeme životní styl, věk, denní návyky, vztah ke sportu, alkoholu apod. Dále se dotazujeme na charakter obtíží s únikem moči, jak dlouho obtížemi trpí, při kterých aktivitách je to horší/lepší. Ptáme se také na pacientky vědomosti, které má o způsobech léčby a na dosavadní řešení inkontinence (Petrášová, 2012).

Druhou fází je **stanovení edukačních diagnóz**. Při tom musíme dbát na znalosti a vědomosti pacientky. Při nedostatku vědomostí pacientku poučíme o příčinách vzniku, o všech možných způsobech léčby (konzervativní a operační, jaký je v tom rozdíl). Je nutné

zapátrat po tom, proč má žena nedostatek informací (nepochopení, neochota personálu, neochota samotné pacientky). Ošetrovatelské diagnózy, které souvisejí s inkontinencí, jsou zejména: Změna sexuálního chování, Porucha spánkového rytmu, Deficit znalostí, Sociální izolace, Úzkost apod. (Petrášová, 2012).

Třetí fází je **příprava edukačního plánu**, přičemž si stanovíme priority edukace a edukační cíl. Edukační cíle jsou kognitivní, afektivní a psychomotorické. Kognitivní cíle zahrnují intelektové schopnosti a tedy to, co má pacientka vědět a pochopit o problematice inkontinence. Afektivní cíle zahrnují pocity, emoce, zážitky, hodnoty, postoje a tedy to, co má pacientka přijmout a do čeho se sama zapojit. Psychomotorické cíle určují, co a jak má pacientka správně dělat pro zmírnění nebo odstranění problémů. Důležitá jsou i výsledná kritéria, která popisují očekávané výsledky. Očekávanými výsledky může být: Pacientka upraví pitný režim, pravidelně užívá léky, pravidelně cvičí cviky na posílení pánevního dna, má dostatek pomůcek proti inkontinenci atd. (Petrášová, 2012).

Čtvrtá fáze je **realizace edukačního plánu**. Sestra za pomoci přednášek, pohovorů, letáků předcvičování a audiovizuální techniky předává informace pacientce. Edukace pacientky se v této fázi zaměřuje na poučení o příčinách a způsobech, jak inkontinenci zmírnit či odstranit. Dbá se také na provedení nácviku rytmu pravidelného močení alespoň po 2 hodinách. Učí se zacházet s mikčným deníkem. Sestra informuje o doporučeném přijímání tekutin v menších dávkách, alespoň dva litry tekutin za den a také vyjmenuje nevhodné tekutiny, jako je káva, černý čaj, alkohol. Sestra dbá na to, aby si pacientka osvojila cviky na posílení pánevního dna a také se naučila zapojovat břišní lis. Dále se zaměří na zajištění vhodných pomůcek proti inkontinenci (Petrášová, 2012).

Poslední fází je **vyhodnocení efektivnosti edukace**, při níž sestra i s pacientkou hodnotí dosažené edukační cíle. Cíle mohou být například: Pacientka upravila pitný režim. Pacientka chce v budoucnu zredukovat svoji váhu. Pacientka pravidelně užívá naordinované léky. Pacientka pravidelně cvičí a ovládá techniku cvičení a tak dále (Petrášová, 2012).

5 Výzkumné šetření

V následující empirické části se budu zabývat vyhodnocením a interpretací výsledků dotazníkového šetření.

5.1 Stanovené cíle

HLAVNÍ CÍL

Zjistit celkovou kvalitu života žen s močovou inkontinencí.

DÍLČÍ CÍLE

1. Vyhodnotit, jaký typ inkontinence se vyskytuje nejvíce.
2. Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje věk močovou inkontinencí v souvislosti s typem.
3. Zjistit, zda má na močovou inkontinenci vliv vzdělání.
4. Zhodnotit, jakou léčebnou terapii ženy využívají nejvíce.
5. Vyhodnotit jednotlivá tvrzení z bio-psycho-sociální oblasti života žen.

5.2 Metodika a organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, a to přímo na Gynekologicko-porodnické klinice, na oddělení operační gynekologie a v poradně pro močovou inkontinenci. Před uskutečněním výzkumu jsem požádala o souhlas hlavní sestry (**viz příloha C**) nemocnice a následně o souhlas vrchní sestry (**viz příloha D**) dané kliniky. Výzkumné šetření probíhalo ve spolupráci s ostatními sestrami kliniky, které měly za úkol dané pacientky oslovit a předat jim veškeré instrukce.

Jako výzkumný nástroj jsem použila **standardizovaný dotazník I-QOL**, který vytvořil Wagner a kol. v roce 1996. Do českého jazyka ho přeložil MUDr. Ivan Huvar CSc. Standardizovaný dotazník obsahuje 22 otázek zaměřené na fyzickou, psychickou a sociální stránku žen. Ženy každou položku hodnotily na stupnici od jedné do pěti (1 – ano, velmi, 5 – ne, nikdy), přičemž číslo udává i počet bodů. Standardizovaný dotazník jsem obohatila o šest otázek zaměřených na věk, rodinný stav, vzdělání, typ inkontinence, jak dlouho trpí potížemi a jaká byla jejich dosavadní terapie (**viz příloha E**).

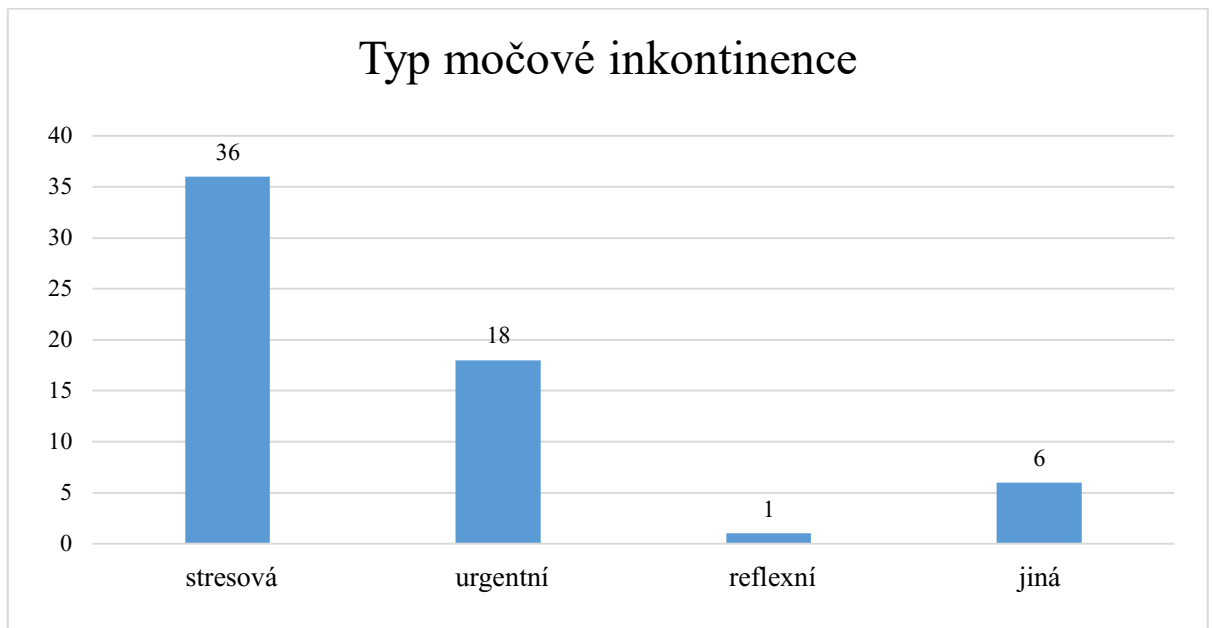
Jednotlivé otázky a tvrzení jsem vyhodnotila samostatně, a to jaký byl celkový počet respondentek u každé z možností. Z celkového počtu bodů standardizovaného dotazníku I-QOL jsem poté vypočítala dle daného vzorce „celkový počet bodů – 22:88 x 100 = x %“ procentuální kvalitu života každé z respondentek a rozdělila je do čtyř kategorií. Dále jsem vybrané otázky vyhodnotila v souvislosti s typem inkontinence, protože každý typ je specifický a mohl by ovlivňovat zkoumané aspekty kvality života jinak. Dotazníkovou otázku č. 6: Typ inkontinence tedy vyhodnocuji jako první, jelikož následně uvádím vztah vybraných demografických proměnných a dotazníkových tvrzení právě k typu inkontinence.

Výzkumným souborem byly pacientky ve věku 40 a více let, které trpí diagnózou močová inkontinence. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 70, avšak zpět jsem získala 61. Návratnost dotazníků tedy činí 87 %.

Ke sběru dat a tvoření grafů a tabulek jsem použila program **MS EXCEL 2013**.

5.3 Prezentace výsledků výzkumu

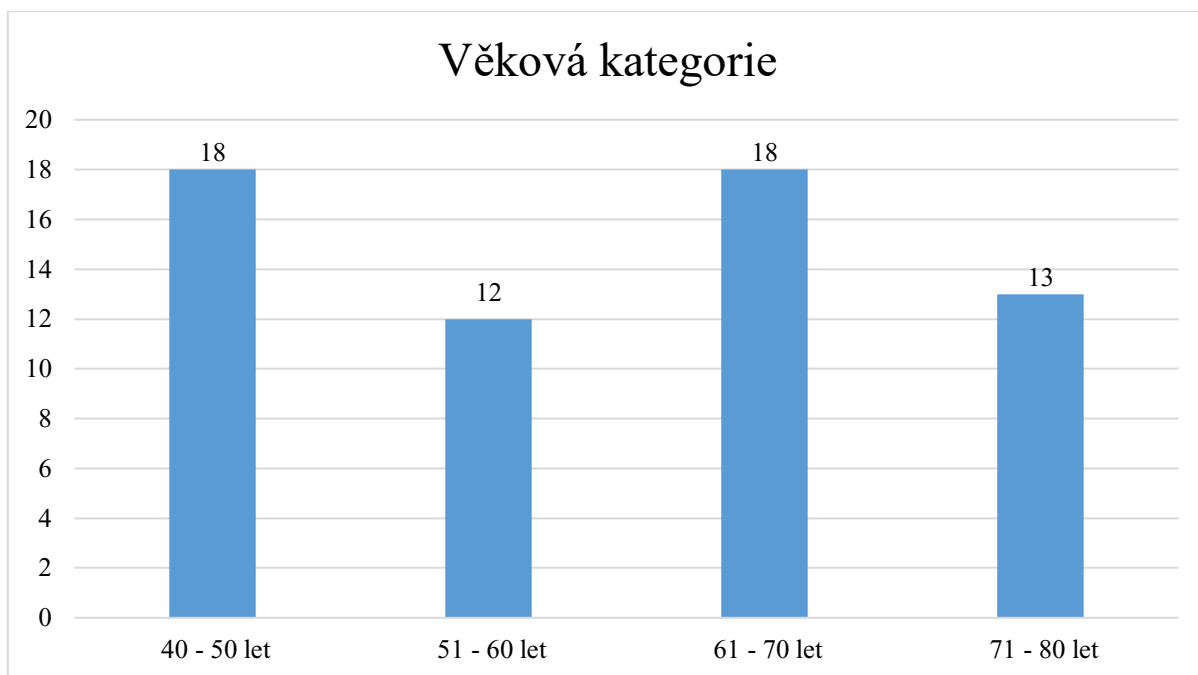
Dotazníková otázka č. 6: S jakým typem inkontinence se potýkáte?



Graf č. 1: Typ močové inkontinence

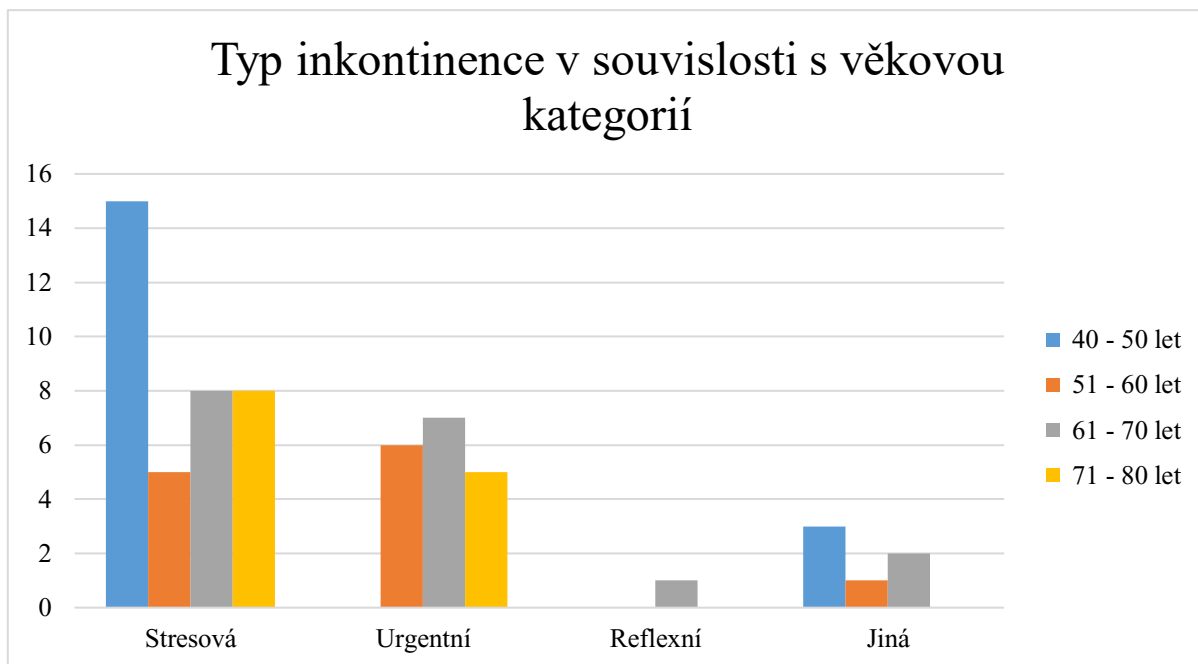
Komentář: Z uvedeného grafu mohu s jistotou říct, že největší počet pacientek z celkových 61 se potýká se **stresovou inkontinencí**, je to přesně **59 %** (36). Další v pořadí je skupina pacientek trpící **urgentní inkontinencí**, a to **29,5 %** (18). Šest z nich – **10 %** uvedlo **jiný typ inkontinence**, a to poporodní, pooperační a po násilném vytažení cévky. **Jediná** žena z celkového počtu 61 respondentek trpí **reflexní inkontinencí**.

Dotazníková otázka č. 1: Kolik Vám je let?



Graf č. 2: Věková kategorie respondentek

Komentář: Z daného grafu je viditelné, že **29,5 %** (18) pacientek je ve věkové kategorii 40-50 let. Stejný počet, tedy **29,5 %** (18) pacientek, zaujímá věková kategorie 61-70 let. Ve věku 51-60 let je celkový počet respondentek **20 %** (12). Nejstarší věkovou kategorií 71-80 let zaujímá celkem **21 %** (13) pacientek.



Graf č. 3: Typ inkontinence v souvislosti s věkovou kategorií

Komentář: Pacientek trpící **stresovou inkontinencí**, je ve věkové kategorii 40-50 let celkem **42 % (15)**, ve věkové kategorii 51-60 let celkem **14 % (5)**, ve věkové kategorii 61-70 let celkem **22 % (8)** a ve věkové kategorii 71-80 také **22 % (8)**. Pacientky, které trpí **urgentní inkontinencí**, jsou zastoupeny pouze ve třech věkových kategoriích. Věková kategorie 51-60 let udává celkem **33 % (6)** pacientek. Žen ve věku 61-70 let je o jednu více, tedy **39 % (7)**. Věkovou kategorii 71-80 let pro ženy s urgentní inkontinencí zastupuje **28 % (5)** pacientek. **100%** zástupnost tvoří pacientka s **reflexním typem inkontinence** ve věkové kategorii 61-70 let. Pacientky, které udávají **jiný typ inkontinence**, jsou zastoupeny ve třech věkových kategoriích. Ve věku 40-50 let je **50 % (3)** pacientek, ve věku 51-60 je **17 % (1)** pacientek a ve věku 61-70 je celkový počet pacientek **33 % (2)**.

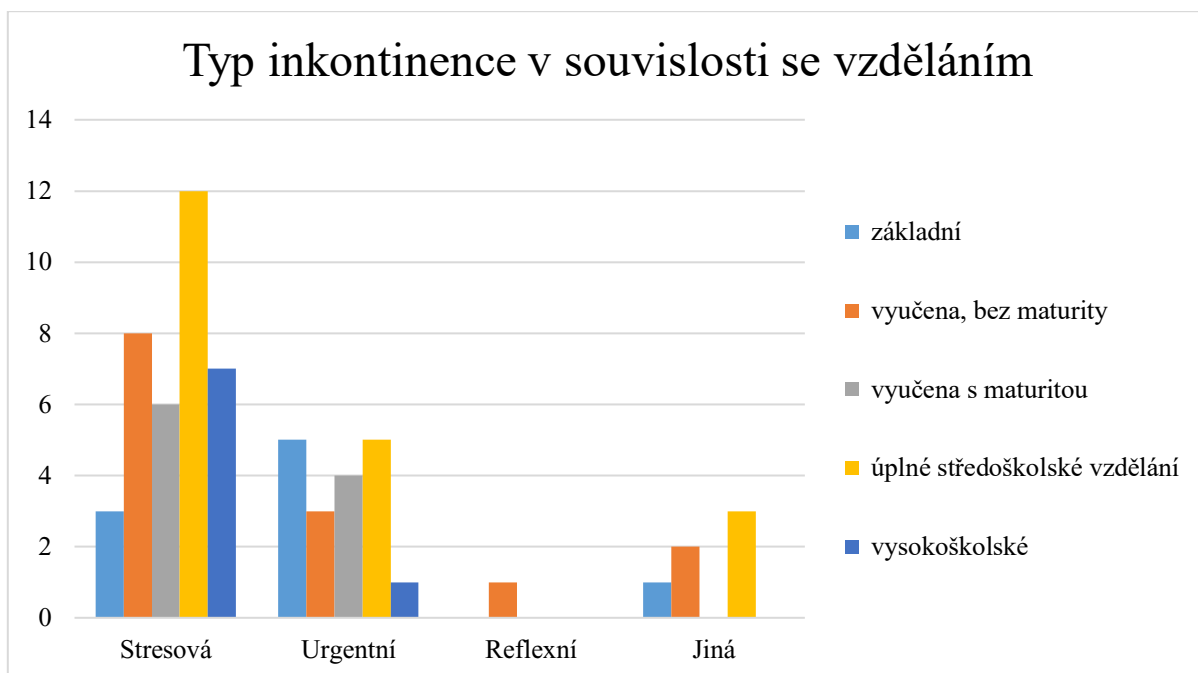
Dotazníková otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?



Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Komentář: Největší počet dotazovaných pacientek má ukončené úplné středoškolské studium s maturitní zkouškou, a to přesně **33 % (20)**. Další v pořadí jsou pacientky, které jsou pouze vyučeny a bez maturity, a to ve **23 % (14)**. Zbylé možnosti jsou zastoupeny téměř ve stejném počtu. Vyučených pacientek s maturitou je **16 % (10)**, pacientek pouze se základním vzděláním odpovídalo **15 % (9)** a vysokoškolsky vzdělané pacientky jsou v nejmenším zastoupení **13 % (8)**.

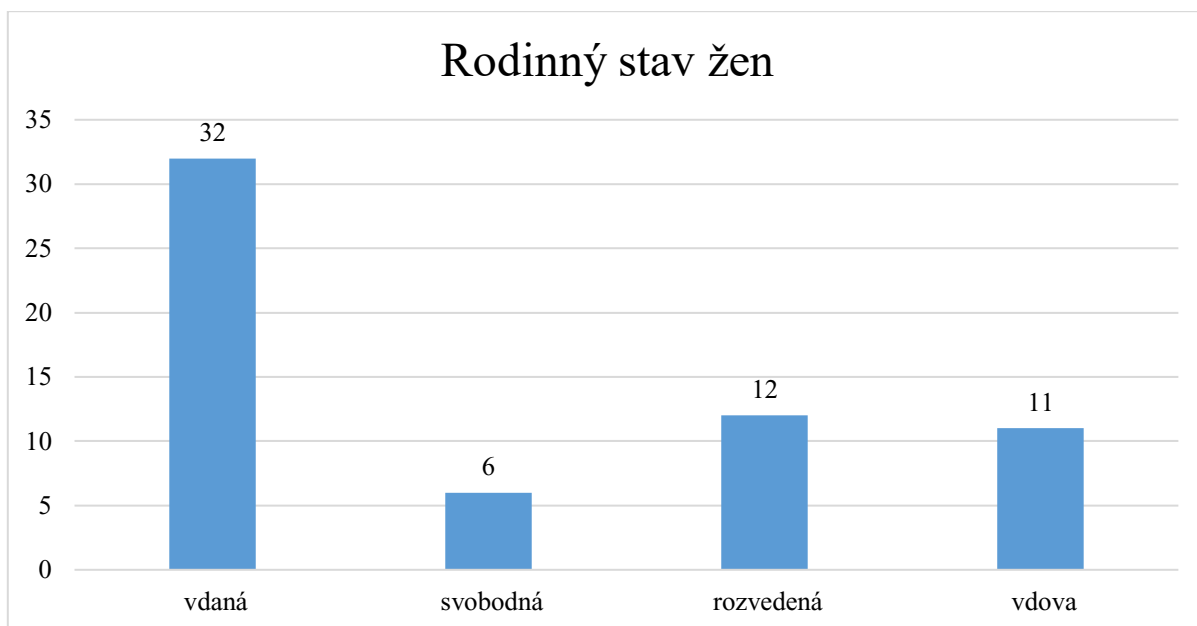
Opět jsem úroveň vzdělání rozdělila podle typu inkontinence.



Graf č. 5: Typ inkontinence v souvislosti se vzděláním

Komentář: Pacientky trpící **stresovou inkontinencí** jsou zastoupeny ve všech možnostech. Základní vzdělání udává **8 %** (3) pacientek. **22 %** (8) pacientek trpící stresovou inkontinencí jsou vyučeny bez maturity. Vyučených pacientek ale už s maturitou je **17 %** (6). V největším zastoupení stresové inkontinence jsou pacientky, které dokončily středoškolské vzdělání s maturitou, a to ve **33 %** (12). Vysokoškolsky vzdělaných pacientek je celých **20 %** (7). **Urgentní typ inkontinence** se také objevuje ve všech stupních vzdělání. Nejvyšší dosažené základní vzdělání udává **39 %** (7) pacientek. Vyučených pacientek bez maturity je **17 %** (3). Vyučených pacientek s maturitou je o jednu více, tedy **22 %** (4). Úplně středoškolské vzdělání s maturitou mají pacientky trpící urgentní inkontinencí také ve **39 %** (7). Vysokoškolsky vzdělaná s urgentním typem je pouze jedna pacientka, **6 %**. Pacientka trpící **reflexní inkontinencí** je vyučena bez maturity – **100 %**. Pacientky trpící **jiným typem inkontinence** udávají základní vzdělání v **17 %** (1), vyučení bez maturity ve **33 %** (2) a úplně středoškolské vzdělání s maturitou v **50 %** (3).

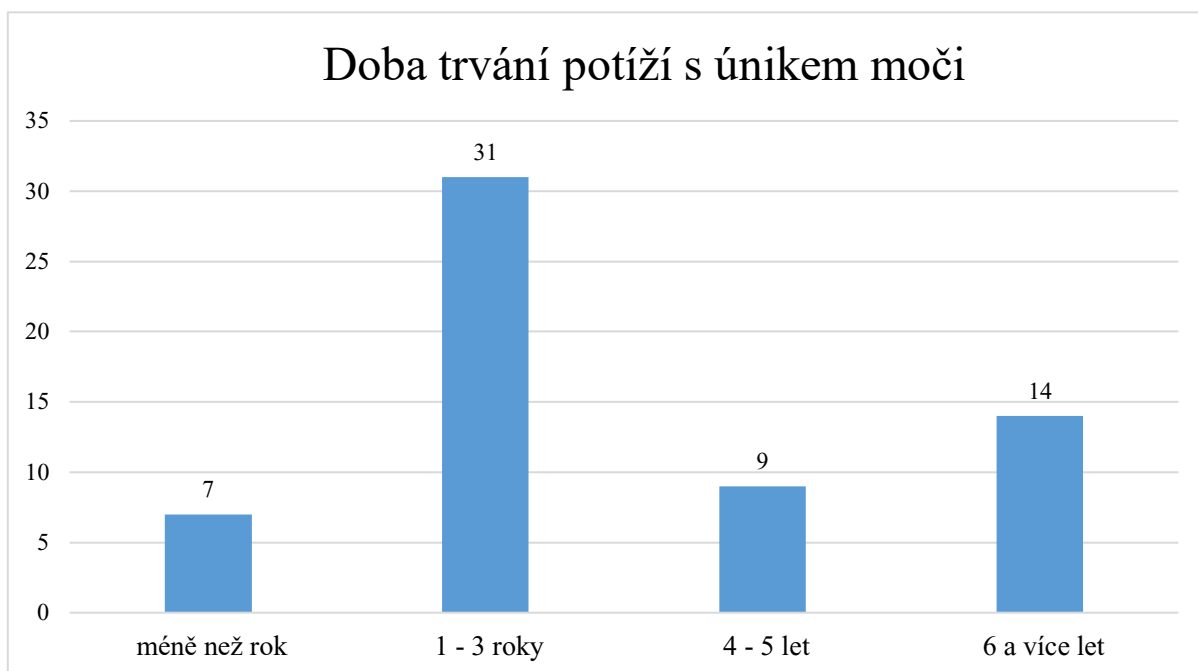
Dotazníková otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?



Graf č. 6: Rodinný stav respondentek

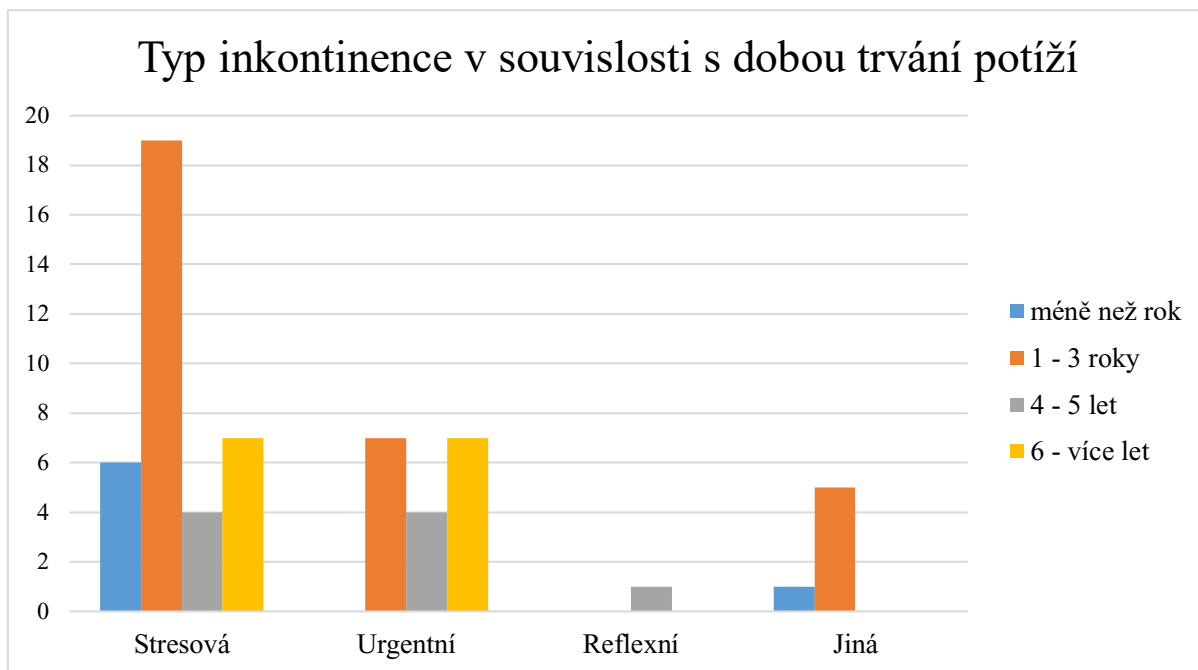
Komentář: Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že největší počet pacientek, tedy **52 % (32)** jsou vdané ženy. Další v pořadí jsou pacientky rozvedené s **20 % (12)** a v těsném zástupu jsou odpovídající pacientky vdovy **18 % (11)**. Nejméně početnou skupinou jsou ženy svobodné, které jsou v počtu 6, tedy **10 %**.

Dotazníková otázka č. 4: Jak dlouho trpíte potížemi



Graf č. 7: Doba trvání potíží s únikem moči

Komentář: Na základě grafického vyhodnocení vyplývá, že největší počet pacientek trpí močovou inkontinencí 1-3 roky, přesně je to **51 % (31)**. Druhá nejpočetnější skupina pacientek trpí některým z typů inkontinence 6 a více let, je to **23 % (14)**. Celých **15 % (9)** pacientek se potýká s močovou inkontinencí 4-5 let. Problematika úniku moči, která trvá méně než rok, trápí **11 % (7)** pacientek.



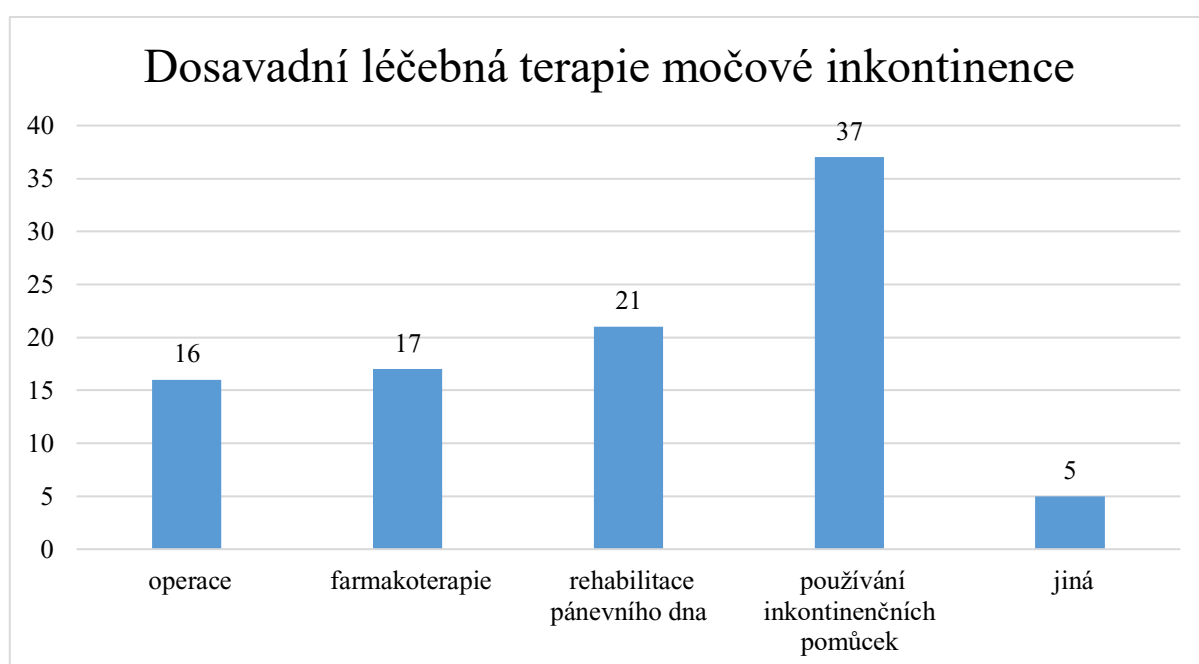
Graf č. 8: Typ inkontinence v souvislosti s dobou trvání potíží

Komentář: Z uvedeného složeného grafu vyplývají následující informace. Z celkového počtu pacientek se **stresovou inkontinencí** trpí **53 % (19)** jeden až tři roky, **19,5 % (7)** šest a více let, **16,5 % (6)** méně než rok a **11 % (4)** se pohybují mezi 4-5 lety. Z pacientek, které zakroužkovaly možnost **urgentní inkontinence**, trpí **39 % (7)** jeden až tři roky. Se stejným výsledkem **39 % (7)** ženy obtěžuje problém šest a více let. **22 % (4)** z nich se potýká s urgentní inkontinencí 4-5 let. Jediná pacientka (**100 %**), udávající **reflexní inkontinenci**, má tento problém 4-5 let. Co se týče **jiného typu inkontinence**, jediná pacientka (**17 %**) udává potíže trvající méně než rok a zbylých **83 % (5)** z nich trpí únikem moči jeden až tři roky.

Dotazníková otázka č. 7: Jaká byla Vaše dosavadní terapie? (vícečetné odpovědi)

Tabulka č. 1: Dosavadní léčebná terapie močové inkontinence

Dosavadní léčebná terapie	Počet žen	Relativní četnost
Operace	16	26,00%
farmakoterapie	17	28,00%
rehabilitace pánevního dna	21	34,00%
používání inkontinenčních pomůcek	37	61,00%
Jiná	5	8,00%

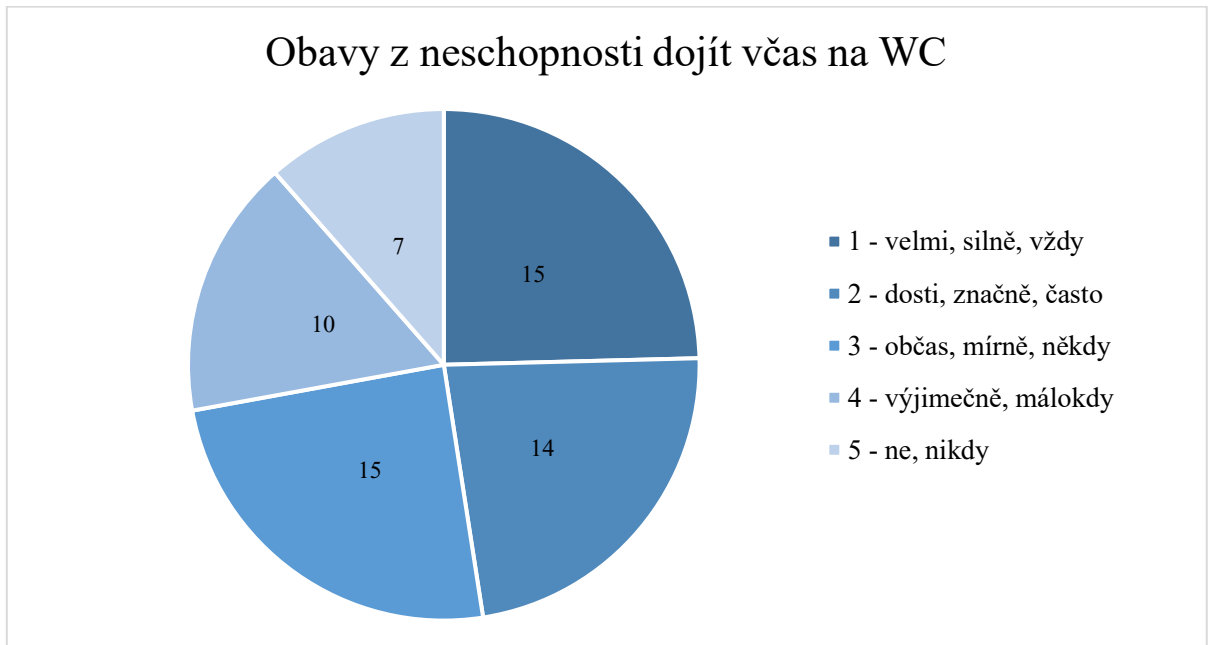


Graf č. 9: Dosavadní léčebná terapie močové inkontinence

Komentář: Nejvyužívanější léčebnou terapií se staly **inkontinenční pomůcky**, kde je zaznamenáno **37** odpovědí. Dále ženy **cvičí a posilují tak svaly pánevního dna**. Tuto možnost označilo **21** žen z celkového počtu (61). Pomocí předepsaných **farmak** se léčí nebo léčilo **17** žen. **16** žen z celkového počtu (61) již podstoupilo chirurgický **operativní zákrok**. U **jiných možností** terapie je zaznamenáno **5** odpovědí, kde ženy uváděly například omezení fyzických aktivit, zájmů, nebo omezení tekutin.

Standardizovaný dotazník I-QOL

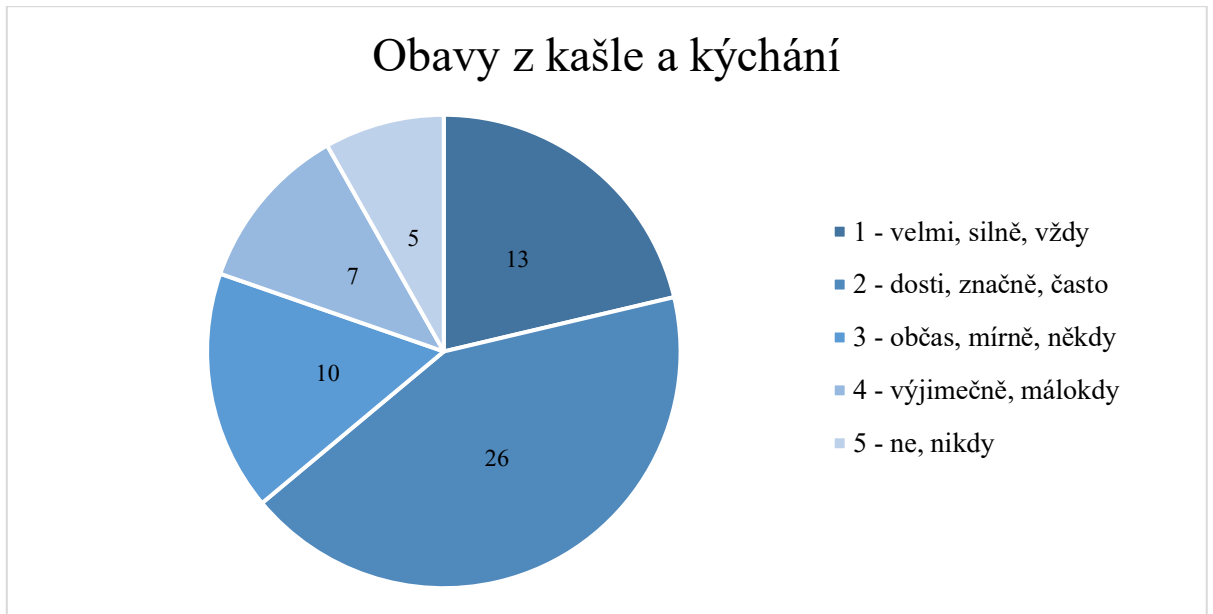
Dotazníkové tvrzení č. 1: Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC



Graf č. 10: Obavy z neschopnosti dojít včas na WC

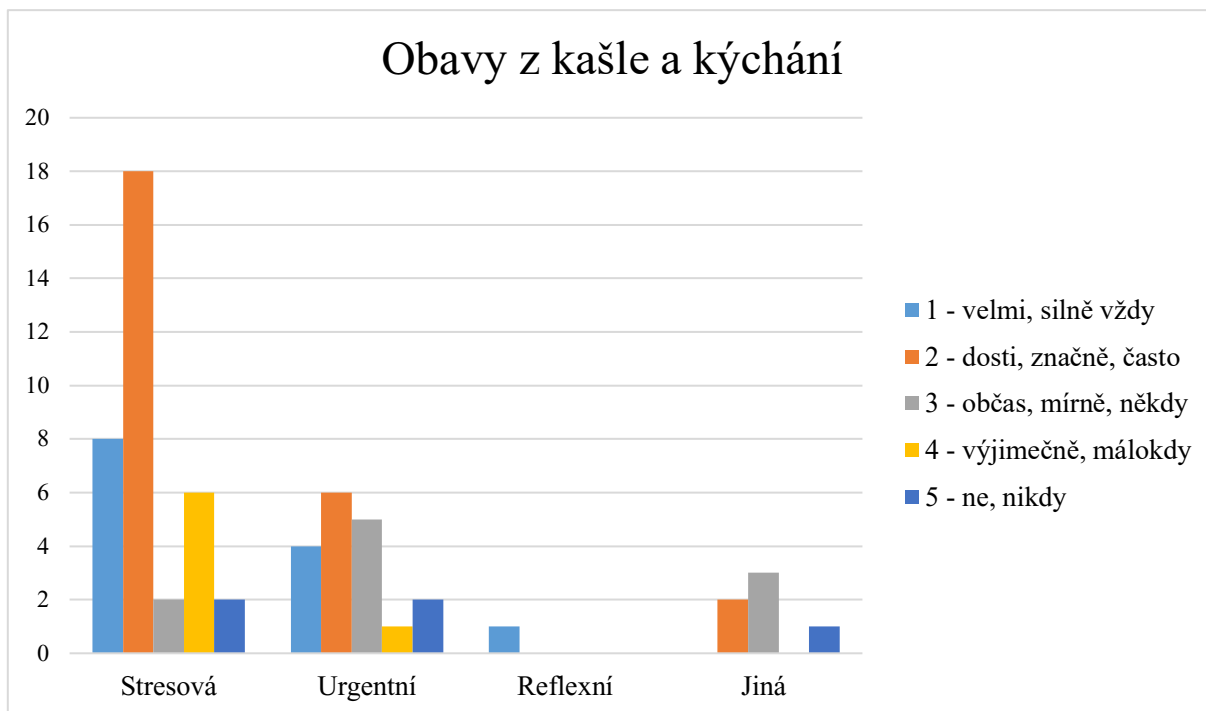
Komentář: Při hodnocení první dotazníkové položky vychází, že **25 %** (15) pacientek, má obavy z neschopnosti dojít na WC **vždy**, **24 %** (14) pacientek má obavy **často**, **25 %** (15) žen má obavy **občas**, **16 %** (10) žen má obavy **výjimečně** a pouze **11 %** (7) žádné **obavy nemá**.

Dotazníkové tvrzení č. 2: Obávám se kašlat nebo kýchat



Graf č. 11: Obavy z kašle a kýchání

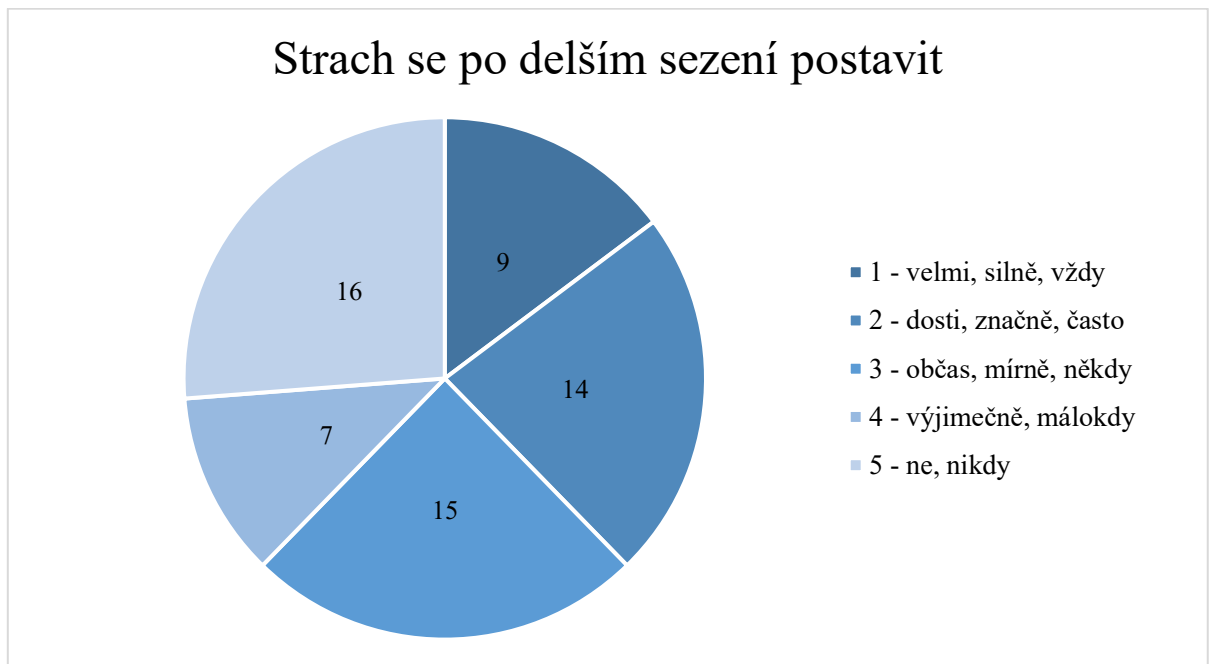
Komentář: Největší počet žen – **43 %** (26) udává, že se bojí kašlat nebo kýchat **často**. O polovinu žen méně, tedy **22 %** (13) žen, se kvůli případnému úniku moči bojí kýchat nebo kašlat **vždy**. Položku **někdy** označilo **16 %** (10) žen. **Výjimečné** obavy má **11 %** (7) žen. Pouhých **8 %** (5) žen nemá obavy při kýchnutí či kašlání **nikdy**.



Graf č. 12: Obavy z kašle a kýchání v souvislosti s typem inkontinence

Komentář: Největší počet žen, trpící **stresovou inkontinencí**, a to přesně **50 % (18)** označilo, že mají obavy z kašle a kýchání **často**. **22 % (8)** žen označilo, že obavy mají **vždy**. V těsném závěsu skončila možnost číslo tři s počtem **17 % (6)** žen, které mají obavy jen **výjimečně**. Pouze **6 % (2)** žen s diagnózou stresová inkontinence nemají obavy **nikdy** a **6 % (2)** žen mají obavy z kašle a kýchání **jen občas**. Přesně **33 % (6)** pacientek s **urgentní inkontinencí** má **časté** obavy z kašle a kýchání. **28 % (5)** pacientek mají obavy téměř **vždy**. **22 % (4)** pacientek se **někdy** bojí kýchat a kašlat, aby nedošlo k úniku moči. **Dvě** pacientky pociťují obavy jen **výjimečně** a jen **jedna** pacientka trpící urgentní inkontinencí nemá obavy **nikdy**. Naopak **jediná** pacientka, trpící **reflexní inkontinencí**, má obavy **vždy**. **50 % (3)** pacientek, které trpí **jiným typem inkontinence**, udávají **občasné** obavy. **33 % (2)** žen má obavy **často** a **jediná** pacientka žádné obavy **nemá**.

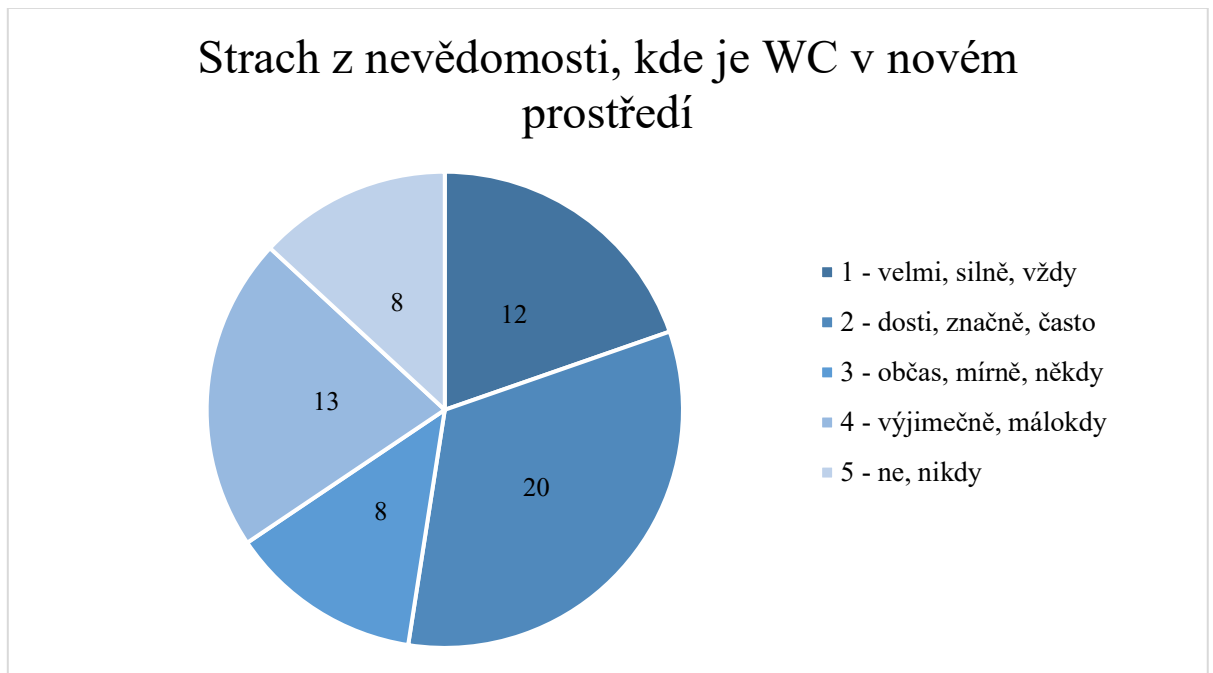
Dotazníkové tvrzení č. 3: Mám strach se po delším sezení postavit



Graf č. 13: Strach z postavení se po delším sezení

Komentář: 15 % (9) pacientek z celkového počtu udává **silný** strach, když se musí postavit po delším sezení. 23 % (14) pacientek má strach se postavit po delší době **často**. 25 % (15) pacientek pociťují strach jen **někdy**. 11 % (7) žen mají strach z postavení se jen **málokdy**. Nejvíce pacientek – 26 % (16) žádný strach **nemají**.

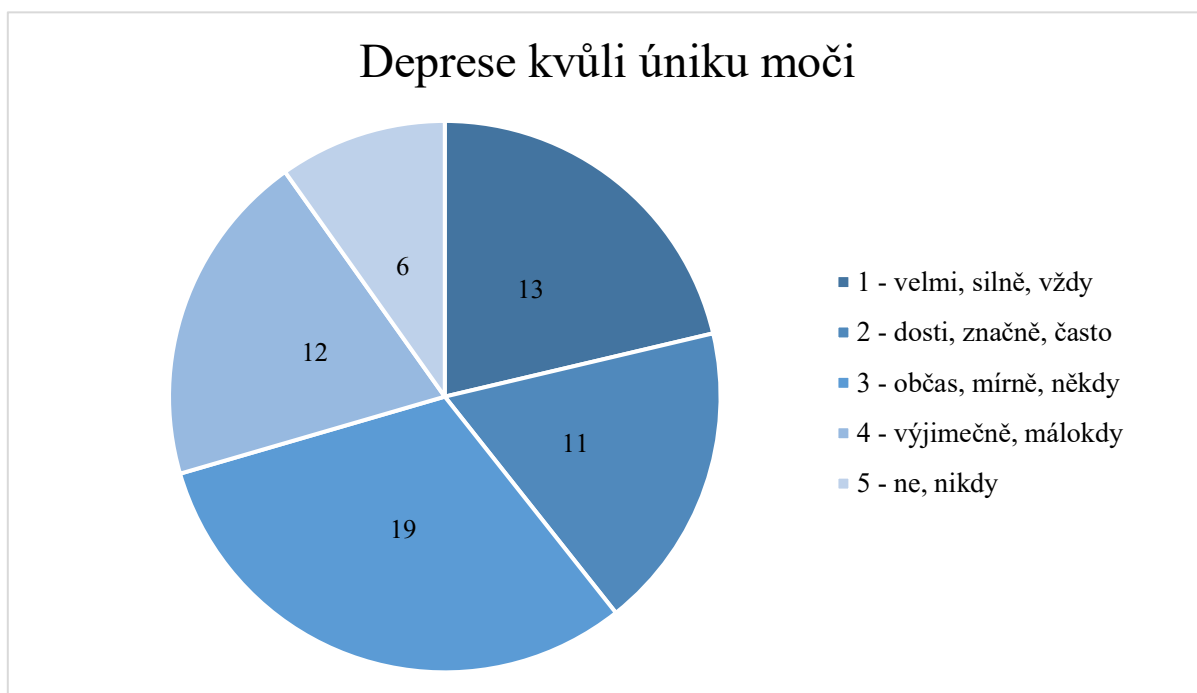
Dotazníkové tvrzení č. 4: V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC



Graf č. 14: Myšlenky na umístění WC v novém prostředí

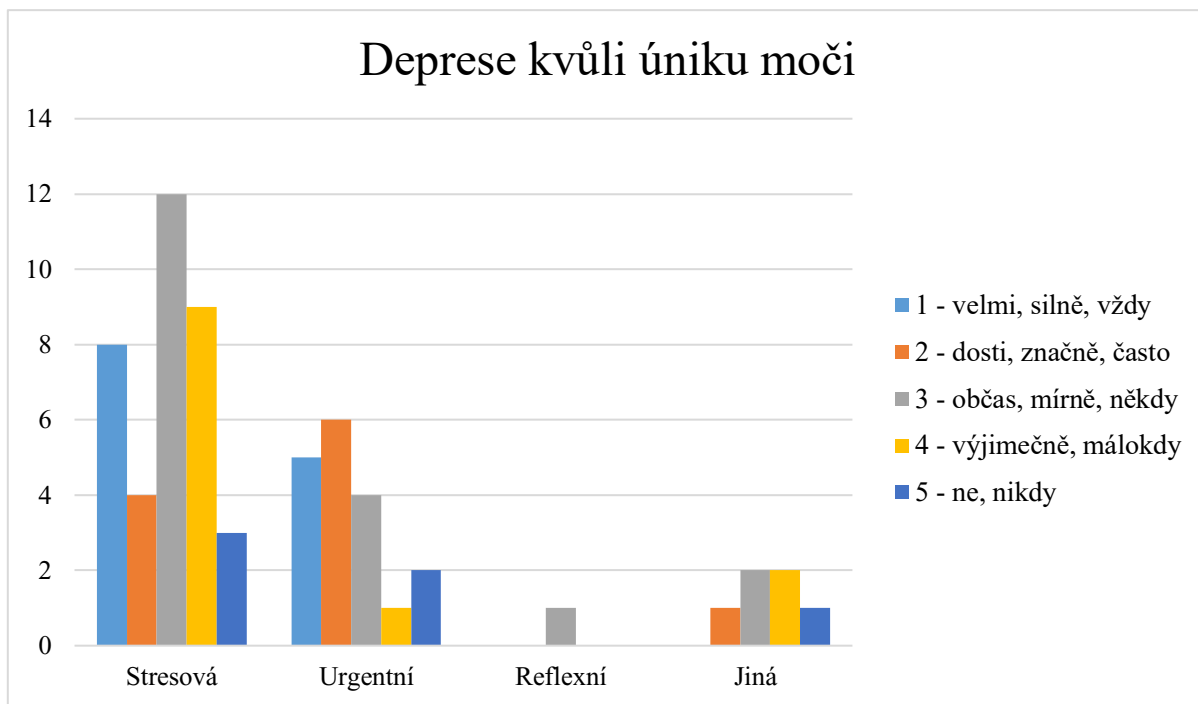
Komentář: **Velmi silné** myšlenky na to, kde je umístěna toaleta, udává **20 %** (12) žen. Nejvíce pacientek, a to **33 %** (20) na umístění WC v novém prostředí myslí **často**. **Někdy** se tyto myšlenky honí v hlavě **13 %** (8) pacientek, stejně tak jako **13 %** (8) pacientek si takové myšlenky **nikdy** nepřipouští. **21 %** (13) pacientek na umístění toalety v novém prostředí myslí jen **výjimečně**.

Dotazníkové tvrzení č. 5: Kvůli úniku moči se cítím depresivně



Graf č. 15: Deprese z nechtěného úniku moči

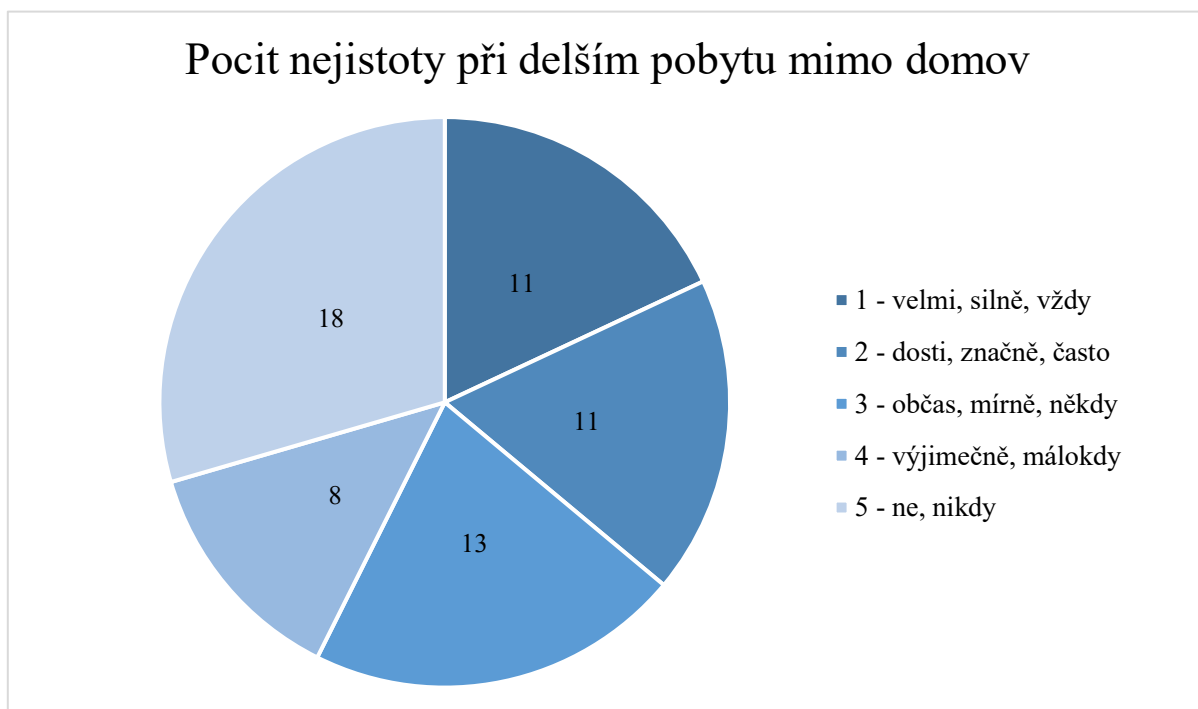
Komentář: Na základě vyhodnocení se **31 % (19)** žen cítí jen **někdy** depresivně. **21 % (13)** pacientek pociťují deprese kvůli úniku moči **vždy**. Na druhou stranu **10 % (6)** pacientek se depresivně necítí **nikdy**. Časté depresivní stavy udává **18 % (11)** žen a jen **výjimečně** má depresi **20 % (12)** žen.



Graf č. 16: Typ inkontinence v souvislosti s depresí z úniku moči

Komentář: U pacientek, které trpí **stresovou inkontinencí**, vyšly výsledky takto. **33 % (12)** pacientek udává, že depresemi trpí jen **občas**. **25 % (9)** pacientek naopak trpí depresemi jen **výjimečně**. Téměř stejný počet pacientek – **22 % (8)** udává **častý** výskyt depresí. S depresemi se vůbec **nepotýká** pouhých **14 % (5)** žen se stresovou inkontinencí. Největší počet – **33 % (6)** pacientek s **urgentní inkontinencí** udává, že trpí depresemi často. Se **silnými** depresemi se potýká **28 % (5)**, tedy o jednu pacientku méně. S **občasnými** depresemi se setká zase o jednu méně, tedy **22 % (4)**. **11 % (2)** žen s urgentním typem inkontinence **žádné deprese** nemá. **Jediná** žena udává, že se s depresivními myšlenkami setká jen **málokdy**. Pacientka s **reflexní inkontinencí** se cítí depresivně jen **někdy**. **33 % (2)** pacientek s **jiným typem inkontinence** trpí depresemi **občas** a stejný počet žen jen **výjimečně**. **Jedna** pacientka má **časté** deprese kvůli úniku moči, a naopak **jedna** pacientka deprese **nikdy** nemá.

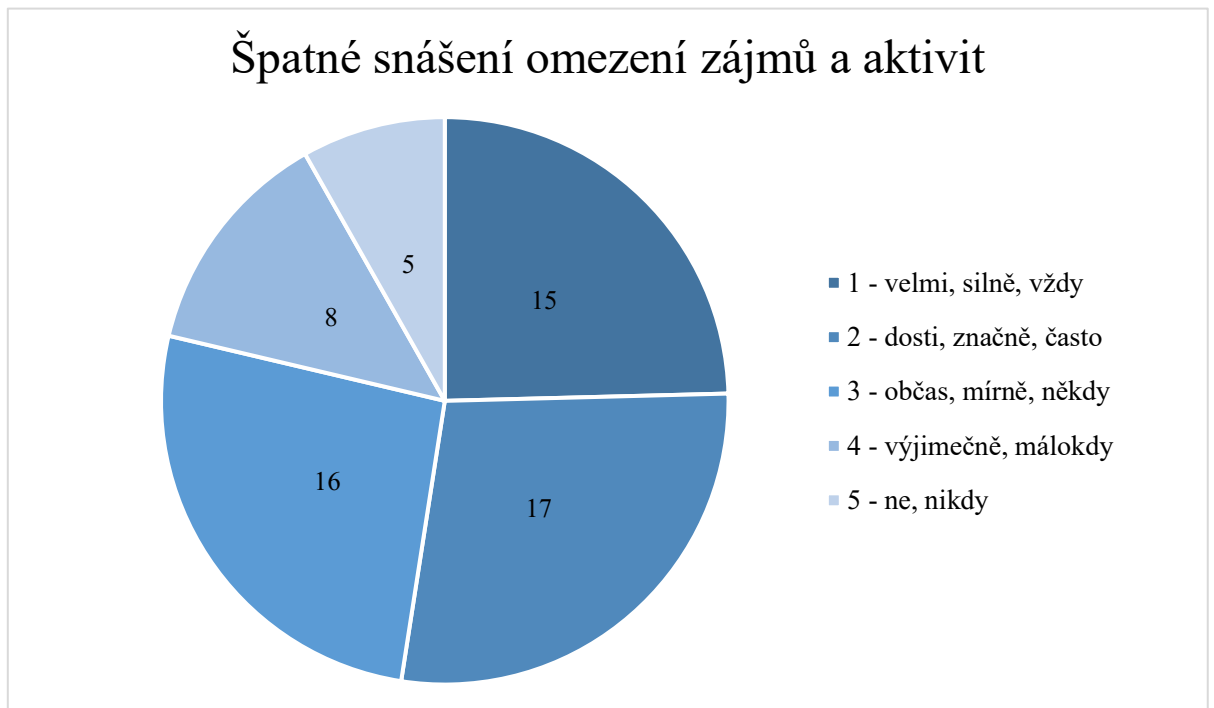
Dotazníkové tvrzení č. 6: Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov



Graf č. 17: Pocit nejistoty při delším pobytu mimo domov

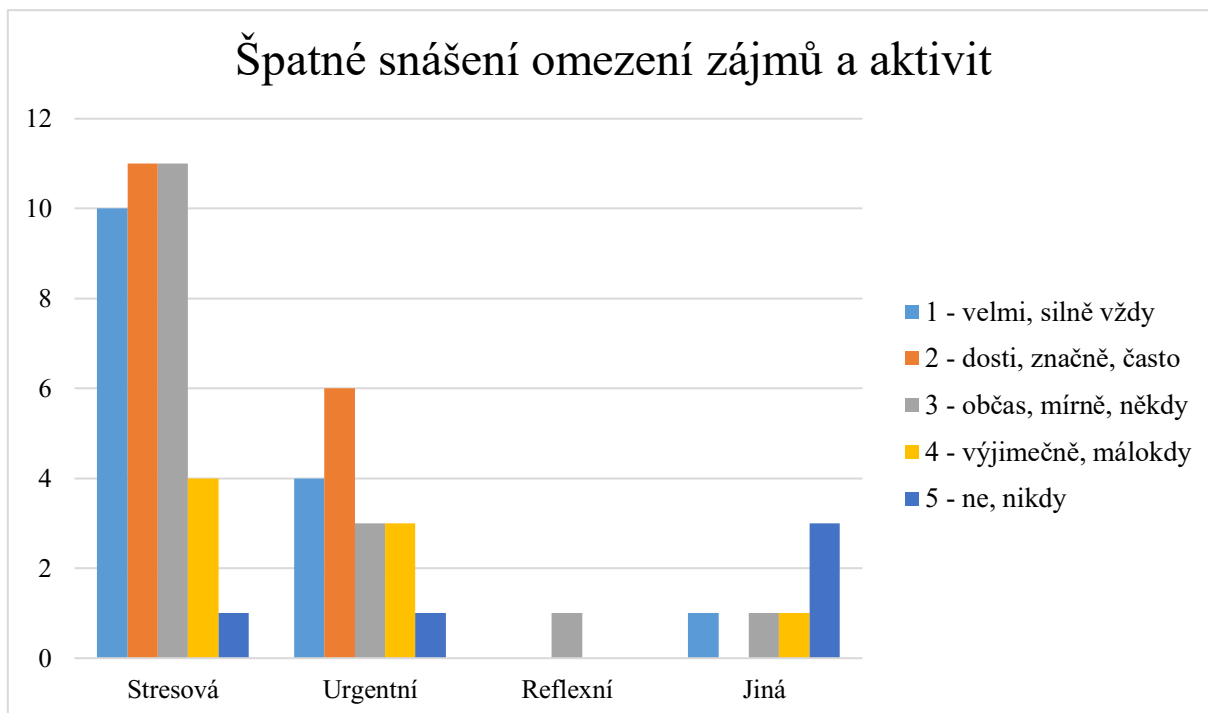
Komentář: Z výše uvedeného vyhodnocení vyplývá, že **30 %** (18) žen, **nemá žádné** pocity nejistoty, když opustí domov. **21 %** (13) má pocity nejistoty z delšího pobytu mimo domov jen **někdy**. **18 %** (11) žen se cítí nejistě **vždy** a stejný počet, tedy **18 %** (11) se cítí nejistě **často**. **Výjimečné** pocity nejistoty uvádí **13 %** (8) žen.

Dotazníkové tvrzení č. 7: Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit



Graf č. 18: Špatné snášení omezení zájmů a aktivit

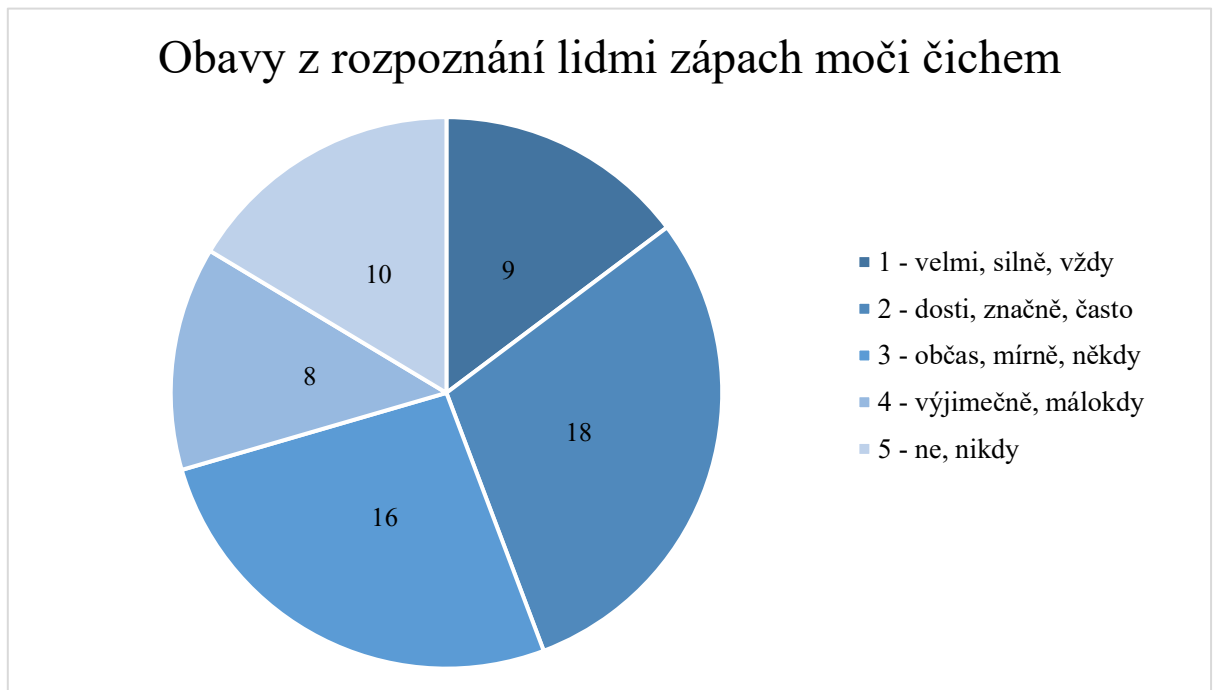
Komentář: Špatné pocity udává **25 % (15)** žen **vždy**. **Časté** špatné pocity z omezení zájmů udává o něco více, a to **28 % (17)** žen. O jednu ženu méně, tedy **26 % (16)** pacientek, udává, že špatně snáší omezení jen **někdy**. **13 % (8)** pacientek špatně snáší omezení zájmů jen **výjimečně** a celkem **8% (5)** pacientek udává, že to špatně **nesnáší**.



Graf č. 19: Typ inkontinence v souvislosti se špatným snášením omezení zájmů a aktivit

Komentář: 30, 5 % (11) žen, které trpí **stresovou močovou inkontinencí**, udává, že špatně snáší omezení aktivit **často**. Stejně procento žen, tedy 30, 5 % (11) udává, že omezení aktivit a zájmů snáší špatně jen **občas**. 28 % (10) žen, trpící stresovou inkontinencí označilo, že omezení aktivit snáší špatně **vždy**. **Výjimečně** špatně bere omezení aktivit 11 % (4) pacientek. Pouhá jedna pacientka – 3 % udává, že omezení aktivit ji nijak **nevadí**. 33 % (6) pacientek, které trpí **urgentní inkontinencí**, udává, že toto omezení snáší špatně **často**. 22 % (4) žen označilo možnost **velmi**. Možnost **občas** označilo 17 % (3) žen a se stejným počtem 17 % (3) žen udává, že je **výjimečně**. Opět **jedna** ze s urgentní inkontinencí udává, že ji omezení aktivit **nevadí**. **Jediná** pacientka, trpící **reflexní inkontinencí** udává, že omezení aktivit snáší špatně jen **někdy**. Co se týče **jiného typu inkontinence**, ve stejném počtu 17 % žen udává, že omezení zájmů snáší špatně **velmi** (1), **někdy** (1) a **výjimečně** (1). **Zbýlých 50 % (3) žen omezení zájmů a aktivit špatně nesnáší.**

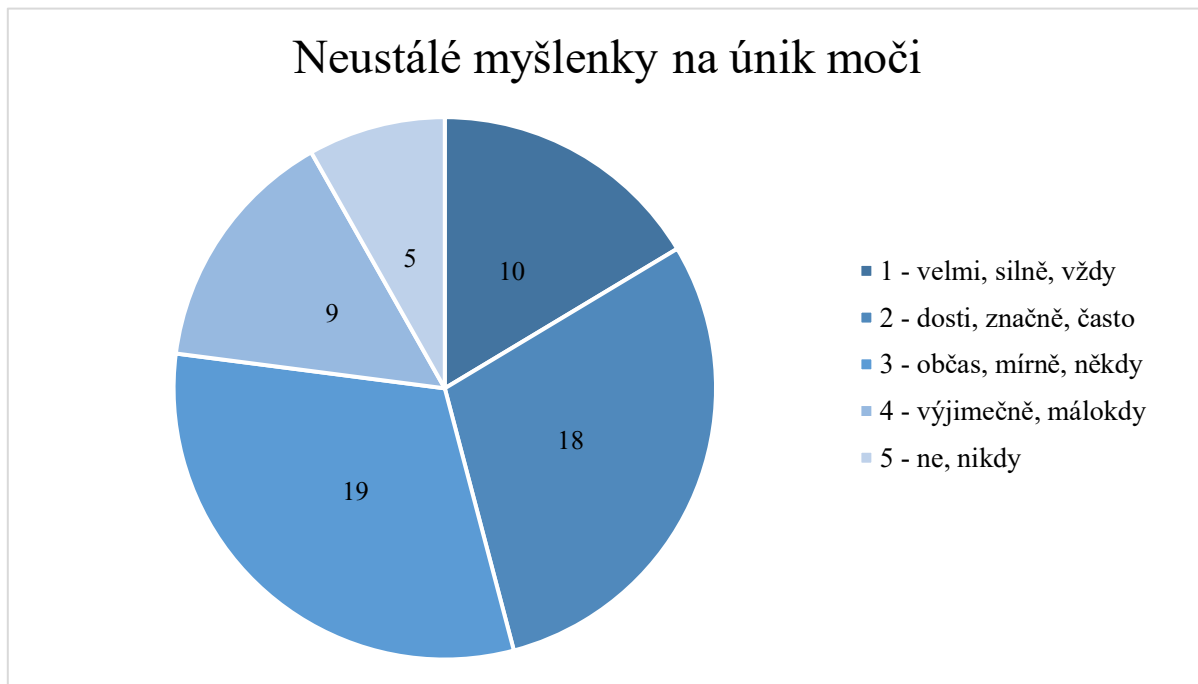
Dotazníkové tvrzení č. 8: Obávám se, že by lidé můj únik moči mohli rozpoznat čichem



Graf č. 20: Obavy z rozpoznání lidmi zápach moči čichem

Komentář: 30 % (18) pacientek má **časté** obavy, že by ostatní moč cítili. **Občasné** obavy označilo 26 % (16) pacientek. 16 % (10) pacientek nikdy takové obavy **nemá**. 15 % (9) pacientek se **velmi** bojí, že by ostatní mohli cítit zápach moči. 13 % (8) pacientek se naopak bojí jen **výjimečně**.

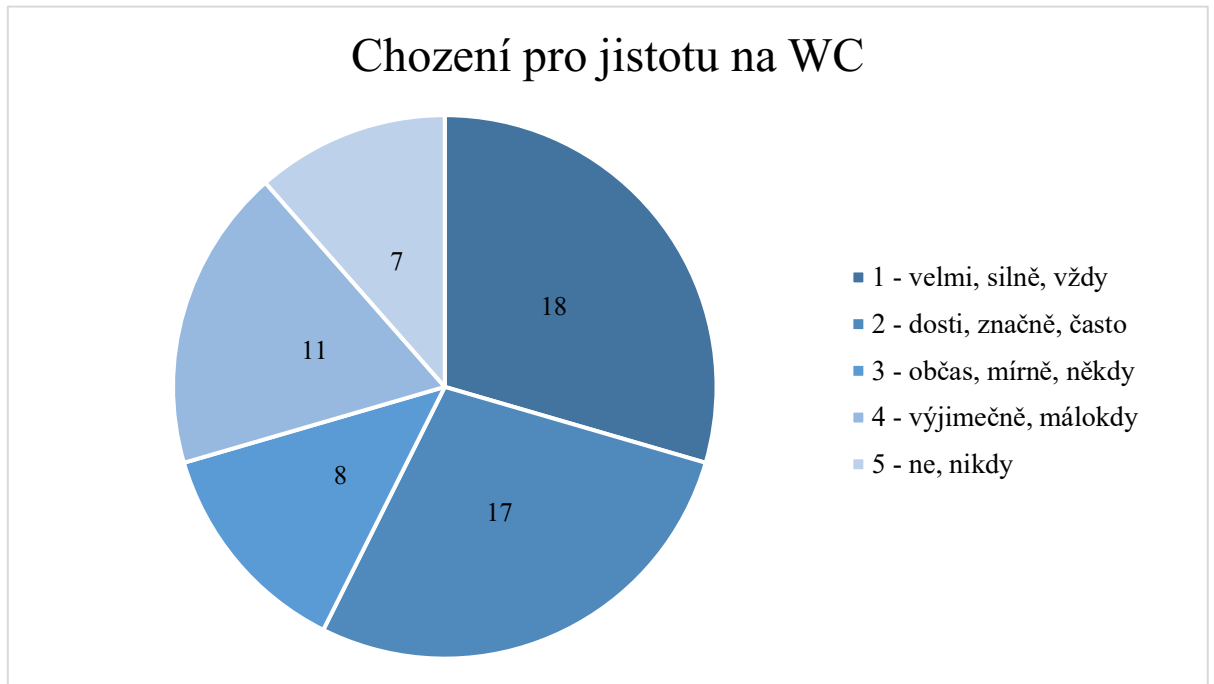
Dotazníkové tvrzení č. 9: Na problém s únikem moči musím neustále myslet



Graf č. 21: Neustálé myšlenky na únik moči

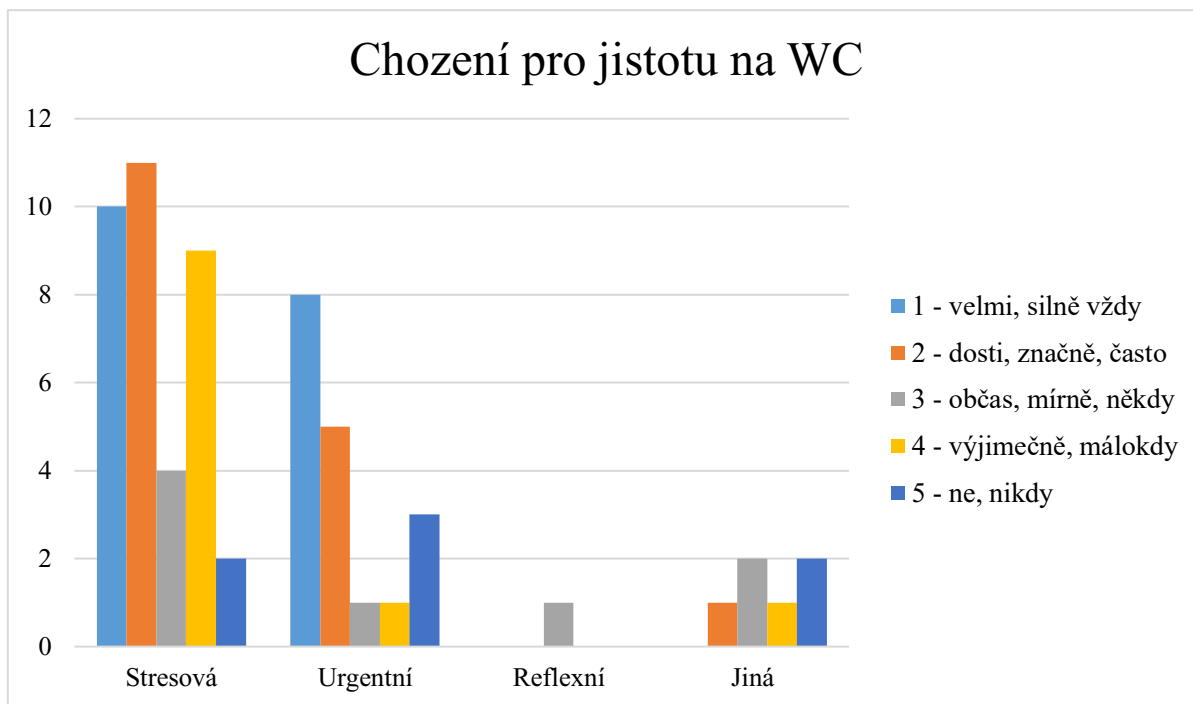
Komentář: Největší počet pacientek označilo možnost číslo 3 „občas, mírně, někdy“, a to přesně 31 % (19). Časté myšlenky na únik moči udává o jednu méně, a to 30 % (18). 16 % (10) pacientek **vždy** myslí na problém s únikem moči. O jednu méně, tedy 15 % (9) žen, má neustálé myšlenky jen **výjimečně**. 8 % (5) žen na problém s únikem moči **nikdy** nemyslí.

Dotazníkové tvrzení č. 10: Chodím „pro jistotu“ na WC, i když nemusím



Graf č. 22: Chození pro jistotu na WC

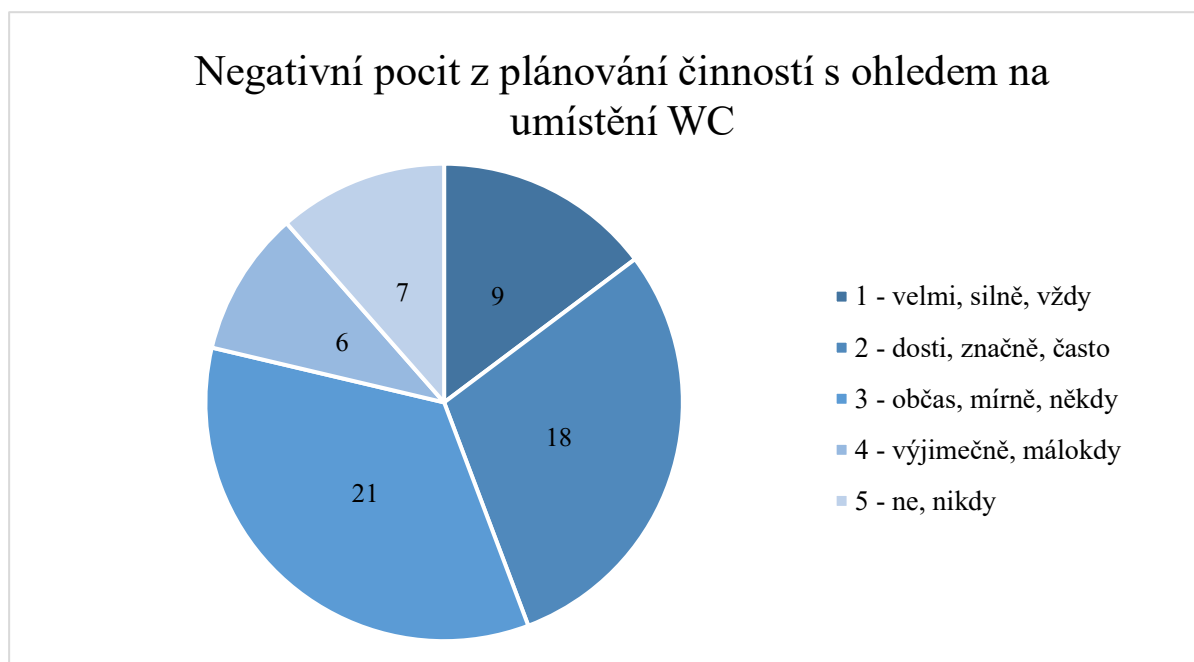
Komentář: 30 % (18) pacientek udává, že pro jistotu na WC chodí **vždy**. O jednu méně, tedy 28 % (17), chodí pro jistotu na WC **často**. **Občas** si zajde pro jistotu na toaletu 13 % (8) pacientek. **Výjimečné** návštěvy toalety, i když nemusí, absolvuje 18 % (11) pacientek. 11 % (7) pacientek pro jistotu na toaletu nechodí **nikdy**.



Graf č. 23: Typ inkontinence v souvislosti s chozením pro jistotu na WC

Komentář: Z výše uvedených dat pro pacientky se **stresovou inkontinencí** vyplývá: **30,5 %** (11) pacientek chodí pro jistotu na WC **často**. **28 %** (10) pacientek dochází na toaletu pro jistotu **vždy**. **25 %** (9) pacientek chodí pro jistotu na WC jen **výjimečně**. **11 %** (4) žen udává, že na toaletu pro jistotu chodí jen **výjimečně**. **5,5 %** (2) pacientek **nechodí** pro jistotu na WC nikdy. Pro pacientky s **urgentní inkontinencí** platí následující: **44,5 %** (8) pacientek chodí pro jistotu na toaletu **vždy**. **28 %** (5) pacientek chodí na WC **často**. **17 %** (3) pacientek udává, že toaletu pro jistotu **nenavštěvují**. **5,5 %** (1) pacientek označilo možnost **občas**, stejný počet **5,5 %** (1) označilo možnost jen **výjimečně**. **Jediná** pacientka s **reflexní inkontinencí** chodí pro jistotu na WC **občas**. Pro **jiný typ inkontinence** platí: **Jedna** pacientka chodí na WC **často**, **jedna** pacientka naopak chodí na toaletu jen **výjimečně**. **33 %** (2) žen z nich, užívá toaletu pro jistotu **občas** a **33 %** (2) pacientek nechodí pro jistotu na WC **nikdy**.

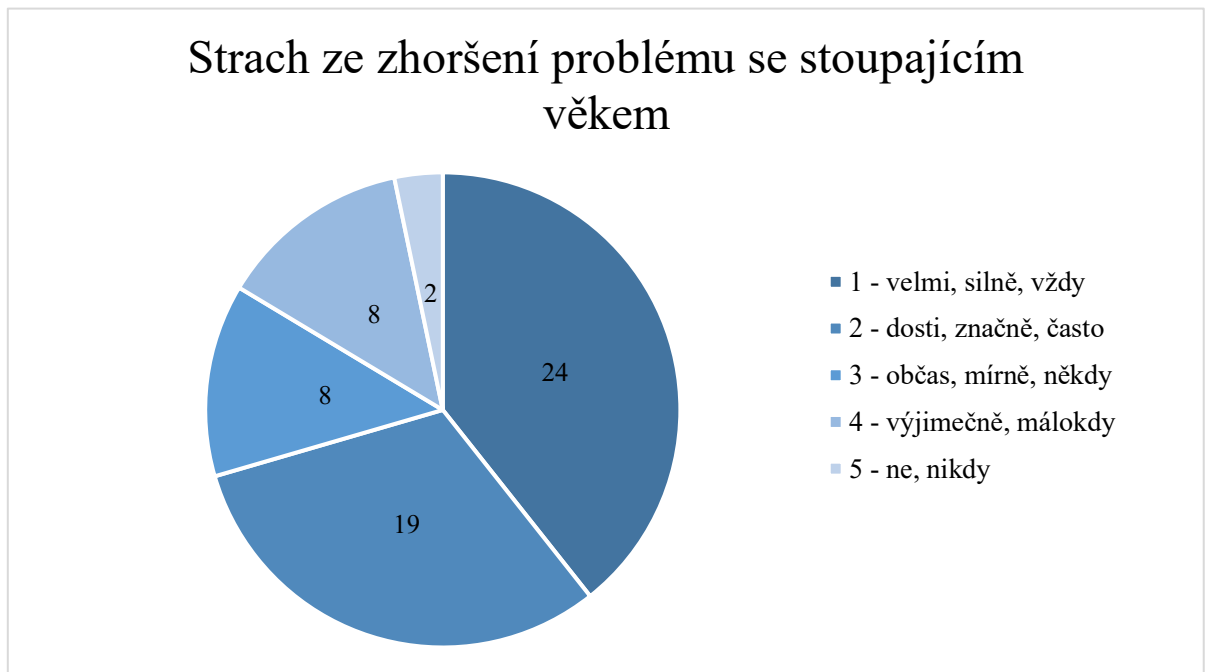
Dotazníkové tvrzení č. 11: Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použití WC



Graf č. 24: Negativní pocit z plánování činností s ohledem na umístění WC

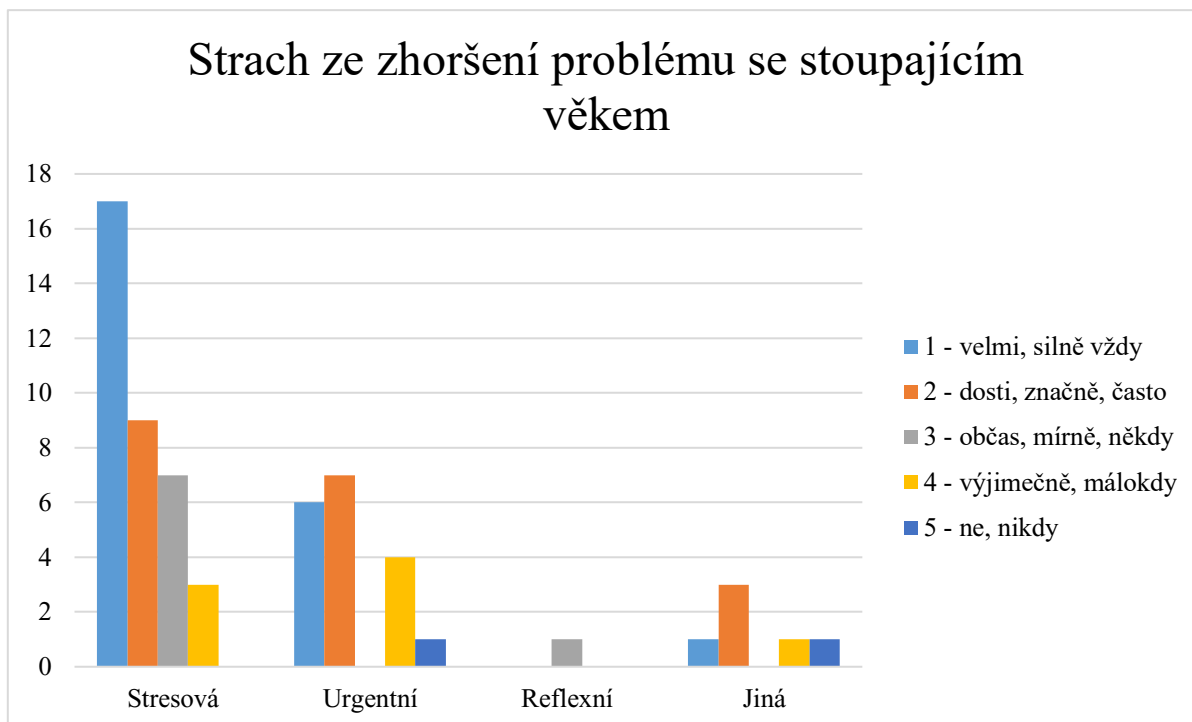
Komentář: Největšímu počtu žen, a to **34 % (21)**, vadí plánování předem jen **někdy**. **30 % (18)** ženám vadí plánování předem **často**. **15 % (9)** z nich udává, že plánování činností předem jim vadí **vždy**. **11 % (7)** z nich udává, že jim předčasné plánování nevadí **nikdy**. **10 % (6)** ženám vadí plánování činností dopředu **výjimečně**.

Dotazníkové tvrzení č. 12: Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší



Graf č. 25: Strach ze zhoršení problémů se stoupajícím věkem

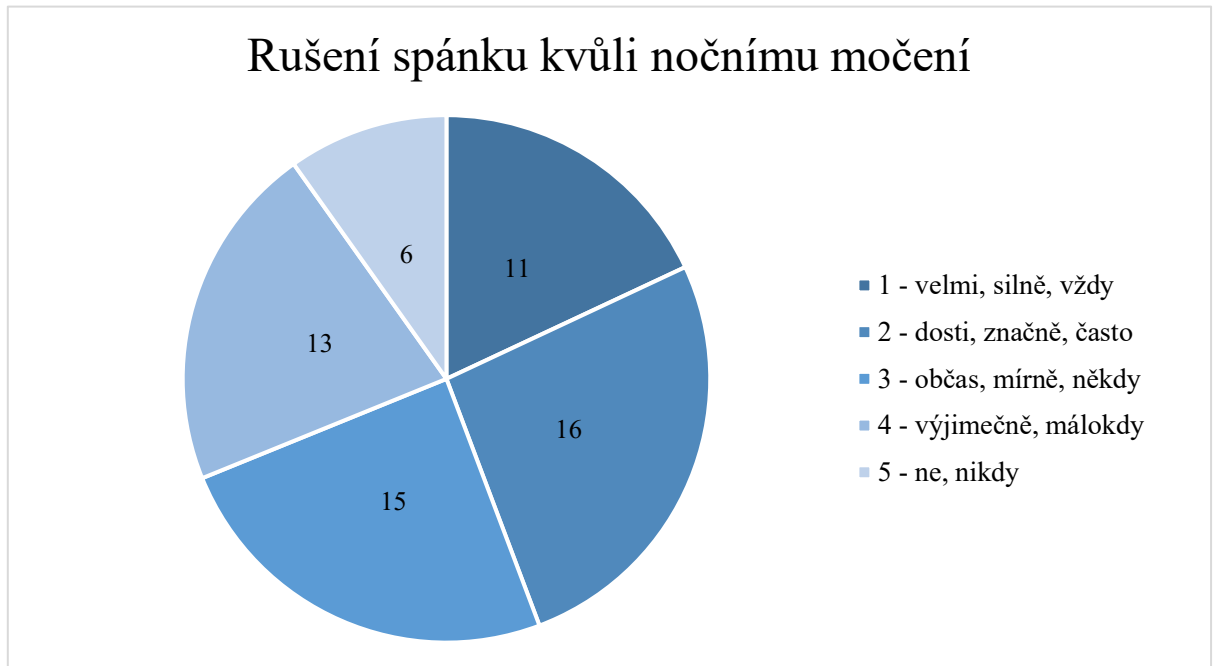
Komentář: 39 % (24) žen se **velmi** bojí, že se jejich problém postupem věku zhorší. Celých 31 % (19) žen udává, že se tyto obavy mají **často**. 13 % (8) žen má obavy jen **někdy** a stejných 13 % (8) žen má tyto obavy jen **výjimečně**. 4 %, tedy dvě ženy se **nebojí**, že by se problémy postupem času zhoršily.



Graf č. 26: Typ inkontinence v souvislosti se strachem ze zhoršení problému věkem

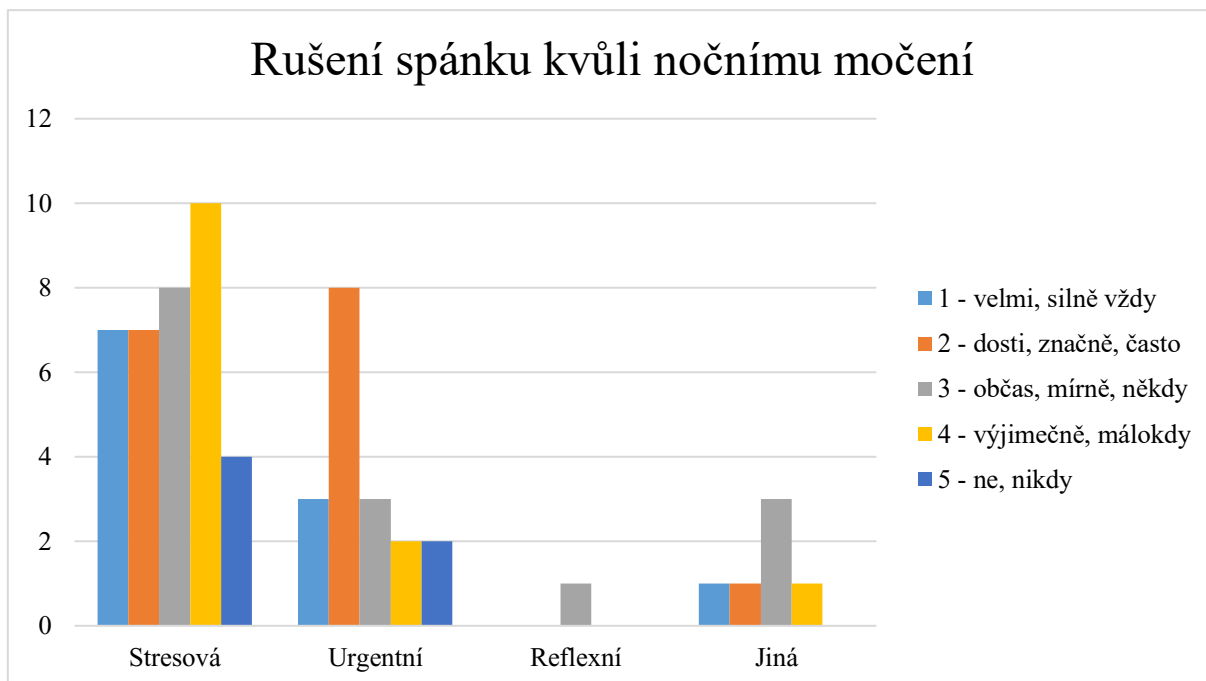
Komentář: 47 % (17) žen, které trpí **stresovou inkontinencí** udává, že se **velmi** bojí, že se postupem věku problém zhorší. 25 % (9) žen se téhož problému obávají **dost**. 19,5 % (7) žen se bojí **někdy** a 8,5 % (3) žen se bojí jen **výjimečně**. 39 % (7) pacientek s **urgentním typem** inkontinence tvrdí, že se mají strach ze zhoršení problému se stoupajícím věkem **často**. 33 % (6) pacientek mají strach **vždy**. 22 % (4) pacientek mají obavy ze zhoršení problému jen **výjimečně**. **Jedna** pacientka nemá strach ze zhoršení problému **vůbec**. Pacientka s **reflexní inkontinencí** se výše uvedeného problému bojí jen **občas**. 50 % (3) žen, které trpí **jiným typem** inkontinence uvádá, že se strach ze zhoršení úniku moči mají **často**. V počtu 17 % označily pacientky možnosti **vždy** (1), **výjimečně** (1) a **nikdy** (1).

Dotazníkové tvrzení č. 13: Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC



Graf č. 27: Rušení spánku kvůli nočnímu močení

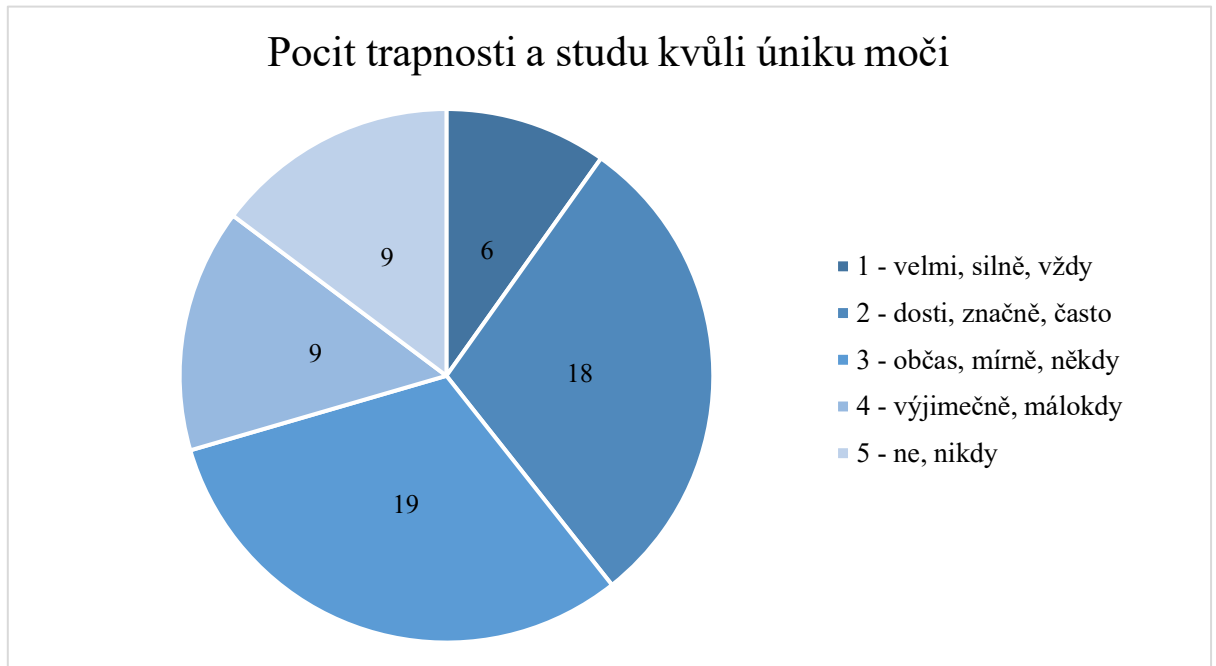
Komentář: Z výše uvedeného grafického znázornění je vidět, že největší počet pacientek, přesněji **26 % (16)** udává, že jim **značně** vadí noční vstávání na WC. **25 % (15)** pacientek udává, že jim noční vstávání vadí jen **někdy**. **21 % (13)** pacientkám noční vstávání vadí jen **výjimečně**. **18 % (11)** pacientek zakroužkovalo, že je noční buzení na WC obtěžuje **vždy**. **10 % (6)** pacientkám noční vstávání **nevadí**.



Graf č. 28: Typ inkontinence v souvislosti s rušením spánku kvůli nočnímu močení

Komentář: 19,5 % (7) žen, které trpí **stresovou inkontinencí** udává, že je noční buzení ve spánku ruší **vždy**. Stejný počet, tedy 19,5 % (7) označilo možnost **často**. 22 % (8) žen udává, že je noční buzení na WC obtěžuje **mírně**. 28 % (10) pacientek udává, že je noční buzení kvůli toaletě obtěžuje jen **výjimečně**. 11 % (4) pacientek nevdá noční vstávání na WC **nikdy**. Pro pacientky s **urgentní inkontinencí** platí následující: 44,5 % (8) žen udává, že noční vstávání jim ruší spánek **často**. 17 % (3) pacientek udává, že je tento problém ruší ve spánku **vždy**. Stejný počet, tedy 17 % (3) žen tyto obtíže pociťují **někdy**. 11 % (2) pacientek označilo možnost jen **výjimečně** a 11 % (2) žen tvrdí, že jim noční buzení kvůli WC **nevadí**. Jediná pacientka s **reflexní inkontinencí** uvádí, že ji noční buzení trápí jen **někdy**. 50 % (3) pacientek s **jiným typem** inkontinence uvádí, že je noční buzení ruší **někdy**. Ve stejném počtu 17 % pacientek označilo, že je noční buzení trápí **vždy** (1), **často** (1) a **výjimečně** (1).

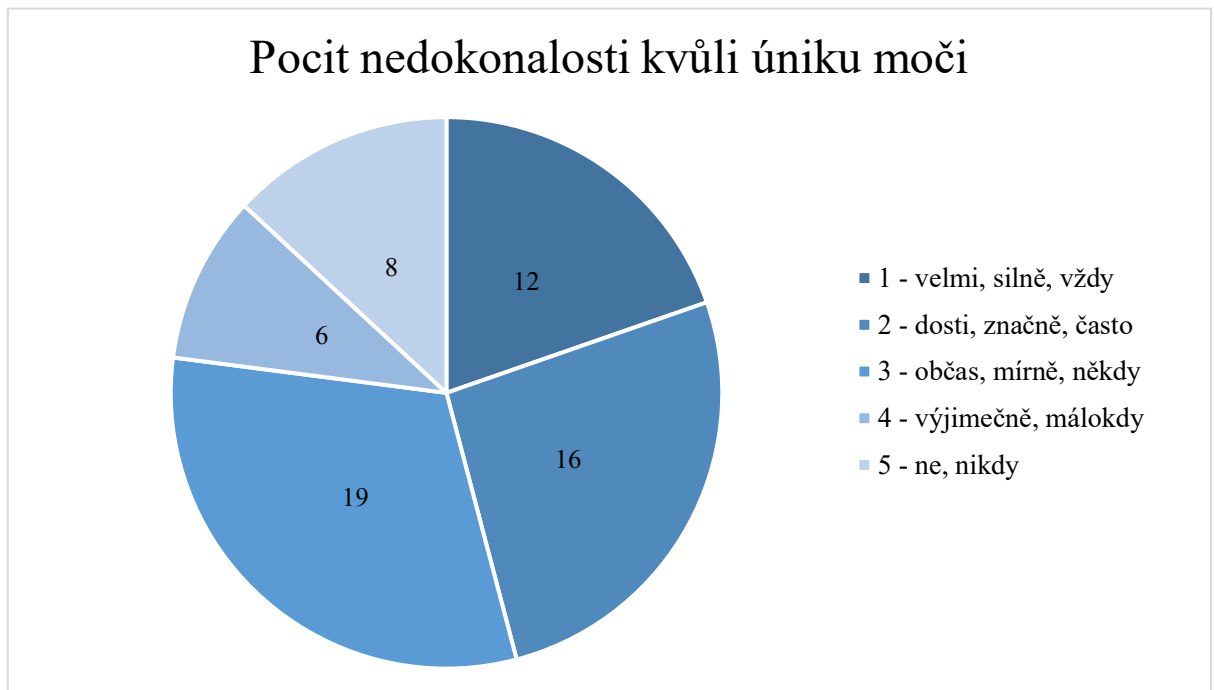
Dotazníkové tvrzení č. 14: Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu



Graf č. 29: Pocit trapnosti a studu kvůli úniku moči

Komentář: **Velmi a vždy** se cítí trapně a stydí se pouhých **10 %** (6) žen. **Dost** trapně a často se stydí **30 %** (18) žen. **Někdy** pocity trapnosti zažívá **31 %** (19) pacientek. **14,5 %** (9) žen se cítí trápně a stydí se jen **výjimečně**. Stejných **14,5 %** (9) pacientek žádné pocity trapnosti a studu nezažívá **nikdy**.

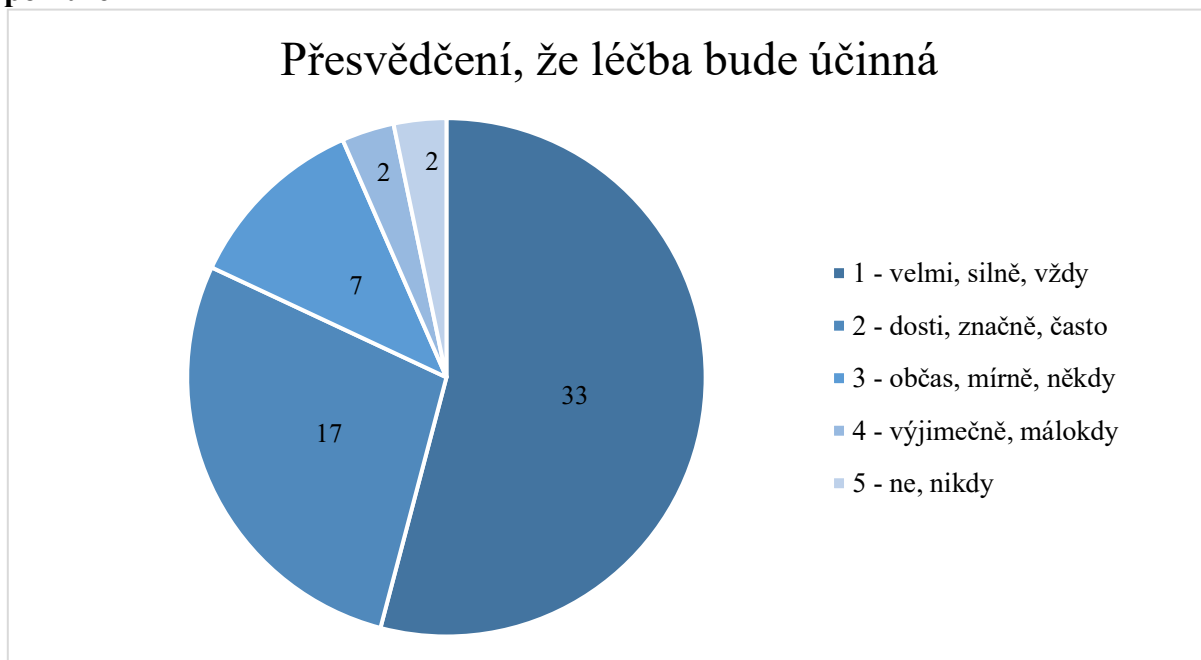
Dotazníkové tvrzení č. 15: Únik moči ve mně vyvolává pocity nedokonalého zdraví



Graf č. 30: Pocit nedokonalosti kvůli úniku moči

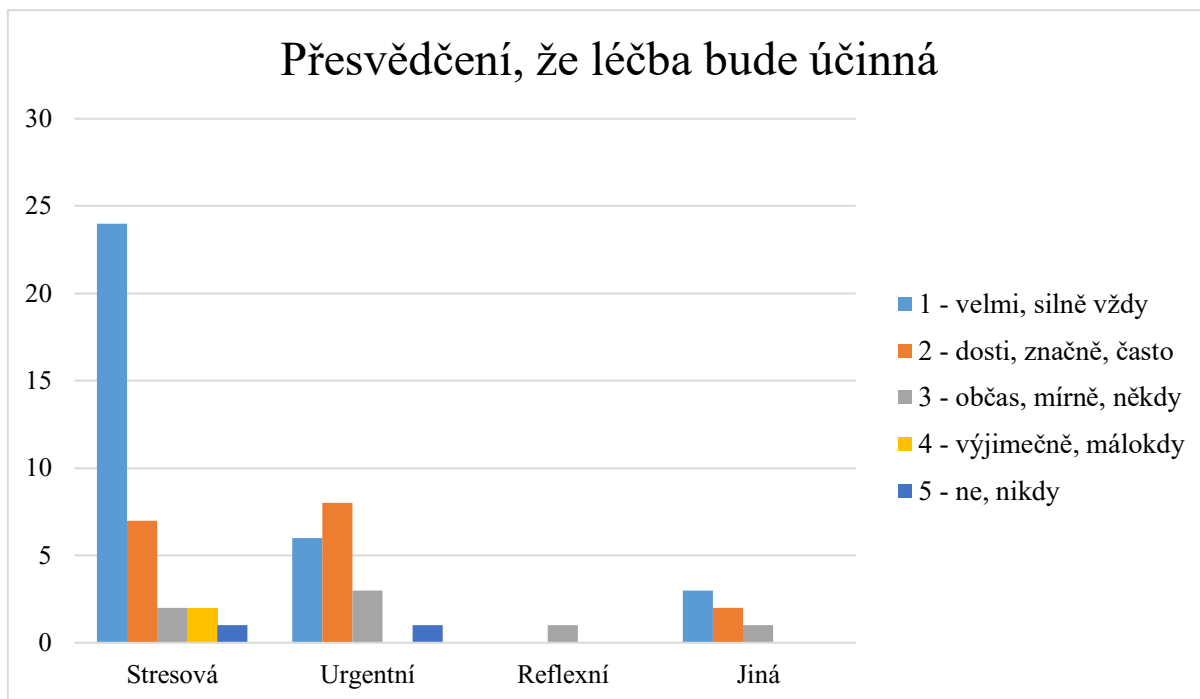
Komentář: Největší počet respondentek, a to **31 % (19)** označilo, že jim únik moči vyvolává pocity nedokonalosti jen **někdy**. **26 % (16)** respondentek má **časté** pocity nedokonalého zdraví. U **20 % (12)** žen vznikají pocity nedokonalého zdraví **vždy**. Naopak **žádné** pocity nedokonalosti udává **13 % (8)** žen. **10 % (6)** žen má pocity nedokonalého zdraví jen **výjimečně**.

Dotazníkové tvrzení č. 16: Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže



Graf č. 31: Přesvědčení, že léčba bude účinná

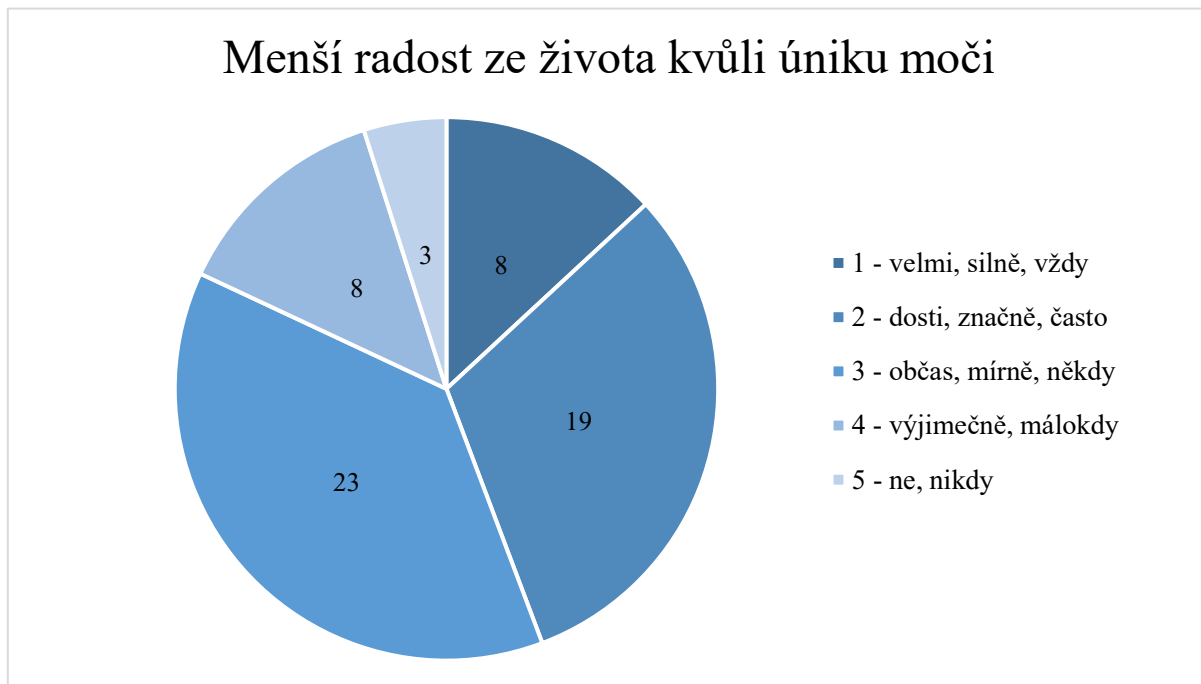
Komentář: Z výše uvedeného grafového znázornění vyplývá, že více než polovina žen – **53 % (33) velmi** věří, že jim léčba pomůže. **28 % (17)** žen udává, že jsou **značně** přesvědčené o léčebné terapii. **11 % (7)** žen jsou **mírně** přesvědčené o účinnosti léčby. Zbývá **4 % (2)** žen jsou o léčebné terapii přesvědčeny **málo** a **4 % (2)** žen si **nemyslí**, že by jim léčba pomohla.



Graf č. 32: Typ inkontinence v souvislosti s přesvědčením o účinné léčbě

Komentář: Celých **67 % (24)** žen, které trpí **stresovou inkontinencí**, jsou **silně** přesvědčeny o tom, že jim léčba pomůže. **17 % (6)** žen jsou o uvedeném tvrzení přesvědčeny **dost**. **5,5 % (2)** žen jsou přesvědčeny **mírně** a stejných **5,5 % (2)** žen jsou přesvědčeny jen **málokdy**. **Jedna** pacientka se stresovou inkontinencí o účinnosti léčby přesvědčená není **nikdy**. **33 % (6)** pacientek s **urgentní inkontinencí** jsou **silně** přesvědčeny o účinnosti léčby. **44,5 % (6)** žen jsou udává, že v účinnou léčbu věří **velmi**. **17 % (3)** žen udává, že jsou přesvědčeny jen **mírně**. **Jediná** pacientka s urgentní inkontinencí není o léčbě přesvědčena **nikdy**. **Jediná** pacientka s **reflexní inkontinencí** je o výše uvedeném tvrzení přesvědčena jen **mírně**. Pacientky, které trpí **jiným typem inkontinence** udávají v počtu **50 % (3)**, že **velmi** věří, že jim léčba pomůže. **33 % (2)** žen udává, že v léčbu **dost** věří. **Jedna** pacientka je o účinné léčbě přesvědčena **mírně**.

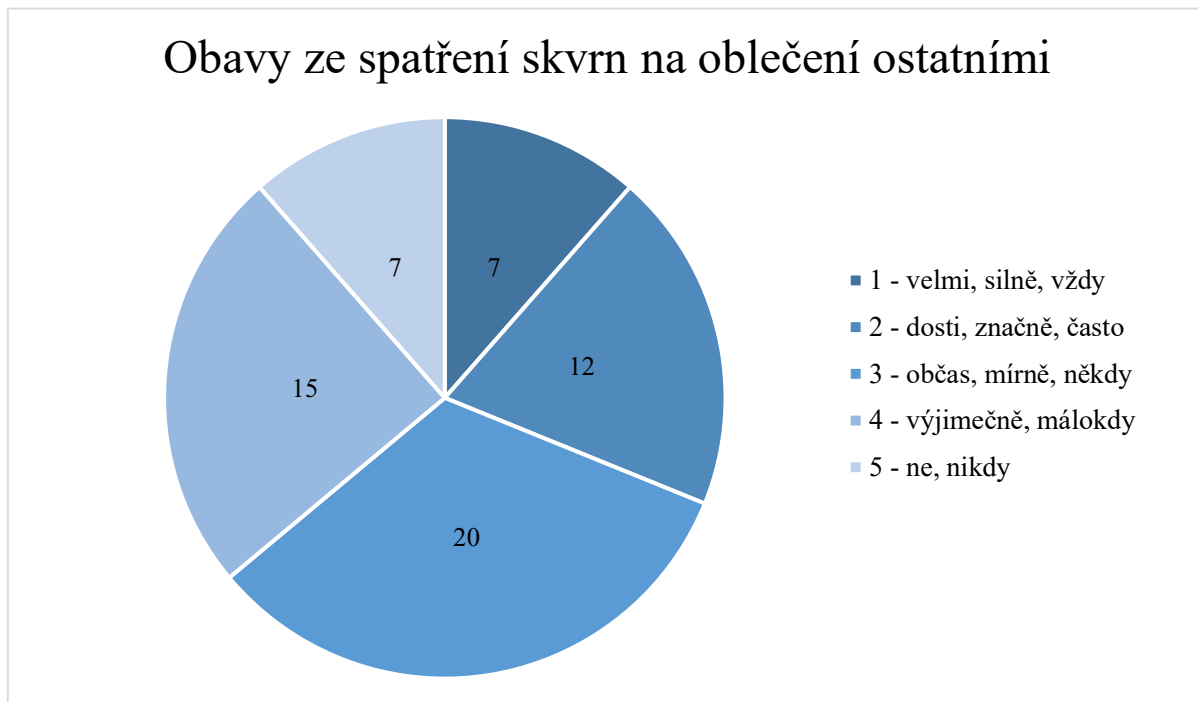
Dotazníkové tvrzení č. 17: Únik moči mi ubírá radost ze života



Graf č. 33: Menší radost ze života kvůli úniku moči

Komentář: 38 % (23) pacientek mají **někdy** menší radost ze života. 31 % (19) pacientek udává, že problém s únikem moči jim **často** ubírá radost ze života. 13 % (8) pacientkám ubírá únik moči radost ze života **vždy**. Stejněmu počtu – 13 % (8) pacientkám ubírá únik moči radost ze života jen **výjimečně**. 5 % (3) pacientkám únik moči radost ze života **neubírá**.

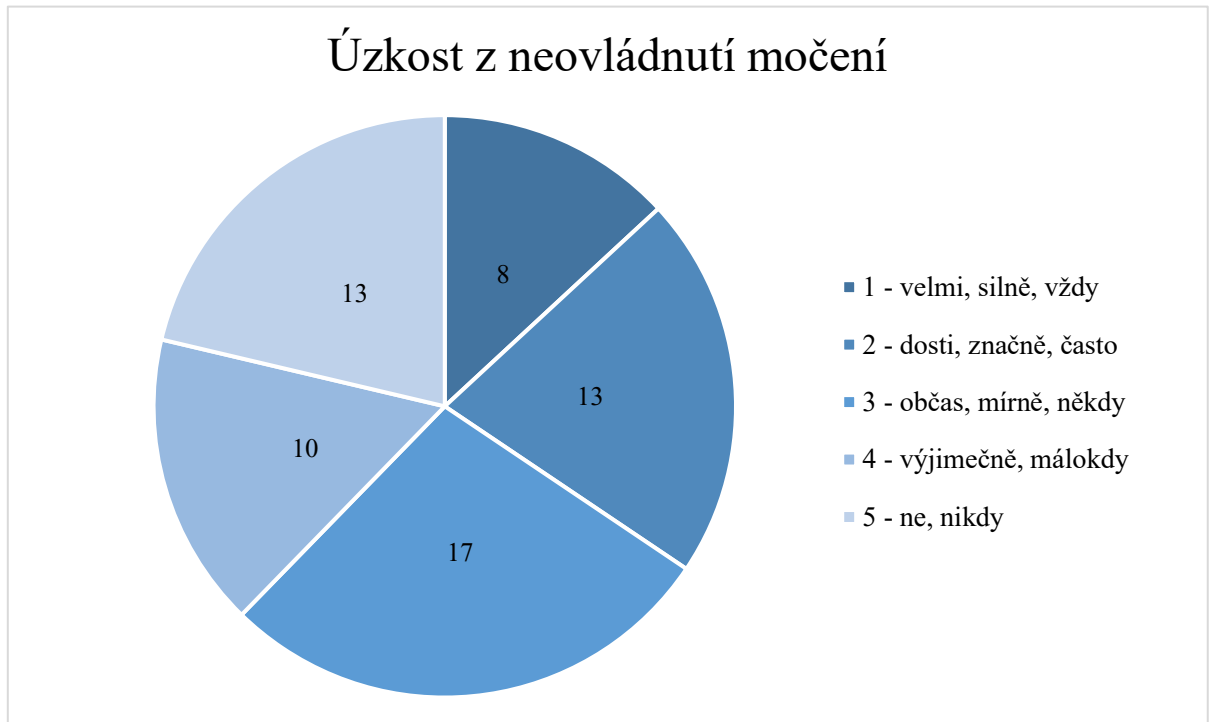
Dotazníkové tvrzení č. 18: Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na oblečení



Graf č. 34: Obavy ze spatření skvrn na oblečení ostatními lidmi

Komentář: 11 % (7) žen se **velmi** obává, že by ostatní mohli spatřit skvrny na oblečení. Naopak stejných 11 % (7) žen se neobává **nikdy**. 20 % (12) žen se obává **často**. Největší počet žen – 33 % (20) se obává ze skvrn na oblečení jen **někdy**. 25 % (15) žen má obavy z tohoto problému jen **výjimečně**.

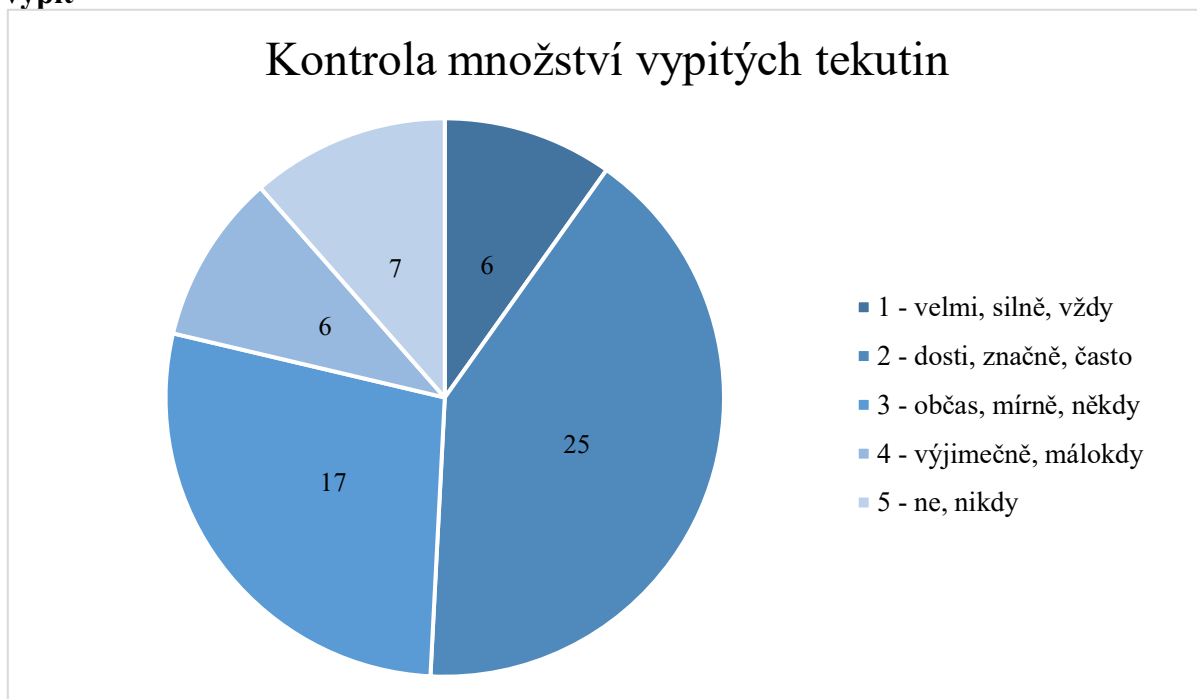
Dotazníkové tvrzení č. 19: Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak chci



Graf č. 35: Úzkost z neovládnutí močení

Komentář: **Velmi** silně trpí úzkostí pouhých **13 %** (8) žen. **Časté** pocity úzkosti kvůli neovládnutí moči udává **21 %** (13) žen. **Mírné** úzkosti z neovládnutí močení udává **28 %** (17) žen. **17 %** (10) žen trpí úzkostmi jen **málokdy**. Celých **21 %** (13) žen **netrpí** žádnými úzkostmi.

Dotazníkové tvrzení č. 20: Musím se kontrolovat kolik, a co mohu vypít



Graf č. 36: Kontrola množství vypitých tekutin

Komentář: Největší procento pacientek – **41 % (25)** udává, že se musí **často** kontrolovat co, a kdy vypijí. **28 % (17)** pacientek se kontroluje jen **občas, někdy**. **11 % (7)** pacientek vypité množství tekutin nekontroluje **nikdy**. **10 % (6)** žen kontroluje vypitý obsah a množství tekutin **vždy**. Naopak stejných **10 % (6)** žen kontroluje vypité množství a obsah tekutin jen **výjimečně**.

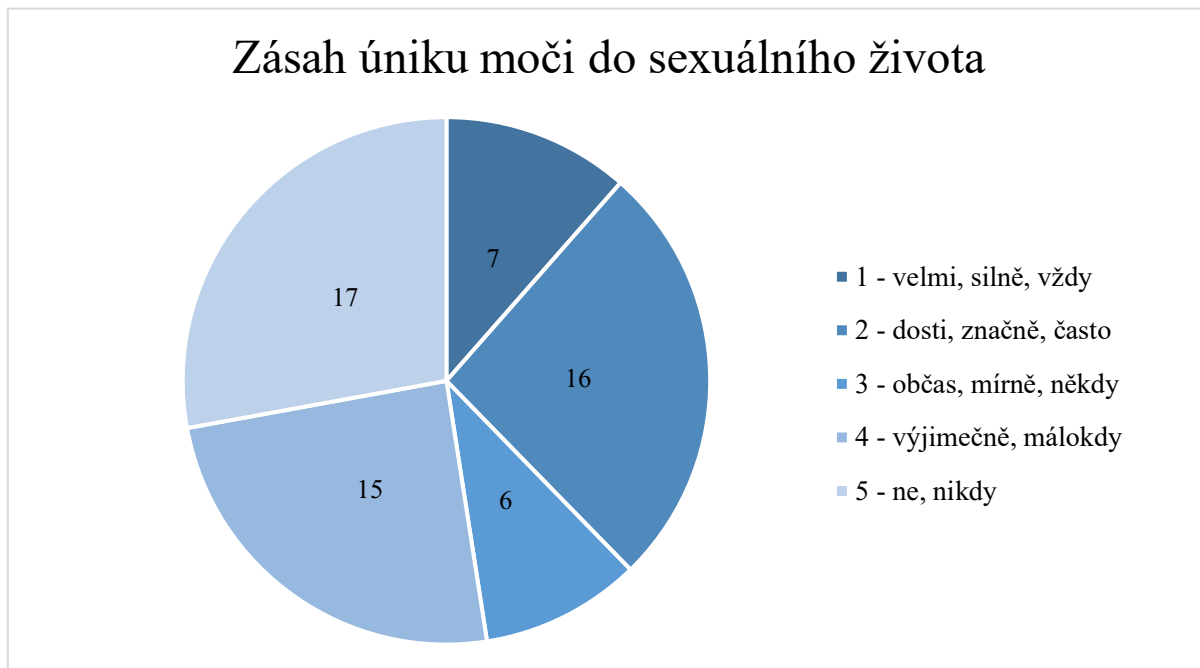
Dotazníkové tvrzení č. 21: Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení



Graf č. 37: Omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči

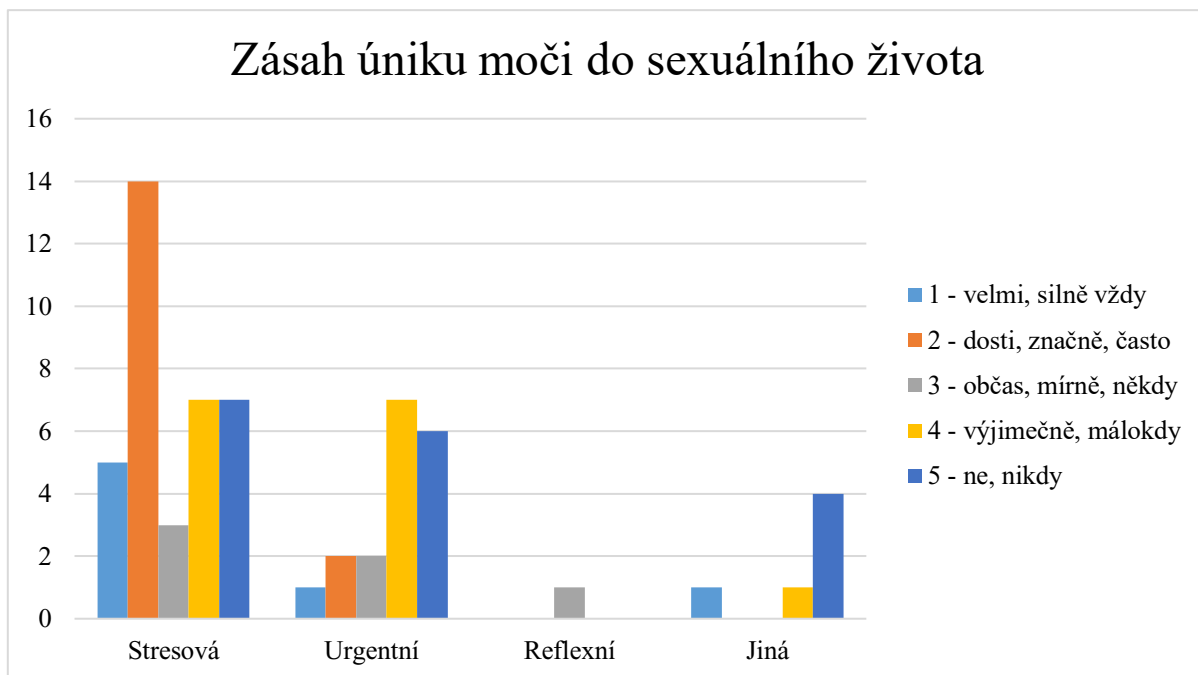
Komentář: Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že **36 % (22)** žen je jen **výjimečně** omezeno ve výběru oblečení. **26 % (16)** žen je kvůli úniku moči omezeno ve výběru oblečení jen **někdy**. Celých **18 % (11)** žen nejsou ve výběru oblečení omezeny **nikdy**. Časté omezení ve výběru oblečení udává **11 % (7)** žen. Pouhých **8 % (5)** žen jsou **vždy** omezeny ve výběru oblečení kvůli úniku moči.

Dotazníkové tvrzení č. 22: Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života



Graf č. 38: Zásah úniku moči do sexuálního života

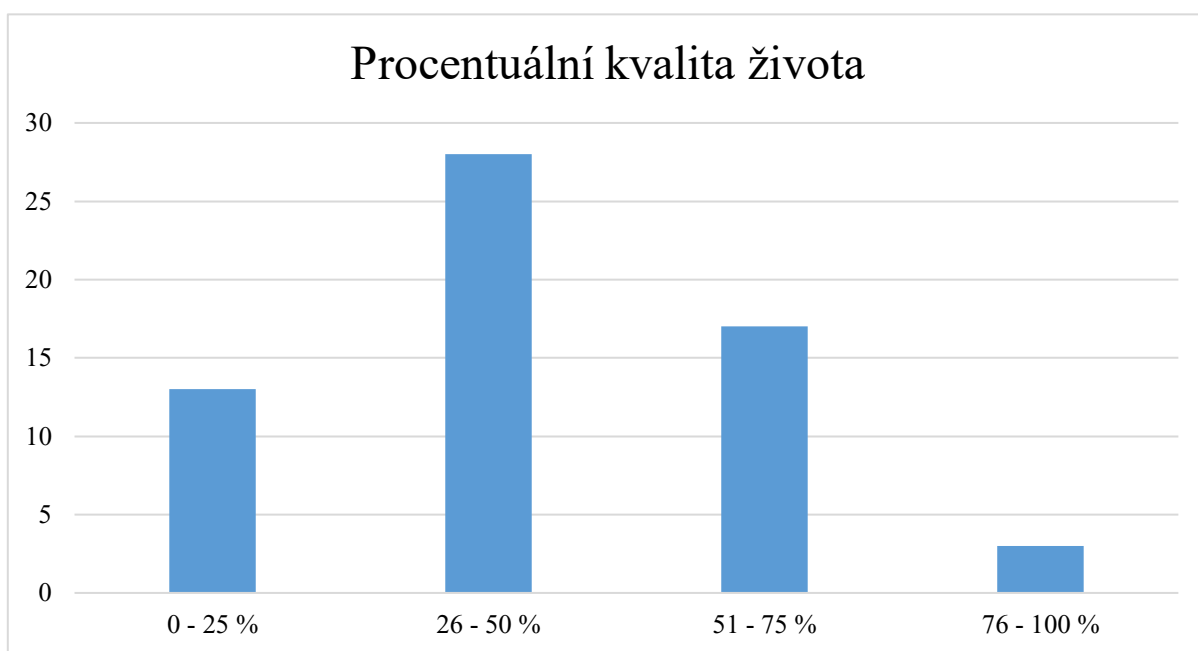
Komentář: 11 % (7) žen **vždy** únik moči zasahuje do sexuálního života. 26 % (16) žen únik moči zasahuje do sexuálního života **často**. **Mírné** zasáhnutí do sexuálního života pociťuje 10 % (6) žen. **Výjimečný** zásah úniku moči pociťuje 25 % (15) žen. V poslední řadě 28 % (17) žen udává, že únik moči nijak do jejich sexuálního života **nezasahuje**.



Graf č. 39: Typ inkontinence v souvislosti se zásahem úniku moči do sexuálního života

Komentář: Největší počet pacientek se **stresovou inkontinencí**, a to **39 % (14)** označilo, že únik moči do jejich sexuálního života zasahuje **často**. Naopak **19,5 % (7)** žen udává, že únik moči do této oblasti zasahuje jen **výjimečně** a **19,5 % (7)** udává, že do sexuálního života jim únik moči vůbec **nezasahuje**. **14 % (5)** žen udává, že je únik moči při sexu obtěžuje **vždy**. **8 % (3)** pacientek udává, že je tento problém omezuje jen **někdy**. Největší počet pacientek s **urgentním typem inkontinence**, a to **39 % (7)** označilo, že jim únik moči do této oblasti zasahuje jen **výjimečně**. **33 % (6)** pacientek tvrdí, že je tento problém **nikdy** neomezuje. **11 % (2)** žen udává, že je únik moči při sexu obtěžuje jen **občas** a stejný počet, tedy **11 % (2)** pacientek tvrdí, že **často**. **Jediná** pacientka s **urgentní inkontinencí** udává, že toto omezení pociťuje **vždy**. **Jediná** pacientka s **reflexní inkontinencí** označila možnost, že ji problém trápí **občas**. **67 % (4)** žen s **jiným typem inkontinence** udává, že jim únik moči do sexuálního života vůbec **nezasahuje**. **Jedna** pacientka označila možnost, že vždy a **jedna** pacientka možnost, že jen **výjimečně**.

Vypočítaná procentuální kvalita života dotazovaných žen



Graf č. 40: Procentuální kvalita života

Komentář: Z výše uvedeného grafu vychází, že **46 % (28)** žen se kvalita života pohybuje v rozmezí **26-50 %**. U **28 % (17)** žen se kvalita života pohybuje v rozmezí **51-75 %**. Nízkou kvalitu života, a to **0-25 %**, má přesně **21 % (13)** pacientek. Vyšší kvalitu života v rozmezí **76-100 %** má pouze **5 % (3)** pacientek.

5.4 Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života žen (zkoumaného souboru) s diagnózou močová inkontinence. Kvalita života je pojem, který je vnímán individuálně a každým zcela odlišně. Proto na zodpovězené otázky a celkové výsledky zcela jistě mělo vliv několik faktorů, jako je například typ osobnosti, zdravotní stav, prostředí, životní období, nebo i momentální nálada ženy.

Na základě daného vzorce jsem vypočítala procentuální kvalitu života u každé pacientky. Největšímu počtu žen, a to celkem 46, vyšla kvalita života v rozmezí 25–50 %. 28 žen jsem poté zařadila do rozmezí 51–75 %, což už se dá považovat za slušnou kvalitu života. Pouze u 5 pacientek se dá říci, že je jejich kvalita života velmi dobrá, jelikož se řadí od 76 % a výš. 21 zbylých pacientek jsem zařadila do hodnot pod 25 %, u kterých bych zhodnotila kvalitu života jako nedostačující. Předpokládala jsem, že největší počet žen bude mít kvalitu života aspoň nad 50 %, což mi výsledky vyvrátily. Průměrná kvalita života respondentek se rovná hodnotě **35, 7 %**, což je dle mého názoru velmi nízké číslo. Výsledky jsem porovnala s diplomovou prací Kůrkové (2007), ve které taktéž vyšel největší počet žen s kvalitou života pod 50 %, a kvalitu života nad 80 % udává v její práci pouze 3 % žen. Je třeba zmínit, že diplomová práce je již 13 let stará a soubor zkoumaných žen se liší počtem.

Výpočet procentuální kvality života byl založen pouze na hodnotách standardizovaného dotazníku a nebyly v něm zohledněny demografické proměnné, které by při hodnocení mohly mít velký vliv.

Dílčí cíl č. 1: Vyhodnotit, jaký typ inkontinence se vyskytuje nejvíce.

Nejpočetnější skupinou v počtu 39 (59 %) byly ženy, které trpí inkontinencí stresovou. Přesně polovina z nich, tedy 18 žen (29, 5 %) udala inkontinencí urgentní. Zbylých 11, 5 % žen udala inkontinencí jiného typu. Tento výsledek se shoduje s mnohými zdroji, jelikož stresová inkontinence je považována za typ inkontinence, který se u žen vyskytuje nejvíce. Podle Horčičky (2017) je to přes 50 % všech případů močové inkontinence.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje věk močovou inkontinencí v souvislosti s typem.

Zkoumaným souborem byly ženy starší 40 let, kde jsem dále věk rozdělila do čtyř podskupin. Ve věkové kategorii 40-50 let bylo 29, 5 % žen. V této věkové kategorii udalo

největší počet žen stresovou inkontinencí. Vzhledem k nižšímu věku a zkoumanému souboru žen, které jsou v ambulantní péči odborníků z oblasti gynekologie, by se mohlo jednat o pacientky, u kterých během porodu nebo těsně po něm došlo k uvolnění svalů pánevního dna, což je primární příčinou vzniku tohoto typu inkontinence. Ve věkové kategorii 51-60 let bylo 20 % žen, které zaznamenaly největší počet pacientek s urgentní inkontinencí. S ohledem na věk by se mohlo jednat o ženy, které prochází menopauzou. Tento fakt je objasněn v literatuře od Čermáka (2003), ale i od Horčičky (2017), kteří popisují, že menopauza je spojena s úbytkem estrogenů a atrofií sliznic orgánů zásadních pro vznik inkontinence. Ke stejnému výsledku a tvrzení došla ve své diplomové práci Frydrychová (2013). Ve věkové kategorii 61-70 let se celkem sešlo 29, 5 % žen. Stresová a urgentní inkontinence se v této kategorii vyskytovala téměř ve stejném počtu a to, 8 a 7 žen. Jelikož byl rozdíl pouze v jedné respondentce, nebudu tento výsledek dále vyhodnocovat. Počet odpovídajících ve věku 71 a více, bylo 21 % a počet žen se stresovým a urgentním typem inkontinence vyšel opět téměř nerozhodně, a to v počtu 8 a 5. Podle Khruta (2011) u stresového typu prevalence s věkem stoupá, s čímž se mé výsledky neshodují, a u urgentního typu je výskyt rovnoměrný, s čímž se podle mých výsledků ztotožňuji.

Na základě těchto výsledků jsem došla k závěru, že neexistuje až tak významná souvislost mezi věkem a typem inkontinence a zároveň neexistuje přímá souvislost mezi věkem a vznikem inkontinence celkově. Avšak nutno podotknout, že věk je jedním z významných RIZIKOVÝCH faktorů (Horčička, 2017).

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda má vzdělání vliv na vznik močové inkontinence.

Největší počet žen, a to 33 % jsou středoškolsky vzdělané s maturitou. Následuje počet 23 % žen, které jsou vyučeny, ale bez maturity. Téměř ve stejném počtu byly zastoupeny ženy pouze se základním vzděláním a ženy s vyučením a maturitou. Nejmenší počet žen, a to 13 % jsou vysokoškolsky vzdělané. Na základě výsledků mého výzkumu konstatuji, že neexistuje žádná spojitost mezi stupněm vzdělání a vznikem inkontinence. Stejně jako jakékoli jiné onemocnění, ani inkontinence si nevybírá. Tak, jako může být inkontinentní žena se základním vzděláním, může být inkontinentní žena, která vystudovala vysokou školu. Rozdíl by však mohl nastat například v informovanosti o problematice močové inkontinence, nebo ve vnímání a hodnocení své individuální kvality života. Ukazuje se, že ženy s vyšším vzděláním by byly pravděpodobně více informovány (z vlastní iniciativy a zájmu) a mají nastaveny jiné hodnoty týkající se kvality života než ženy méně vzdělané.

Mé domněnky se shodují s Frydrychovou (2013), která také stupeň vzdělání nespojuje s vlivem na vznik inkontinence.

Dílčí cíl č. 4: Zhodnotit, jakou léčebnou terapii ženy využívají nejvíce.

Největší zastoupení, co se týče léčebné terapie, mělo používání inkontinenčních pomůcek (vloček, plen, kalhotek). Na druhém místě ženy označily, že se snaží posilovat svaly pánevního dna. Užívání farmakoterapie volily ženy až na předposledním místě. Na posledním místě k mému překvapení skončila možnost chirurgické operace. Dovolím si citovat autora Genadryho (2013), který ve své literatuře uvádí, že nejvhodnější je začít s neinvazivními metodami, jako je například používání inkontinenčních pomůcek nebo posílení svalů pánevního dna, a pak teprve dle závažnosti stavu přejít na jiné metody (invazivní, chirurgické). To je nejspíš objasnění, proč takto mé výsledky dopadly. Na základě vyhodnocených údajů se i v mém šetření potvrdilo, že odborníci zabývající se močovou inkontinencí, postupují podle doporučení. Volí tedy nejdříve konzervativní přístup a v poslední řadě doporučují svým pacientkám chirurgickou léčbu. Samozřejmě léčebná terapie závisí na typu inkontinence, stupni inkontinence, ale také věku pacientky, a proto je zvolená metoda velmi individuální. Chtěla bych podotknout, že například u pacientek s nižším věkem je pohodlnější a účinnější chirurgická operace a u pacientek s vyšším věkem se volí konzervativní přístup.

Dílčí cíl č. 5: Vyhodnotit jednotlivá tvrzení z bio-psycho-sociální oblasti života žen.

V následující části diskuze zhodnotím a porovnáám vybraná tvrzení, které jsou uvedeny ve standardizovaném dotazníku I-QOL, který hodnotí kvalitu života v bio-psycho-sociální rovině pacientek. Tato tvrzení jsou dle mého názoru důležitým ukazatelem a měřítkem kvality života a jsou také zhodnoceny v jiných závěrečných pracích, či odborné literatuře.

Obavy z kýchání a kašle uvedlo 22 % žen a to velmi, silně, vždy. 43 % žen označilo, že se obávají kašlat nebo kýchat dost často. Dále se počet odpovědí stále snižuje. V porovnání s diplomovými pracemi Kůrkové (2007) a Frydrychové (2013), jsem došla ke stejným výsledkům. Nutno podotknout, že nejvíce tyto obavy mají pacientky trpící inkontinencí stresovou. Stresová inkontinence je totiž způsobena oslabenými svaly pánevního dna a právě při kašlání nebo kýchnutí se zvýší nitrobřišní tlak, který překoná tlak močového měchýře, a tím dojde k samovolnému úniku moči (Čermák, Pacík, 2006). Zvýšení nitrobřišního tlaku by mohlo souviset i s tím, že se ženy obávají po delší době sezení vstát. To v mých výsledcích ale potvrzeno nebylo, jelikož největší počet žen označilo možnost, že se postavit nebojí.

Možné vysvětlení je takové, že pacientky používají vhodné inkontinenční pomůcky, které moč bez obav zachytí, protože únik moči při postavení není tak velký.

Deprese souvisí s močovou inkontinencí. Třetina žen zaznamenala prostřední možnost a to, že se depresivně cítí občas, někdy. 20 % žen se cítí depresivně vždy, velmi a pouhých 10 % žen žádné deprese neudalo. Depresivní nálada velmi úzce souvisí se samotnou sociální stránkou dané ženy. Už jen to, že nějaké pocity deprese zažívá a je jedno, v jaké míře, může nadále ovlivňovat její psychický stav. Může ho i zhoršit. S depresemi přichází smutek, pocity úzkosti, sociální izolace, poruchy spánku až existenciální frustrace (Kůrková, 2007). Z mého vyhodnocení také vyplývá, že 30 % žen má časté myšlenky na únik moči, 31 % má myšlenky občas. Domnívám se, že čím více ženy na únik moči myslí, tím větší je pravděpodobnost vzniku deprese. Také 38 % žen označilo, že jim únik moči občas ubírá radost ze života a 30 % žen označilo, že jim inkontinence ubírá radost ze života často. Opakem radosti je smutek, který ženy při úniku pociťují. Smutek jde téměř ruku v ruce s depresí. Shodují se tedy s Kůrkovou (2007) i s Frydrychovou (2013) a také se přikláním k názoru, že problematika inkontinence je možnou a velmi závažnou příčinou vzniku deprese a jiných psychických onemocnění.

Velký počet žen, a to 28 % udalo, že dost špatně snáší omezení zájmů a aktivit. 26 % žen to špatně snáší jen někdy a 25 % žen omezení aktivit snáší velmi špatně. Je to dané tím, že ženy musí v souvislosti s inkontinencí omezit aktivity, zájmy a denní činnosti, na které byly dříve zvyklé, jelikož se bojí nechtěného úniku moči. To samozřejmě vede opět k sociální izolaci, frustracím, depresím, ale například i k obezitě snížením fyzické aktivity. Je zřejmé, že obezita je dalším významným rizikovým faktorem úniku moči a problémy by se tak dále mohly zhoršovat (Horčíčka, 2017). Další důležitou poznámkou je fakt, že omezení zájmů a aktivit udaly pacientky se stresovou inkontinencí, jelikož fyzická aktivita i námaha, jak jsem uvedla výše, souvisí se zvýšením nitrobřišního tlaku, a to způsobí samovolný únik moči.

Další obavy souvisí s věkem. A sice tak, že se pacientky obávají, že se jejich problém s věkem zhorší. Největší počet žen, a to 39 % si to myslí velmi. Hned na druhém místě si to 30 % žen myslí často. Frydrychová (2013) je na tom se svými výsledky o trochu lépe, jelikož jen 10 % žen uvádí možnost velmi a 35 % žen si to myslí často. Výše jsem již uvedla, že věk je rizikovým faktorem pro vznik inkontinence, avšak není tak úplně její příčinou. Inkontinence u žen může vzniknout v jakémkoliv věku. Myslím si, že problémy s únikem

moči se stoupajícím se věkem můžou zhoršit například nevhodnou nebo nevhodnou léčbou, či laxním přístupem samotné pacientky.

Inkontinence není obtíž jen přes den, ale i v noci. Kvůli inkontinenci se pacientky často v noci probouzí a musí na záchod. 26 % patientek udalo, že je časté noční buzení dost obtěžuje. Dalších 25 % patientek poté udalo, že je noční vstávání obtěžuje jen někdy. 18 % patientek má problém v noci vždy vstát na WC. Myslím si, že noční buzení kvůli WC může způsobovat poruchy spánku, které následně vedou k časté únavě, frustracím, úzkostem apod. S tematikou nočních návštěv toalet souvisí i jeden typ inkontinence, a to enuréza neboli noční pomočování (Čermák, Pacík, 2006), což ale v mém výzkumu nehrálo žádnou roli a stojí pouze za zmínku.

Otázka sexuálního života je dalším důležitým měřidlem kvality života. Mé výsledky byly celkem překvapivé, jelikož odpovědi nebyly vůbec jednohlasné. Největší počet žen, a to 28 % uvedlo, že únik moči do jejich sexuálního života vůbec nezasahuje. O něco méně, a to 26 % žen naopak uvedlo, že únik moči do jejich sexuálního života zasahuje dost často. Možné je, že ženy, kterým únik moči do sexuálního života nezasahuje, podstoupily již operativní léčbu inkontinence, nebo jejich samovolný únik moči není tak silný. Dalším důvodem může být, že ženy, které označily možnost vůbec, sexuálním životem již nežijí. Je ale jisté, že únik moči jistou mírou do každého sexuálního momentu zasáhnout může. Jak již ve své práci uvedla Kůrková (2007): Nechtěné úniky moči negativně ovlivňují sexuální život. Dle cílených studií je inkontinence moči při pohlavním styku častější, než je uváděno, což následně vede k různým sexuálním dysfunkcím. Žena je tedy limitována jak výběrem partnera, tak frekvencí pohlavních styků.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala tématikou Kvality života žen s močovou inkontinencí. Práce byla rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem pomocí odborné literatury objasnila problematiku kvality života a uvedla odborné informace týkající se močové inkontinence. V empirické části jsem sestavila hlavní a dílčí cíle, popsala způsob, jakým jsem výzkum provedla, a nakonec vyhodnotila dotazníkové šetření. Veškeré důležité poznatky jsem okomentovala v diskuzi.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je kvalita života žen, které se potýkají s močovou inkontinencí. Dle výsledků je nutno zmínit, že kvalita života dotazovaných žen, vyšla u největšího počtu v podprůměrných hodnotách. Je tedy patrné, že močová inkontinence život postižených ovlivňuje velmi negativně.

Dílčí cíle jsem stanovila na základě doplňujících otázek ohledně věku, vzdělání a dosavadní léčebné terapie. Na základě vyhodnocených výsledků jsem zjistila, že věk a vzdělání nemají přímou souvislost se vznikem močové inkontinence. Cílem bylo také zjistit nejvyužívanější léčebnou terapii pacientek, kterou se stala konzervativní terapie pomocí využívání inkontinenčních pomůcek. Poslední dílčí cíl se opíral o tvrzení ze standardizovaného dotazníku, která ukázala bio-psycho-sociální roviny života dotazovaných pacientek.

Na základě stanovených cílů jsem zjistila, že močová inkontinence ženy omezuje ve všech třech rovinách. Ovlivňuje fyzický stav ženy a to v souvislosti s omezením některých zájmů a aktivit. Ovlivňuje psychický stav ženy v podobě úzkostí a depresí, úbytku radosti ze života a rušení spánkového režimu. V poslední řadě zasahuje do jejího sexuálního a intimního života.

Stanovené cíle byly splněny, a tak doufám, že mohou být v budoucnu využity k porovnání výsledků dalších výzkumných šetření bakalářských a diplomových prací, které se budou zabývat problematikou kvality života žen s močovou inkontinencí.

Anotace

Autor:	Eliška Seifertová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života žen s močovou inkontinencí
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	105
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	kvalita života, močový systém, inkontinence moči, ošetřovatelská péče

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života žen s močovou inkontinencí. Teoretická část objasňuje, co znamená kvalita života, jak je definována, co ji vymezuje, jak a čím se měří právě kvalita života s močovou inkontinencí. Následně obsahuje základy anatomie a fyziologie ženského močového ústrojí. Dále vysvětluje problematiku močové inkontinence, charakterizuje základní pojmy, uvádí rizikové faktory a příčiny vzniku inkontinence, rozděluje typy inkontinence, popisuje specifické diagnostické metody a možnosti léčby a prevence. Poslední část teoretické části je věnována ošetřovatelské činnosti a přístupu sestry k péči o inkontinentní pacientku, včetně její edukace.

Empirická část je tvořena kvantitativním průzkumem a zabývá se vyhodnocením výsledků standardizovaného dotazníku I-QOL. Zkoumaný soubor tvořily pacientky s diagnózou močová inkontinence, které docházely do poradny pro inkontinenci, nebo byly hospitalizovány na oddělení operační gynekologie ve fakultní nemocnici. Výsledky šetření poukázaly na skutečnost, že inkontinence bezesporu ovlivňuje bio-psycho-sociální oblasti života ženy.

Annotation

Author:	Eliška Seifertová
Institution:	Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	The quality of life of women with urinary incontinence
Supervisor:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages:	105
Number of appendices:	5
Year of defense:	2020
Keywords:	quality of life, urinary system, urinary incontinence, nursing care

The bachelor's thesis deals with the quality of life in women with urinary incontinence. The theoretical background section of the thesis defines the quality of life in general, elaborating on ways quality of life is measured specifically in urinary incontinence sufferers. This section also describes the basic anatomy and physiology of the female urinary system and explores the key facts and terms related to urinary incontinence, its risk factors and causes. It also focuses on types of incontinence, specific diagnostic methods and available options for treatment and prevention. The final part of the theoretical section addresses nursing care activities and the approach of the nurse to a patient suffering from incontinence, as well as educating the patient.

The research section is based on a quantitative survey and evaluates the results of a standardized questionnaire I-QOL which was distributed within a research sample of female patients diagnosed with urinary incontinence. The patients were either using the outpatient incontinence advisory service or were hospitalized in the surgical gynaecology department at a university hospital. The findings have shown that incontinence has obvious impacts on the bio-psycho-social aspects in women's lives.

Seznam použité literatury

COCKS, E. 2002. Evaluation of quality in learning disability services. In Race, D. (ed.). *Learning Disability: A Social Approach*. London: Routledge, pp. 118-136.

ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 119 s. 2006. ISBN 80-7254-875-1.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup: péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči*. Praha, 17 s. ČAS/PP/0001/2009, verze č.2

DUGAN F, Cohen SJ, Robinson D et al The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *QualLife Res* 1998; 7: 337–344.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 312 s. 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.

FERRANS, C. E., POWERS, M. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 1995, Vol. 3, No. 17.

FRYDRYCHOVÁ, Klára. *Kvalita života žen s inkontinencí moči*. Pardubice, 2013. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií

GALAJDOVÁ, Lenka. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. Praha: Grada, 96 s. 2000. Strom života. ISBN 80-7169-950-0.

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 166 s. 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HAASE, J. E., BRANDEN, J. B. Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In King, C. R., Hinds. P. S. *Quality of life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practise. Research*. Second edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2003.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 239 s. 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 181 s. 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.

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

JOYCE, C. R. B., HICKEY, A., MCGEE, H. M., OBOYLE, C. A. A theory – based method for the evaluation of individual quality of life: TheSEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003., Vol. 12.

KITTAR, Otomar, et al. *Lékařská fyziologie*. 790 s. 2011. Grada, Praha: 1. vydání. ISBN 978-80-247-3068-4.

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

KŮRKOVÁ, Daniela. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí v seniorském věku* [online]. Brno, 2008 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/cavad/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natálie Beharková.

MARTAN, Alois. *Nové operační postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen.* Praha: Maxdorf, 2011, 177 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-233-9.1.

MÍČKOVÁ, Iveta. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu.* [online]. Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický, Moravský Beroun. [cit. 2009-12-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osetrovatelskeho-procesu-448627>

MICHALSKÝ, Rudolf a David MÍKA. *Urologie pro studující ošetrovatelství.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, 106 s. 2011. ISBN 978-80-7248-676-2.

MURGAŠ, F. *Regionálnadiferenciácia kvality života na Slovensku.* *Regionální studia*, roč. 2., č. 2, 2008, s. 13-21, ISSN 1803-1471. Český recenzovaný časopis

OTČENÁŠEK, M.: *Funkce a struktura dolního močového traktu a pánevního dna u žen – využití moderních zobrazovacích metod se zaměřením na ultrazvuk a magnetickou rezonanci.* Kandidátská dizertační práce, Praha 2001

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví.* V Praze: Triton, 629 s. 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PETRÁŠOVÁ, Romana. Role sestry v záhytu inkontinence. [online]. Urologická ambulance, Thomayerova nemocnice: Praha [cit. 2012-05-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-zachytu-inkontinence-464799>

ŠIMKOVÁ, E (2007). Analýza kvality života a úloha venkovské turistiky. In: Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice. Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference 13. – 14. 9. 2007, VŠE, Praha, CD rom.

TIMORACKÝ, M. (2002): Kvalita života. In: Gál, F., Mesežnikov, G., Kollár, M. eds.: *Víziavývoja SR do roku 2020*. Veda, Bratislava.

VEENHOVEN, R. Thefourqualitiesoflife. Orderingconcepts and measuresofthegoodlife. *JournalofHappinessStudies*, 2000, Vol. 1.

ZACHOVAL, Roman a kol. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 6, s. 286-296. ISSN 1213-1768

WIKI a kol. Jak provádět Kegelovy cviky [online]. Dostupné z: <https://www.wikihow.cz/Jak-provádět-Kegelovy-cviky#>

ZIKMUND, Jiří. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8. s. 125


Seznam grafů

Graf č. 1: Typ močové inkontinence	42
Graf č. 2: Věková kategorie respondentek	43
Graf č. 3: Typ inkontinence v souvislosti s věkovou kategorií.....	44
Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	45
Graf č. 5: Typ inkontinence v souvislosti se vzděláním.....	46
Graf č. 6: Rodinný stav respondentek	47
Graf č. 7: Doba trvání potíží s únikem moči.....	48
Graf č. 8: Typ inkontinence v souvislosti s dobou trvání potíží	49
Graf č. 9: Dosavadní léčebná terapie močové inkontinence.....	50
Graf č. 10: Obavy z neschopnosti dojít včas na WC.....	51
Graf č. 11: Obavy z kašle a kýčání.....	52
Graf č. 12: Obavy z kašle a kýčání v souvislosti s typem inkontinence	53
Graf č. 13: Strach z postavení se po delším sezení	54
Graf č. 14: Myšlenky na umístění WC v novém prostředí.....	55
Graf č. 15: Deprese z nechtěného úniku moči	56
Graf č. 16: Typ inkontinence v souvislosti s depresí z úniku moči	57
Graf č. 17: Pocit nejistoty při delším pobytu mimo domov	58
Graf č. 18: Špatné snášení omezení zájmů a aktivit.....	59
Graf č. 19: Typ inkontinence v souvislosti se špatným snášením omezení zájmů a aktivit.....	60
Graf č. 20: Obavy z rozpoznání lidmi zápach moči čichem.....	61
Graf č. 21: Neustálé myšlenky na únik moči.....	62
Graf č. 22: Chopení pro jistotu na WC	63
Graf č. 23: Typ inkontinence v souvislosti s chozením pro jistotu na WC	64
Graf č. 24: Negativní pocit z plánování činností s ohledem na umístění WC.....	65
Graf č. 25: Strach ze zhoršení problémů se stoupajícím věkem.....	66
Graf č. 26: Typ inkontinence v souvislosti se strachem ze zhoršení problému věkem.....	67
Graf č. 27: Rušení spánku kvůli nočnímu močení	68
Graf č. 28: Typ inkontinence v souvislosti s rušením spánku kvůli nočnímu močení.....	69
Graf č. 29: Pocit trapnosti a studu kvůli úniku moči.....	70

Graf č. 30: Pocit nedokonalosti kvůli úniku moči.....	71
Graf č. 31: Přesvědčení, že léčba bude účinná.....	72
Graf č. 32: Typ inkontinence v souvislosti s přesvědčením o účinné léčbě.....	73
Graf č. 33: Menší radost ze života kvůli úniku moči	74
Graf č. 34: Obavy ze spatření skvrn na oblečení ostatními lidmi.....	75
Graf č. 35: Úzkost z neovládnutí močení	76
Graf č. 36: Kontrola množství vypitých tekutin	77
Graf č. 37: Omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči.....	78
Graf č. 38: Zásah úniku moči do sexuálního života.....	79
Graf č. 39: Typ inkontinence v souvislosti se zásahem úniku moči do sexuálního života	80
Graf č. 40: Procentuální kvalita života	81

Přílohy

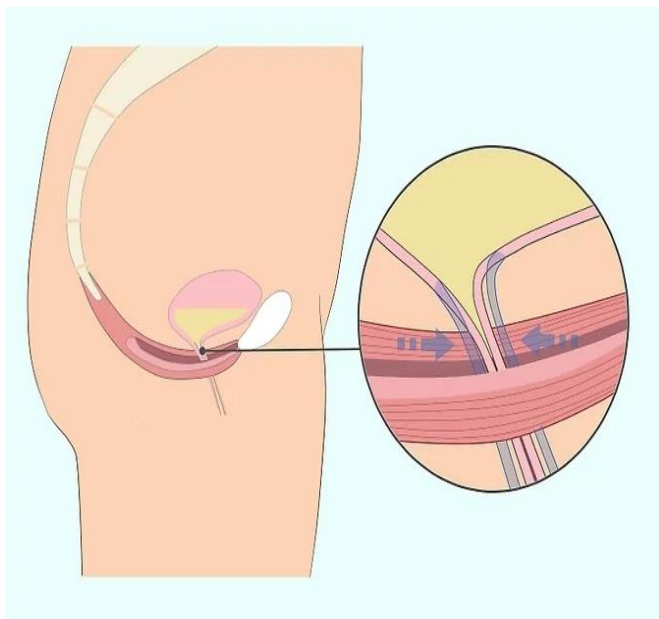
Příloha A – mikční deník



2. den

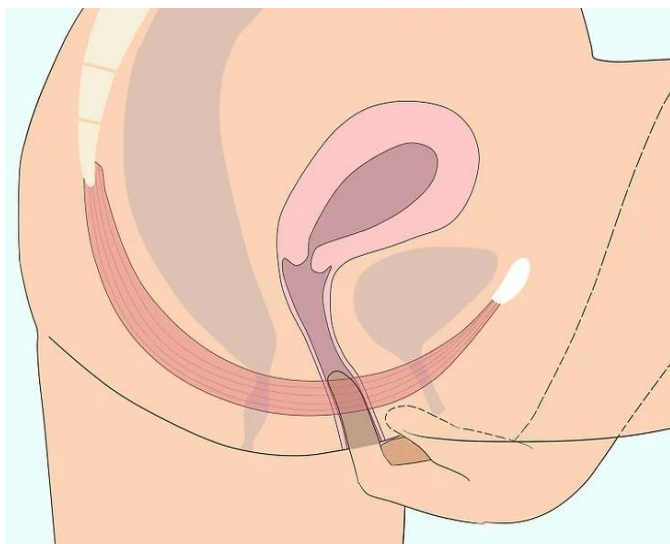
Datum:	Co jste pil(a)? Jaké množství?	Každé močení, ke kterému došlo, zaznamenejte zaškrtnutím políčka v řádku odpovídajícího časového rozmezí. Celkový počet запиšte do spodního řádku.	Každý pocit silného, nepřekonatelného nucení na močení zaznamenejte zaškrtnutím políčka v řádku odpovídajícího časového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

Příloha B – Kegelovy cviky

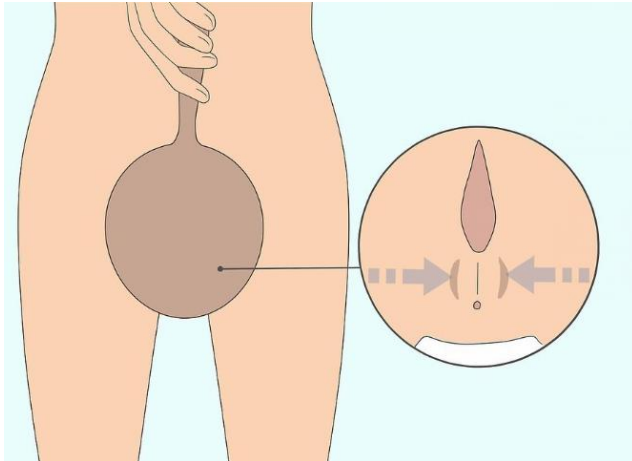


Svaly pánevního dna najdete tak, že jejich stažením zastavíte středně silný proud moči. Než se pustíte do Kegelových cviků, je důležité si uvědomit, kde se vaše svaly nacházejí. Jsou to ty, které podpírají pánevní dno. Když vůlí zastavíte proud moči, právě jste provedli úplně nejzákladnější ze sady Kegelových cviků. Povolte a nechte moč znovu proudit, abyste si lépe uvědomili polohu Kegelových svalů. Než začnete pravidelně cvičit

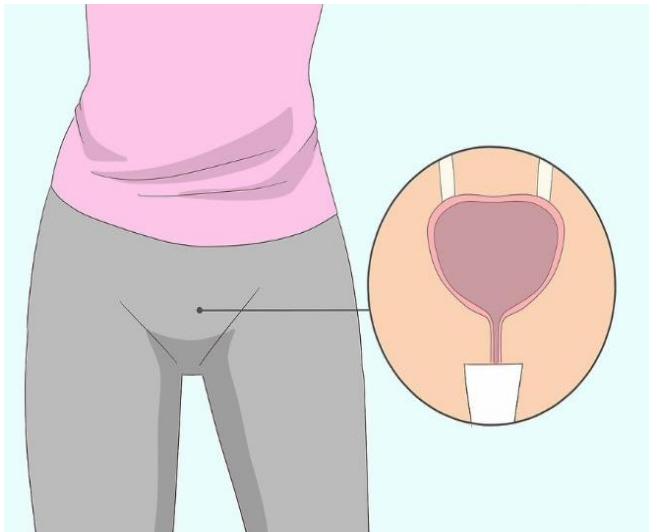
Kegelovy cviky, vždy se poraďte s lékařem, máte-li nějaké zdravotní obtíže, které by mohlo cvičení nepříjemně ovlivnit.



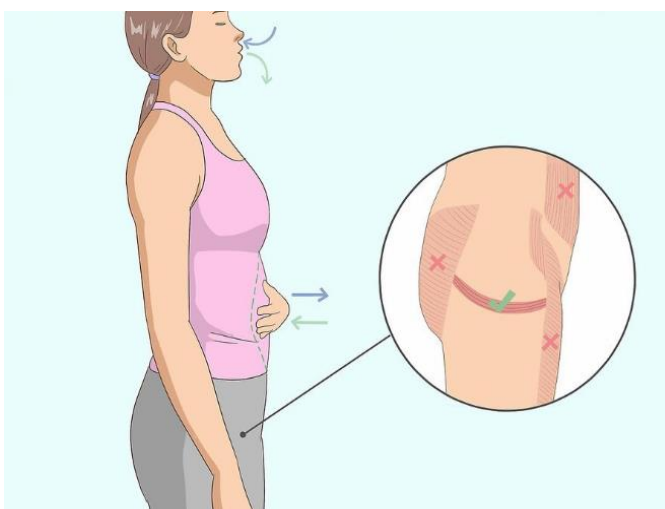
Pokud máte stále ještě potíže Kegelovy svaly najít, vsuňte si prst do pochvy a snažte se jej pevně stisknout. Měla byste cítit, jak se svaly zatínají a jak se celé pánevní dno pohybuje. Povolte a ucítíte, jak se svaly vrací zpět do původní polohy. Než si vsunete prst do pochvy, umyjte si ruce.



Pomozte si při hledání Kegelových svalů zrcátkem. Pokud se vám stále nedaří Kegelovy svaly najít, dejte si zrcátko naproti hrázi, což je místo mezi konečníkem a pochvou. Zatínejte a povolujte svaly. Pokud to uděláte správně, uvidíte, jak se s každým zatnutím hráz pohybuje.



Než začnete s Kegelovými cviky, nezapomeňte si vyprázdnit močový měchýř. Je to velmi důležité. Necvičte s plným nebo z poloviny plným močovým měchýřem, cvičení pak může být bolestivé, a dokonce může dojít i k úniku moči. Před cvičením se ujistěte, že máte močový měchýř prázdný, abyste mohli cvičení provádět nejefektivněji.



Soustřed'te se na to, abyste zatínali pouze svaly pánevního dna. Kegelovy cviky by se měly soustředit pouze na tuto svalovou skupinu. Snažte se nezapojoval jiné svaly, jako například hýžd'ové, břišní nebo zádové, jen tak dosáhnete nejlepších výsledků. K lepšímu soustředění pomáhá pravidelné dýchání při cvičení – v žádném případě

nezadržujte dech. Lépe se tak uvolníte a ze cvičení vytěžíte maximum.



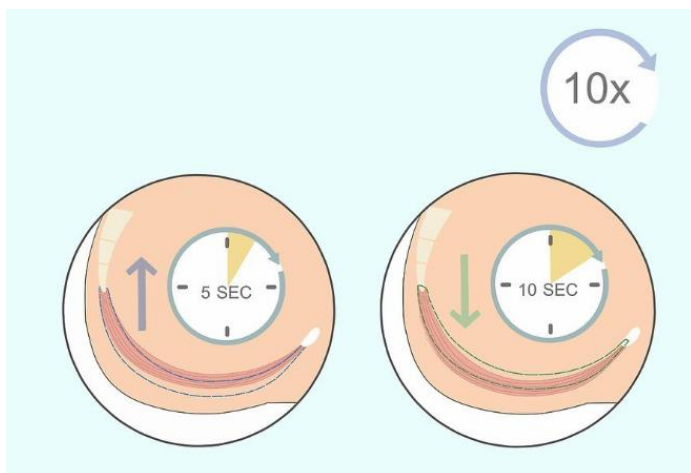
Cvičte v pohodlné pozici. Kegelovy cviky můžete provádět vsedě na židli nebo vleže na podlaze. Pozor, aby vaše hýžděové a břišní svaly byly uvolněné. Pokud ležíte na podlaze, měli byste ležet naplocho na zádech, s rukama podél těla a pokrčenými koleny. Nenaklánějte hlavu, abyste si nenatáhli krční svaly.



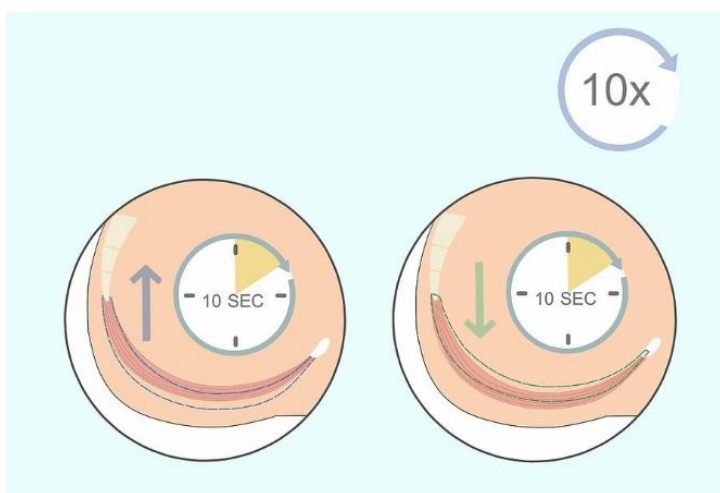
Na pět vteřin svaly pánevního dna zatněte. Pro začátečníky je to nejvhodnější cvičení. Nechcete si svaly natáhnout tím, že je budete držet zaťaté příliš dlouho. Pokud je na vás i 5 vteřin příliš, zkuste to napoprvé pouze 2-3 vteřiny.



Na deset vteřin svaly povolte. Než cvik zopakujete, měli byste svalům dopřát 10 vteřin odpočinku. Tak se uvolní a nebudou vás po cvičení bolet. Než se pustíte do dalšího opakování, napočítejte do deseti.



Zopakujte cvik desetkrát. To je jedna série Kegellových cviků. Pokud jste začali cvičení stahováním svalů pánevního dna na 5 vteřin, pak je pokaždé zatínejte na 5 vteřin, na 10 uvolněte a celé to zopakujte desetkrát. Celou jednu sérii Kegellových cviků opakujte přibližně 3-4x denně, v různou dobu. Necvičte jich víc!



Postupně se vypracujte natolik, že udržíte svaly pánevního dna zatřáté po dobu 10 vteřin. Každý týden při cvičení vteřinu přidávejte. Není zapotřebí udržet svaly napjaté delší dobu, ani dělat pokaždé víc než jednu sérii. Až se k tomu magickému číslu 10 dostanete, pokračujte nadále v 3-4x denně

jednou sérií 10 vteřin stažení, 10 vteřin uvolnění.

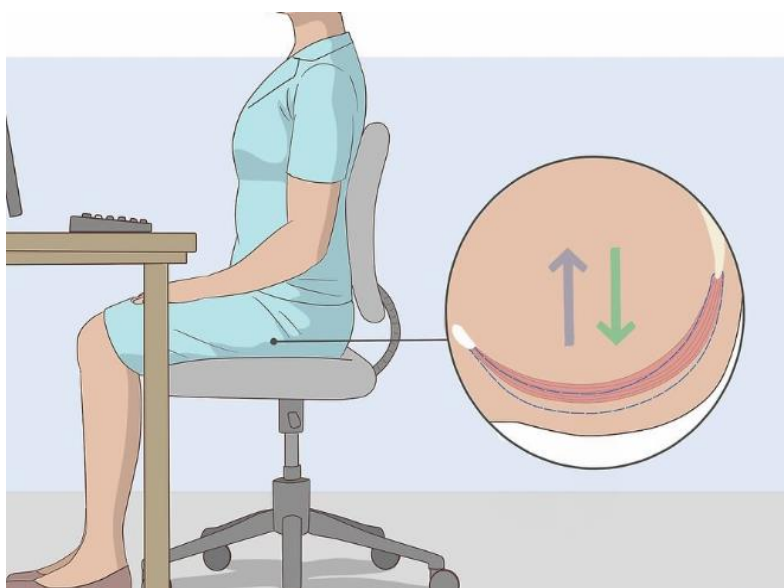


Vyzkoušejte vtažené Kegellovy cviky. Je to jejich další varianta. Abyste dokázali tento cvik, představte si své pánevní svaly jako vakuovou pumpu. Zpevněte hýždě, zvedněte nohy nahoru a pak dovnitř. Vydržte v této poloze 5 vteřin a pak povolte. Opakujte desetkrát za sebou. Celá

série cvičení by vám měla zabrat asi 50 vteřin.



večer, kdykoliv budete mít chvíli volno. Nemusíte si přesně do minuty plánovat, kdy je budete cvičit.



důležité se uvelebit ve správné pozici a na svaly pánevního dna se soustředit, jakmile si provádění Kegelových cviků osvojíte, bude pro vás hračka cvičit kdekoliv.

Cvičte Kegelovy cviky 3-4x denně. Pokud chcete výsledky opravdu vidět, budete je muset zařadit do každodenního života. 3-4x denně se cvičení dá zvládnout, protože jedna série Kegelových cviků trvá nanejvýš pár minut a tak není příliš těžké si na ně najít trochu času. Můžete je jednoduše provádět ráno, odpoledne a

Zapojte Kegelovy cviky do svých zdravých návyků.

Nejlepší na jejich cvičení je to, že je můžete provádět, aniž by to kdokoliv věděl. Můžete klidně cvičit, když sedíte v kanceláři za stolem, když jste na obědě, nebo když relaxujete na gauč po náročném pracovním dni. I když je pro začátečníky velmi

Příloha C – souhlas hlavní sestry s výzkumem

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
Hradec Králové 50005

V Hradci Králové 15. 10. 2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Porodnicko – gynekologické klinice (oddělní operační gynekologie a urogynekologická poradna) ve FNHK

Vážená paní magistro Vaňková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Elišky Seifertové, narozené 9. 11. 1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové na téma *Kvalita života ženy s močovou inkontinencí*.

Cílem této práce je zjistit, jak močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života ženy a jaký má vliv na bio-psycho-sociální stránku. Součástí práce je i objasnění pojmů kvalita života, inkontinence a její následná terapie, ošetrovatelská péče a edukace pacientky.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, PhD., vedoucí oddělení Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Eliška Seifertová
Jiráskova 263
Hradec Králové 50004

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 16. 10. 2019

Podpis a razítko


Mgr. Dana Vaňková

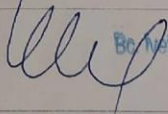
FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha D – souhlas vrchní sestry s výzkumem



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

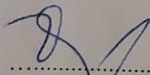
Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

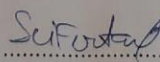
Příjmení a jméno studenta, titul:	Eliška Seifertová
datum narození:	9. 11. 1996
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Jiráskova 263, Hradec Králové 50004
telefonní kontakt:	732758617
e-mail:	Eliska.seifertova@seznam.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	bakalářská
Téma:	Kvalita života žen s inkontencí
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	60-70
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	Porodnicko – gynekologická klinika FNHK
Metodika výzkumu:	anonymní dotazník
Období výzkumu (od – do):	15. 10. 2019 – 30. 4. 2020
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno:	Bc. Iveta Liebichová
Pozice:	vrchní sestra
Razítko a podpis:	 Bc. Iveta Liebichová FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ Klinika porodnická a gynekologická

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe – výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 15. 10. 2019

Podpis žadatele:


.....
Vedoucí práce


.....
Student

Příloha E – dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Eliška Seifertová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetřovatelství v oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové. Píši bakalářskou práci na téma *Kvalita života žen s močovou inkontinencí* a součástí mé práce je i následující dotazník. Na základě všech odpovědí vyhodnotím, jakým způsobem inkontinence zasahuje do Vašeho života. Tímto bych Vás chtěla poprosit o chvíli času a o pomoc s vyplněním. Dotazník je anonymní a získané informace použiji pouze v mé výzkumné části, proto prosím o co nejpravdivější odpovědi.

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PŘI MOČOVÉ INKONTINENCI – I-QOL

1. Kolik Vám je let?
 - a) 40 – 50
 - b) 51 – 60
 - c) 61 – 70
 - d) 71 – 80

2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
 - a) základní
 - b) vyučena, bez maturity
 - c) vyučena s maturitou
 - d) úplné středoškolské s maturitou
 - e) vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) vdaná
 - b) svobodná
 - c) rozvedená
 - d) vdova

4. Jak dlouho trpíte potížemi s močí?
 - a) méně než 1 rok
 - b) 1 – 3 roky
 - c) 4 – 5 let
 - d) 5 a více let

5. S jakým typem inkontinence se potýkáte?
 - a) stresová
 - b) urgentní

- c) reflexní
- d) jiná (poporodní, poúrazová), uveďte

6. Jaká byla Vaše dosavadní terapie? (můžete označit i více odpovědí)

- a) operace
- b) farmakoterapie
- c) rehabilitace pánevního dna
- d) používání inkontinenčních pomůcek
- e) jiná, uveďte

7. Prosím zakroužkujte u každé otázky vždy nejvýstižnější odpověď:

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

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