

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽEN S MOČOVOU  
INKONTINENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Kazdová Markéta, DiS.

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, ml.

10.5. 2007

## **ABSTRACT – HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS OF WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE**

The urinary incontinence is defined as involuntary leaks of urine that cause hygienic as well as social problems that can be evaluated objectively.

At present there are many diagnostic methods that can distinguish various types of urinary incontinence and then – the optimal method of treatment can be used. According to the causes and severity of symptoms of urinary incontinence the optimal method of treatment is chosen. The modern medicine offers many good ways to solve the urinary leaks. There are conservative or surgical methods of treatment and according to the women's health status, the optimal method is used.

The aim of the thesis was to evaluate to what degree are women in West Bohemia affected by the urinary incontinence and if they search for help in the beginning of their health problems. The patients' population was formed by 82 women coming from West Bohemia that had problems with the urinary incontinence and that were treated in the specialized out-patient clinic of urogynecology at the Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital in Pilsen. The data were collected using a questionnaire.

Our first hypothesis that women don't search for help in the beginning of their problems was not confirmed. In the questionnaire, 59 % of women stated that they searched for help in time. Our second hypothesis was proved – all women regardless of their age are affected in their personal life by urinary incontinence. Out of the data we obtained it is clear that women regardless of their age are affected by urinary incontinence in their personal life and even though most of them searched for help in time, there are still a high number of those, who find this problem too delicate to search for help in time.

Thanks to our original data, the thesis could help to students of medical and social schools to understand these problems. It could also be used to set the right approach to women with urinary incontinence and to understand their situation. It could also serve to the public - to break the taboos around this problem.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou na téma *Zdravotně sociální problematika žen s močovou inkontinencí* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

Podpis:.....

## **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu práce MUDr. Miloši Velemínskému, ml. za ochotu, poskytnutí informací a cenné rady, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b>	7
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b>	8
<b>1.1. Definice inkontinence</b>	8
<b>1.2. Klasifikace močové inkontinence</b>	8
<b>1.3. Incidence močové inkontinence</b>	9
<b>1.4. Anatomie a fyziologie močového ústrojí</b>	10
<i>1.4.1. Anatomie a fyziologie ledvin</i>	10
<i>1.4.2. Anatomie a fyziologie dolních močových cest</i>	12
<i>1.4.3. Inervace dolních močových cest</i>	13
<i>1.4.4. Fyziologie mikce</i>	14
<b>1.5. Vyšetřovací metody</b>	15
<i>1.5.1. Anamnéza</i>	15
<i>1.5.2. Gynekologické vyšetření</i>	16
<i>1.5.3. Další vyšetřovací metody a testy</i>	17
<i>1.5.4. Laboratorní vyšetření</i>	17
<i>1.5.5. Urodynamické vyšetřovací metody</i>	18
<i>1.5.6. Zobrazovací metody</i>	19
<b>1.6. Způsoby řešení močové inkontinence</b>	19
<i>1.6.1. Konzervativní léčba</i>	20
<i>1.6.1.1. Změna životního stylu</i>	20
<i>1.6.1.2. Gymnastika svalů pánevního dna, trénink močového měchýře</i>	20
<i>1.6.1.3. Elektrická stimulace</i>	21
<i>1.6.1.4. Mechanické a antiinkontinenční pomůcky</i>	22
<i>1.6.1.5. Farmakoterapie</i>	22
<i>1.6.2. Chirurgická léčba</i>	23
<i>1.6.2.1. Přední poševní plastika</i>	24

1.6.2.2. <i>Kolpopexie dle Burche</i>	24
1.6.2.3. <i>TVT</i>	24
<b>1.7. Sociální dopady močové inkontinence</b>	25
<b>1.8. Psychologické aspekty</b>	25
<b>1.9. Prevence</b>	26
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA</b>	27
2.1. Cíl práce	27
2.2. Hypotéza	27
<b>3. METODIKA</b>	28
3.1. Použitá metoda	28
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	28
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b>	29
<b>5. DISKUZE</b>	38
<b>6. ZÁVĚR</b>	45
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	46
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b>	50
<b>9. PŘÍLOHY</b>	51

## ÚVOD

Močová inkontinence je problém, který je velmi úzce spojen s kvalitou života. Jde o stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti a dotýkající se všech oblastí života ženy. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu a dochází tak k poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a k celkové nespokojenosti.

S problémem močové inkontinence se denně setkávám při své praxi na gynekologickém oddělení. Byla jsem překvapena, kolik žen tímto problémem trpí a do jaké míry jsou tímto problémem obtěžovány. Dospěla jsem k názoru, že se jedná o stav, o kterém se příliš nehovoří, i když ženy velmi zatěžuje. Jde o problém intimní, který je i v současné době stále tabuizován. Ženy se o něm stydí hovořit i přesto, že pro ně znamená nejen zdravotní, ale často i sociální a psychologický problém.

Močová inkontinence je spojena s množstvím anatomických a funkčních změn, které však dnešní medicína může ovlivnit a řešit. V současné době existuje řada nových informací o močovém ústrojí a z toho plynou i velké možnosti v oblasti léčby či zmírnění úniku moči. Urogynekologie je obor, který se perspektivně rozvíjí a dává tak šanci více ženám vyřešit jejich problém.

Cílem práce je shrnutí dosavadních informací o močové inkontinenci od anatomie a fyziologie močového ústrojí přes diagnostiku úniku moči až k možným způsobům léčby. Ve výzkumné části bych chtěla zmapovat informovanost žen trpících močovou inkontinencí, zjistit kdy vyhledávají odbornou pomoc a do jaké míry je únik moči obtěžuje.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1. Definice inkontinence moči

Definice inkontinence moči podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci ICS (International Continence Society) zní: „Inkontinence je stav, při kterém mimovolní úniky moče jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné.“ (6)

Mezinárodní společnost pro kontinenci vznikla v roce 1971 na podkladě rychlého rozvoje diagnostiky a léčby inkontinence a poskytuje prostor pro diskuzi v otázkách terminologie a anatomie, neurofyzologie, diagnostiky a léčby inkontinence.

### 1.2. Klasifikace močové inkontinence

ICS doporučila v roce 1973, v zájmu sjednocení diagnostiky a léčby, používat následující rozdělení močové inkontinence (6):

I. extrauretrální inkontinence:

- 1) *Vrozená* – extrofie, ektopický ureter
- 2) *Píštěle* – ureterální, vezikální, uretrální

II. uretrální inkontinence:

- 1) *Urgentní* – mimovolný únik moči spojený se silným nucením k mikci. Je charakterizována spontánní nebo vyprovokovanou kontrakcí močového měchýře během plnicí fáze provázená silným nucením na močení, kterou žena nemůže potlačit. Podle toho, zda je přítomna svalová kontrakce, lze rozdělit tuto urgenci na motorickou (nestabilní detruzor) a senzorickou (hypersenzitivita).
- 2) *Reflexní* – je projevem zvýšené aktivity spinálního mikčního reflexu netlumeného z centrální nervové soustavy.
- 3) *Přepadová, přetlaková, overflow* – retence moči vzniká v důsledku striktury nebo neuropatie a moč odtéká mimovolně z přeplněného močového měchýře. Může být akutní, či chronická.
- 4) *Stresová, pravá, genuiní* – je mimovolní únik moči způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, smích, zvednutí břemene). Je také



označována jako inkompetence uretry. Je to mimovolný únik moči, při kterém intravezikální tlak převyší tlak intrauretrální bez současného stahu svalstva stěny močového měchýře. V etiologii hraje patrně roli dislokace močové trubice z oblasti působení nitrobřišního tlaku, který se pak při svých změnách na ni nepřenáší.

Často se také používá název *smíšená inkontinence* - jedná se o smíšenou formu inkontinence urgentní a stresové. Tvoří 20 – 40% všech inkontinencí.(23)

Močovou inkontinenci lze také dělit dle stupně závažnosti. Často užívané ohodnocení závažnosti inkontinence se řídí dle Ingelmann – Sundberga , který rozlišuje 3 stupně dle úniku moči při pohybu, námaze, vsedě a vleže.

Další možný druh dělení dle stupně závažnosti je na tři typy:

*Typ 0* – žena má v anamnéze únik moči, ale při urogynekologickém vyšetření není únik moči prokázán.

*Typ 1* – únik moči je prokazatelný při urodynamickém vyšetření. Projevuje se únikem moči po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí a při zvedání těžkých břemen.

*Typ 2* – dochází ke zjevnému úniku moči při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci.

*Typ 3* - k úniku moči dochází při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odchází permanentně při chůzi nebo v klidu ve vzpřímené poloze.

### **1.3. Incidence močové inkontinence**

Některé výzkumy ukazují, že téměř 50 procent žen, včetně mladých žen, má během života problém s udržení moči. S přibývajícím věkem se zvyšuje i výskyt inkontinence moči a její příznaky jsou udávány ve 12 - 57 procentech celé populace.(6)

Asi polovinu všech forem inkontinence tvoří čistá stresová inkontinence , ve 20 procentech se vyskytuje stresová inkontinence v kombinaci s urgentní a asi ve 30 procentech je prokázána urgentní inkontinence.

Léčba chirurgická je možná u stresové inkontinence. Urgentní, reflexní a přetlaková je kontraindikací operačnímu výkonu. V případech smíšené inkontinence, jestliže je prokázán větší podíl stresových faktorů, lze operaci provést s menším výhledem na úspěch.

## 1.4. Anatomie a fyziologie močového ústrojí

### 1.4.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledvina (ren, nefros) je párový orgán fazolovitého tvaru o velikosti 12x6x3 cm s elastickou konzistencí. Společně s celým močovým systémem jsou uloženy na zadní ploše břišní dutiny v retroperitoneálním prostoru. Ledviny jsou obaleny tukovým polštářem, který tvoří mechanickou ochranu poměrně křehkého orgánu. Jsou připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu.

Makroskopicky rozlišujeme ledvinu na kůru a dřeň. Dřeň je uspořádána do kuželovitých útvarů, pyramid, kterých je v jedné ledvině 15-20. Do dřeň se zanořuje Henleova klička, kterou prochází sběrný kanálek, jenž odvádí vytvořenou moč do ledvinné pánvičky. Korová vrstva zasahuje i mezi pyramidy a obsahuje asi jeden milión mikroskopických funkčních jednotek ledvin – nefronů.(3)

Každý nefron začíná Bowmanovým pouzdrem (též váčkem), které obklopuje cévní klubičko (glomerulus) a je tvořeno podocyty, což jsou buňky, které jsou spolu těsně spojeny a tvoří ultrafiltr. Bowmanův váček spolu s glomerulem tvoří Malphigické tělísko. Mezi dvěma listy Bowmanova pouzdra se filtruje plazma a odtéká do volně navazujícího proximálního tubulu, který je tvořen jednovrstevným epitelem a dochází v něm k největšímu zpětnému vstřebávání.(21)

Tekutina přefiltrovaná do dutiny Bowmanova váčku se nazývá glomerulární filtrát nebo primární moč. Denně se jí vytvoří asi 170-180 litrů, více než 99 procent přefiltrované tekutiny se v tubulech vstřebává zpět.

Dalším oddílem je Henleova klička, na kterou navazuje sestupné neboli descendentní raménko, a pak se znovu ohýbá a mění se v ascendentní neboli vzestupné raménko a přechází do distálního tubulu, který pokračuje směrem k povrchu ledvin dále do sběrného kanálku a ústí na vrcholu dřeňových pyramid.

Renální tepny odstupují z aorty a dále se větví do nadledvin, do pánvičky a horního úseku močovodu. Před vstupem do ledvin se renální tepna dělí na dvě až tři větve, které zásobují horní, střední a dolní část ledvin. Z drobnějších větví pak odstupuje v kůře ledvin tzv. přívodná céva (vas afferens), která se stáčí do klubička, z

něhož je krev odváděna pomocí odvodné cévy (vas efferens). Odvodné cévy jsou širší, a tak je již anatomicky zajištěno, že je v glomerulu vyšší tlak, který umožňuje filtraci krve.(3)

U zdravého dospělého člověka proteče ledvinami 1300 ml krve za minutu, což je 1700 litrů krve za den. Tento velký průtok ledvinami je důležitý pro jejich funkci. Denně se vytvoří kolem 1,5 – 2 litrů definitivní moči, která je konečným produktem činnosti funkčního ledvinného parenchymu. Množství moči za 24 hodin se nazývá diuréza.

Diuréza je řízena hormonem zadního laloku hypofýzy - antidiuretickým hormonem, který ovlivňuje propustnost vody v distálního tubulu a sběrném kanálku. Dále má vliv na diurézu mineralokortikoid z kůry nadledvin – aldosteron, který primárně působí na vstřebávání sodíkových iontů ve sběrném kanálku a spolu s nimi se znovu vstřebává i voda. V glomerulu je pak filtrace ovlivněna reninem, hormonem, který je produkován ledvinami, a vyvolává smrštění buněk hladké svaloviny přívodné cévy, a tím ovlivňuje filtraci.(3)

Snížené množství moči za 24 hodin se nazývá oligurie a znamená méně než 500 ml moči za 24 hodin. Stav, kdy se moč netvoří nebo jen ve velmi malém množství méně než 100 ml za 24 hodin, nazýváme anurie. A pokud se moči tvoří více než 2 l za den jedná se o polyurii. Množství a složení moči kolísá podle potřeb organismu a je závislé především na množství přijaté tekutiny a typu potravy. Světlá, slámová barva moči je podmíněna močovými barvivy, které vznikají z rozpadajícího červeného krevního barviva.

Mezi hlavní funkce ledvin řadíme funkci vylučovací. Do moči ledviny vylučují látky, kterých je v těle nadbytek, například vodu, draslík, sodík, fosforečnany. Dále i zplodiny látkové přeměny jako je močovina, kyselina močová a kreatinin jako konečné produkty rozpadu bílkovin. Ledviny se účastní zachování stálého vnitřního prostředí organismu (homeostázy), především kyselosti. Dále jsou ledviny žlázou s vnitřní sekrecí produkující hormon renin a erythropoetin, přeměňují vitamín D a podílí se na řízení krevního tlaku.(21)

Definitivní moč je z ledvin odváděna přes ledvinové kalichy (calices renales) a močovody do močového měchýře. Močovod (ureter) je trubice v průměru 30 cm dlouhá, probíhající retroperitoneálním prostorem do pánve, kde šikmo proráží stěnu močového měchýře. Močovody dopravují moč do močového měchýře aktivně pomocí peristaltických vln.

#### *1.4.2 Anatomie a fyziologie dolního močového ústrojí u žen*

Jak uvádí profesor Halaška, M.(6), močové cesty se vyvíjí z Wolfova vývodu, který probíhá v těsné blízkosti s Müllerovými vývody, a které jsou základem převážné části ženských pohlavních orgánů. Následkem těchto vývojových souvislostí je těsný anatomický vztah mezi močovou trubicí a pochvou, močovým měchýřem a hrdlem děložním a také mezi močovody, postranními vazy a adnexy. Vzhledem ke společnému základu zevních rodidel a dolního močového ústrojí jsou pozorovány společné vývojové vady. Podmínkou správné funkce dolních močových cest je neporušenost a fyziologické postavení orgánů malé pánve.

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý roztažitelný svalový orgán, který plní dvojí funkci: shromažďuje a zadržuje moč a za mikce se kontrahuje a moč aktivně vypuzuje. Je uložen fyziologicky v malé pánvi za stydkou sponou. Jeho stěnu tvoří sliznice s epitelem a svalovina. Svalová vlákna jsou souborně označována jako detruzor.(6) Močový měchýř je možné rozdělit na několik částí: na spodinu (fundus) obrácenou dozadu a dolů, krček (cervix) zúženou část spodiny močového měchýře, odkud začíná močová trubice, tělo (korpus) nejroztlačlivější část močového měchýře a vrchol (apex), který je obrácen k zadní ploše přední břišní stěny. Spodina močového měchýře je obrácena proti urogenitálnímu difragmatu a je oddělena od děložního hrdla a přední stěny pochvy vazivovým prostorem. Horní část povrchu močového měchýře je překryta peritoneem a přechází na dělohu a široký děložní vaz. Nejvíce upevněna je spodina močového měchýře. Tato fixace je zajištěna postupem uretry skrze urogenitální diafragmu a ligamentem vesicouterina, na které navazují směrem dopředu ke sponě stydké ligamenta pubovesicalia.

Náplň močového měchýře obvykle nepřesahuje 500 ml. Při náplni asi 150 ml se dostavuje nucení na močení. Prázdný močový měchýř nepřesahuje horní okraj stydké spony, teprve náplň asi 200 ml se projeví vyklenováním měchýře nad sponou, což umožňuje jeho pohmatové vyšetření. (3)

Uzávěr močového měchýře zabezpečují dva svěrače, vnitřní tvořený hladkou svalovinou a je vůlí neovlivnitelný a zevní tvořený příčně pruhovanou svalovinou a vůlí ovladatelný.

Další částí dolního močového ústrojí je močová trubice (uretra). Uretra je asi 3 – 5 cm dlouhý a 6 mm široký dutý trubicovitý orgán. Podle průběhu se dělí na: intramurální uretru (prochází stěnou močového měchýře), střední uretru (mezi měchýřem a diafragmou), perineální (pod diafragmou) a distální.(6)

Uvnitř uretry je epitel a pod ním submukóza, kde jsou bohaté venózní plexy, hladká svalovina a příčně pruhovaná svalovina. Uzávěr uretry je zajištěn kombinací aktivní a pasivní funkce hladkých a příčně pruhovaných svalových vláken, vlastní elasticitou a krevním zásobením.

Vzhledem k blízké anatomické souvislosti se zmiňují také o pochvě (vagina), která jako orgán související s dolním močovým ústrojím má pro diagnostiku a léčbu moči mimořádný význam. Jedná se o dutý fibromuskulární orgán, který je uložený mezi močovým měchýřem a konečníkem. Přiléhající rektovaginální a vezikovaginální prostory dávají možnost posunu, což jednak umožňuje jejich fyziologickou funkci, ale zároveň i patologické změny polohy vedoucí k inkontinenci.(6)

Pánevní dutina je zesponu uzavřena souborem svalů a fascií, které zajišťují polohu orgánů malé pánve a jejich správnou funkci. Skládá se ze dvou částí: z diafragma pelvis, kterou tvoří musculus levator ani, musculus coccygeus a z diafragma urogenitale upínající se mezi oběma dolními rameny stydké kosti od symfýzy.(2)

#### *1.4.3. Inervace dolních močových cest*

Centrální kontrola vychází z mikčního centra frontálního laloku mozku, kde se zpracovává senzorická signalizace z periferie a koordinována zevními vlivy. Cestou čtyř

Bradleyho reflexních oblouků je odtud potlačován vyprazdňovací reflex mimo mikci, je zajišťována volní kontrola mikce, koordinace mezi detruzorem a uretrou a tonizace motorických nervů inervující svěrač uretry. Celý tento oblouk uzrává a je navozen výchovou mezi 2.-4. rokem života. Suprasakrální poškození vede k urgenci, infra sakrální poškození k retenci a overflow. (2)

Periferní inervace je zprostředkována somatickým i autonomním systémem. Sympatikus vycházející z Th11-L3 kontroluje spíše přijímání moči. Parasympatikus sbírá vlákna ze sakrální míchy S2-S4, kontroluje vyprazdňování moči. Somatická inervace ze stejných míšních segmentů zajišťuje kontrakční funkce pánevního dna a sfinkteru uretry.(2)

#### *1.4.4. Fyziologie mikce*

Shromažďování moči a její vyprazdňování je složitý a dosud jen částečně objasněný děj, který je řízen centrální nervovou soustavou. Na počátku mikce se bránice a svaly břišní stěny kontrahují a zvyšuje se intraabdominální tlak. V důsledku toho dochází k poklesu uretrovezikální junkce a relaxuje se též vnitřní uretrální sfinkter. Poté je potlačena z mozkové kůry inhibice sakrálního mikčního centra a parasympatikus vyvolá kontrakci detruzoru a příbuzných svalových vláken v uretře, která ji zkracují a otvírají vnitřní ústí. Tlak intrauretrální klesá, intraabdominální stoupá a ve chvíli, kdy se vyrovnají začíná mikce. Během ní přetrvává vysoký tlak v močovém měchýři. Na konci mikce se pánevní dno a vnitřní svěrač kontrahují, tok moči je přerušen ve střední třetině uretry, obsah moči v horní třetině je vypuzen zpět do měchýře a je obnovena inhibice sakrálního mikčního centra.(6)

Patologický stav může vznikat jak ve fázi shromažďování moči projevující se retencí moči, tak i ve fázi vyprazdňování projevující se inkontinencí. Příčiny těchto příznaků mohou být rozmanité. Například trauma, infekce, nádorové onemocnění, nebo degenerativní onemocnění.

## 1.5. Vyšetřovací metody

Při zjišťování charakteru potíží souvisejících s vyprazdňováním moči je důležité použít komplexní přístup zahrnující správné odebrání anamnézy, přes klinické testy až po přístrojová vyšetření, aby byla porucha správně diagnostikována a mohla být adekvátně řešena.(20)

### 1.5.1 Anamnéza

Anamnéza je jedním z nejzákladnějších vyšetření, které nám umožňuje zjišťování údajů týkajících se současného stavu ženy, ale i údajů z minulosti. Mnoho žen považuje únik moče za příliš degradující, a proto svůj stav spíše tají. Starší ženy považují únik moči za stav normální, přiměřený věku. Proto je důležité provést přímý dotaz právě na tyto potíže. Jak uvádí docent Zikmund, J.(23), je velmi přínosné pro získání správných anamnestických údajů nechat pacientku vést si mikční deník (příloha 1), do něhož si zapisuje příjem tekutin a výdej moči za 24 hod. Zároveň zaznamenává frekvenci mikcí i s epizodami úniku moči.

*Rodinná anamnéza.* Obvykle se začíná odběrem rodinné anamnézy, která může lékaře dovést ke zjištění vrozených rodinných vad uropoetického traktu, rozštěpových vad a anomálií v oblasti sakrální míchy. Často se může zjistit rodinný výskyt inkontinence u matky a dcery a sester.

*Anamnéza osobní.* Dotazy jsou cílené na onemocnění, která pacientka prodělala, a které mohou způsobit, nebo ovlivnit vznik inkontinence (vrozené vady, mozková onemocnění, prodělaná onemocnění, operace, atd.). Také je důležité vědět, které léky pacientka užívá, protože mnohé z nich (antihypertenziva, diuretika, atd.) mohou inkontinenci způsobit, nebo ji podstatně zhoršit. Jindy, pokud je možné inkontinenci řešit medikamentózně, může být onemocnění jiného orgánu léky na močovou inkontinenci negativně ovlivněno (glaukom, kardiopatie).(23)

*Gynekologická a porodnická anamnéza.* Získávají se údaje o první menstruaci, o délce menstruačního cyklu, o pre či postmenopauzálním stavu, počtu těhotenství, způsobu jejich ukončení a o hmotnosti narozených dětí (nad 4000g). Důležité je zjistit, zda byly porody protrahované, operačně ukončené, zda bylo nějaké závažné porodní

poranění a jak se hojilo. Dále je třeba zjistit, zda pacientka prodělala nějakou abdominální i vaginální nebo laparo-vaginální operaci, obzvláště v malé pánvi, a zda již měla provedenou nějakou operaci pro močovou inkontinenci či pro sestup.

*Sociální a pracovní anamnéza.* Urgentní inkontinence je častější u pacientek, které jsou trvale vystavovány stresu v zaměstnání (např. učitelky) nebo u pacientek se sklonem k depresivním stavům. Častější je inkontinence u žen, které mají povolání, kde musejí zvedat těžká břemena. Odběr této anamnézy je důležitý také později při začleňování pacientky zpět do práce.(23)

*Urologická anamnéza.* Pacientka subjektivně vylíčí své obtíže vlastními slovy. Poté se cílenými dotazy upřesní údaje. Anamnéza bývá doplněna systémem otázek sestavených do tzv. Gaudenzova dotazníku (příloha 2), který by pacientka měla vyplnit doma v klidu, a napomáhá k rozlišení urgentní a stresové inkontinence. V současné době se více využívají dotazníky kvality života pro močovou inkontinenci (IQOL, SF 36). Pacientka může udávat následující potíže spojené s močením: polakisurii (časté močení), dysurii (bolestivé močení), bolest za sponou, hematurii (krev v moči), dyspareunii (bolest při pohlavním styku). Bolest při močení a časté močení malých porcí moči může poukazovat na zánět močových cest, ale i na jiná onemocnění, například tumory. Krev v moči je nález vždy závažný, ať se jedná o mikroskopickou i makroskopickou hematurii. Příčinou mohou být záněty a tumorózní procesy. Při inkontinenci moči nás zajímá začátek onemocnění, souvislosti k porodu, úrazu a operaci. Dále se zjišťuje, za jakých okolností pacientka moč neudrží, zda je to v klidu, nebo při kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, chůzi ze schodů, při popoběhnutí. Důležitý je údaj o časovém sledu, zda k úniku moči dojde bezprostředně po zvýšení nitrobřišního tlaku, nebo zda je inkontinence spojena s imperativní nucením na močení.

### 1.5.2 Gynekologické vyšetření

Vyšetření se začíná pohledem na pacientku (aspexe), její konstituci, dále se provádí pohmatové vyšetření a vyšetření v zrcadlech. Zjišťuje se přítomnost vrozených vývojových vad, posuzuje se močová trubice (svalové napětí, možné zatvrdnutí a stupeň fixace). Některé dysurické potíže mohou být způsobeny strikturou uretry, proto je



možné přesvědčit se o jejím průsvitu kalibračními sondami. Dále se posuzuje vchod poševní a poševní stěny v klidu a při zatlačení tzv. Valsalvův manévr. (23)

U pacientky s inkontinencí se zjišťuje především stav přední poševní stěny, která může poklesat izolovaně nebo s děložním hrdlem či s celou dělohou a dochází tak ke vzniku cystokély, která se může projevit inkontinencí moči nebo naopak retencí.

### 1.5.3. Další vyšetřovací metody a testy

Klinické testy slouží k upřesnění příčiny vzniku obtíží pacientky a řadíme k nim *Marshallův (Bonneyův) test*, kdy se naplní močový měchýř 200 ml tekutiny a pacientka se vyzve ke kašli. Pokud se jedná o stresovou inkontinenci při testu moč uniká. Pak se vyzdvihne dvěma prsty parauretrální tkáň v místě krčku měchýře bez komprese uretry, a pokud moč při kašli neuniká, jedná se s největší pravděpodobností o stresovou inkontinenci.(6)

*Q-tip test (cotton swab test)* je měření osy uretry zasunutou navlhčenou vatovou štětičkou v klidu a po zatlačení, který nás informuje mobilitě uretry. (2)

*Pad-weighing test* . Principem testu je vážení vložek v určitém časovém období. Nárůst jejich hmotnosti nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. Pacientka musí během testu vypít stanovené množství tekutiny a poté vykonávat fyzické aktivity, které vyvolávají únik moči.

*Stres test*. Při stres testu je pacientky vyzvána ke kašli po vyřazení svalů pánevního dna a test je pozitivní v případě úniku moči.

### 1.5.4. Laboratorní vyšetření

Základní vyšetření se doplňuje vyšetření močového sedimentu a vyšetřením bakteriologickým, především pokud se plánuje provést urodynamické vyšetření. Moč se odebírá ze středního proudu moči po důkladném omytí zevních rodidel, nebo pokud je to nezbytné, vzhledem k odlišení kontaminace odběru, vycévkováním. Prokáže-li kultivace moči přítomnost patogenních mikrobů v signifikantním množství více než  $10^5$ , je třeba nejprve infekci zaléčit.

V případě potřeby je možné provést rutinní hematologické vyšetření, onkologickou cytologii, pokud ji pacientka nemá odebranou u obvodního gynekologa a kultivaci z pochvy.

#### 1.5.5. Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamika je věda o transportu moči z močového měchýře mimo tělo a o jeho poruchách. Moderní urodynamika hodnotí tři veličiny: tlak, průtok a elektrické svalové potenciály.(6)

*Cystometrie* je metoda, jejíž podstatou je měření vztahu mezi tlakem v močovém měchýři a objemem měchýře během plnění tekutinou. Zároveň se registruje intraabdominální tlak většinou v rektu a jeho simultánní elektrická substrakce. Porovnáním s tlakem v močovém měchýři získáváme záznam detruzorového tlaku. Na počátku vyšetření se měří reziduum po spontánním vymočení, pak se plní močový měchýř a ve spolupráci s pacientkou se zaznamenává FDV (first desire to void) první nucení na močení, normální nucení na močení, silné nucení na močení, maximální kapacita  $V_{max}$  tj.množství, kdy pacientka cítí, že už nemůže dále odkládat mikci, urgence, bolest. Dále se zaznamenává compliance (C ), což je detruzorový koeficient. Na konci vyšetření se na naší klinice provádí stres test v gynekologické poloze a ve stoje. (4)

*Profilometrie*. Metoda, která měří intraluminální tlak v uretře (uretrální tlak) v klidu, při zvýšeném abdominálním tlaku a během močení. (6)

*LPP (leak point pressure)* měření tlaku při úniku moči slouží k diagnostice tlakových poměrů v uretře při úniku moči. Jedná se o nejnižšího hodnotu detruzorového tlaku, při němž se objeví únik moči bez zvýšeného abdominálního tlaku. Dále se používají techniky stresových LPP, tj. únik moči při zvýšeném abdominálním tlaku bez přítomnosti detruzorové kontrakce (Valsalva – VLPP, cough – CLPP, abdominal - ALPP). Měření LPP se provádí zpravidla během urodynamického vyšetření, po cystometrii nebo profilometrii se zavedeným intrauretrálním katetrem.(6)

Mezi urodynamické metody dále patří *uroflowmetrie*, která je základním nepoškozujícím vyšetřením, které měří okamžité a celkové množství vymočené

tekutiny, které je závislé na odporu uretry a tlaku uvnitř močového měchýře při mikci. Součástí vyšetření je i měření rezidua moči (množství moči, které zůstane v močovém měchýři po vymočení).

*Elektromyografie* svalů pánevního dna je relativně jednoduchou metodou k detekci elektrické aktivity jednotlivých svalových skupin, především uretrálního a análního sfinkteru a levatoru ani sledující bioelektrické potenciály.

#### 1.5.6. Zobrazovací metody

Jednou z nejméně zatěžujících a poškozujících zobrazovacích metod je sonografické vyšetření, které se může provádět přes břišní stěnu, nebo transvaginálně, transperineálně či introitálně. Pomocí ultrasonografického vyšetření je možné neinvazivně měřit např. reziduum, vyšetřovat močový měchýř a měřit uretrovezikální junkci či jakékoliv místo v průběhu uretry (střed uretry).

Dalšími metodami, které jsou již méně časté, ale je jich možné využít v urogynekologii jsou rentgenové metody a mezi nimi například cystouretrografie, intravenózní vylučovací urografie, které se provádějí za použití kontrastních látek.(20)

Cystoskopie je endoskopická metoda, která se provádí za pomoci optiky. Svůj význam má v případě, kdy na léčbu nereaguje urgentní inkontinence, jinak se využívá pouze jako doplňující vyšetření při neobjasněných dysurických potížích a průkazu hematurie.(23)

### 1.6. Způsoby řešení močové inkontinence

Po důkladném vyšetření a stanovení diagnózy močové inkontinence a objasnění její příčiny by měla následovat adekvátní léčba. Metody terapie jsou poměrně široké a v zásadě se rozdělují na konzervativní a operační.

Důležité je nejprve vyléčit eventuální infekce močových cest, a poté teprve pokračovat v urogynekologickém vyšetření a léčení. Někdy může sanace infekce vyřešit problém s močovou inkontinencí.

Podle druhu inkontinence je volen i vhodný způsob léčby. U stresové inkontinence se používá konzervativní a operační léčba (viz. další kapitoly). U urgentní

inkontinence je operační léčba kontraindikována a volí se konzervativní způsoby léčby. Při reflexní inkontinenci je léčba řízena neurologem a extrauretrální formy inkontinence jsou řešeny výhradně chirurgicky.

### *1.6.1. Konzervativní léčba*

#### *1.6.1.1. Změna životního stylu*

Každá léčba inkontinence by měla začínat posouzením životního stylu pacientky. Za rizikové faktory se považuje: nadměrná tělesná hmotnost, parita, nadměrná fyzická aktivita a nadměrný nebo naopak nedostatečný příjem tekutin. Za faktory se sporným vlivem na inkontinenci se považují: kouření cigaret, stravovací návyky, obstipace.

Důležité je tedy zredukovat tělesnou hmotnost, omezit nadměrnou fyzickou aktivitu (zejména po abdominálních operacích nejméně 6 měsíců nezvedat břemena těžší 5 kg) a korigovat příjem tekutin (nezvyšovat příjem tekutin večer, dodržovat správný pitný režim).(6)

#### *1.6.1.2. Gymnastika svalů pánevního dna, trénink močového měchýře*

*Gymnastika svalů pánevního dna* je definována jako opakovaná selektivní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního dna. To vyžaduje podvědomí o užití určitého svalu a vyloučení nechtěné kontrakce připojených svalových skupin.(6)

Arnold Kegel ve 40. letech 20. století uvedl své výsledky cvičení svalů pánevního dna, kdy dosáhl u všech typů inkontinence v populaci žen vyléčení v 84%. Požíval 4 fáze cvičení: v první fázi dochází k uvědomování si svalů a jejich koordinace, v druhé fázi získává žena jistotu o aktivaci požadovaných svalů, ke zvyšování síly a koordinace, třetí fáze je fází regenerační, kdy občas již dochází k ústupu potíží a čtvrtá fáze je charakterizovaná zřetelným nárůstem svalové síly i její regulace, pohyby jsou vykonávány s menší námahou, svaly jsou méně unavené a pevnější.(6)

Kegel použil pro usnadnění nácviku volních kontrakcí tzv. perineometr, což je pneumatické zařízení k měření intravaginálního tlaku. Důležitá je pravidelnost cvičení,

správnost provádění cvičení a nepřerušování jeho plynulosti, avšak nikde není stanoveno množství cvičení, které by se mělo provádět, aby byl účinek trvalý.

Posilování svalů pánevního dna je účinnou terapií u části žen se stresovou inkontinencí. Metoda je vhodná u žen bez výrazného anatomického defektu v oblasti malé pánve, a to především pro svou nenáročnost a pro nepřítomnost jakýchkoli komplikací léčby.

*Trénink močového měchýře* je metodou, kterou lze uplatnit při léčbě urgencí, častého močení i urgentní inkontinence moči (senzorické i motorické). Pacientky mohou během tréninku používat anticholinergika.

První den programu pacientky zaznamenávají mikci a úniky moči bez jakéhokoliv ovlivnění. Poté je stanoven interval mezi povinnými mikcemi. Na počátku je nastaven na kratší dobu zhruba mezi 30-120 minutami. Tento interval je postupně prodlužován asi o 30 minut denně. Vzniknou-li potíže s dodržováním stanoveného intervalu, je jeho další prodlužování možné až po dostatečné fixaci předchozího intervalu. Cílem je dosažení intervalu mezi epizodami mikce 4-6 hodin. Reedukační program v ambulantní formě trvá 21 dnů.(2)

#### 1.6.1.3. *Elektrická stimulace*

V současné době se využívá metod elektrické stimulace k řešení urgentní inkontinence. V podstatě se užívají dva způsoby podle délky aplikace a intenzity elektrického podnětu: krátkodobá maximální stimulace nebo dlouhodobá chronická elektrická stimulace.

Elektrody jsou napojeny na vaginální nosiče a napojeny na pulzní generátory. Nejvýhodnější je použití frekvence kolem 50 Hz u stresové inkontinence a kolem 10 Hz u urgentní inkontinence. Podle užitých elektrických parametrů se aplikují buď trvale celý den po několik měsíců, nebo jen v noční době, nebo v sériích po 20 minutách aplikace. (23)

Léčebné úspěchy se udávají kolem 50 %, ale studie nejsou dobře dokumentované. Užití elektrostimulace je vhodné u pacientek, které nemohou být z nějakého důvodu operovány.(6)

#### 1.6.1.4. *Mechanické a antiinkontinenční prostředky*

*Poševní pesary* se využívají ke korekci descensů dělohy a poševních stěn, ale jsou též využívány v terapii stresové inkontinence. Mechanismus účinku pesarů se předpokládá v tom, že vyzdvihnou krček močového měchýře, imobilizují ho a více, nebo méně podporují až komprimují uretru. Nevýhoda je v možném vytvoření ulcerací v pochvě při výběru nesprávné velikosti. Toto řešení je vhodné pro pacientky, které nemohou podstoupit operační léčbu a nebo nereagují na ostatní konzervativní způsoby řešení. (23)

*Intrauretrální okluzivní prostředky* jsou prostředky, které si sama žena zavádí v situacích, kdy jí obvykle moč uniká. Využívat je mohou například ženy, které intenzivně cvičí. Nevýhodou je, že stálé zavádění může způsobovat opakující se záněty močových cest a zavádění může být bolestivé.

*Antiinkontinenční pomůcky* jsou prvním prostředkem na začátku obtíží, během léčby před nástupem jejího plného účinku a v předoperačním období, ale také posledním prostředkem zajišťující snesitelnou hygienickou péči a sociální úroveň pro neléčitelné pacientky. Řadí se sem jednoduché vložky až po speciální kalhotky, které jsou většinou hrazeny na předpis specialisty zdravotními pojišťovnami. Skvělé je, že několik společností věnuje pomůckám pro inkontinenci velkou pozornost. Přicházejí s novými a dokonalejšími výrobky, aby splňovaly nejnáročnější kritéria a individuální požadavky pacientů.

#### 1.6.1.5. *Farmakoterapie*

Medikamentózní léčba vychází z inervace orgánů močového ústrojí. Nejčastěji se k léčbě močové inkontinence používají látky, které inhibují kontraktilitu močového měchýře, jejichž cílem je zvětšení objemu při prvním nucení na močení, a to anticholinergika. Často využívaný preparát z této řady je Spasmex s účinnou látkou trospium hydrochlorid, moderní preparát tolterodin Detrusitol a podobně působící solifenacin Vesicare.(6)

Dále se používají spasmolytika s přímým muskulotropním působením a smíšeným účinkem, která působí přímým relaxačním účinkem na hladkou svalovinu

močového měchýře, kam řadíme lék Ditropan a Uroxal s účinnou látkou oxybutin a preparát Mictonorm s účinnou látkou propiverin hydrochlorid.(6)

Vzhledem k tomu, že se inkontinence objevuje, nebo zhoršuje v období menopauzy, doporučuje se podávání estrogenů k dosažení lepšího efektu. Je doporučována jejich vaginální aplikace. Nejčastěji se používá preparát Ortho-gynest (supp.vag., crm.vag.) obsahující estriol nebo preparát Vagifen (tbl.vag.) obsahující estradiol.

Swiss Max brusinky lze využít jako podpůrnou léčbu. Napomáhají léčbě infekce močového ústrojí a mohou být podpůrným lékem v léčbě inkontinence. Tento preparát není hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

#### 1.6.2. *Chirurgická léčba*

Operační léčba inkontinence má za úkol obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních močových cest. (6)

Při volbě léčebného postupu je třeba posuzovat každou pacientku individuálně, do úvahy je třeba vzít věk, celkový zdravotní stav, zda bude chtít žena ještě родit, jestli má pozitivní sexuální život, nebo zda má již v anamnéze operaci pro inkontinenci.

K operačnímu řešení se lékař rozhoduje až po vyčerpání všech možností konzervativní léčby. Pacientka nesmí být nucena k operaci. Je třeba podat jí dostatečné informace o tom, jaké jsou možnosti léčby, jak se může podílet na řešení obtíží a jaké budou omezení po operačním řešení. Operace pro inkontinenci nejsou život zachraňující, směrodatné je do jaké míry ženu obtěžují obtíže, a proto záleží na rozhodnutí pacientky, zda operaci zvolí.

Operační léčba je vyhrazena pro stresový typ inkontinence. Urgentní, reflexní a přetlaková jsou kontraindikací operačních výkonů. U smíšené formy inkontinence, kdy je prokázán větší podíl stresových faktorů, lze operovat ovšem s menší nadějí na úspěch.

Velkou škálu používaných výkonů lze rozdělit na čtyři skupiny: kolpopexie (vyzdvižení a závěs hrdla močového měchýře a proximální uretry), přední poševní plastika, jehlové suspenze, smyčka.(6)

Ráda bych se zmínila o nejčastěji používaných operacích pro léčbu inkontinence. Jedná se o přední poševní plastiku, kolpopexi dle Burche a metodu TVT využívající pásku z polypropylenu.

#### 1.6.2.1. Přední poševní plastika (*kolporrhaphia anterior*)

Operace je prováděna z vaginálního přístupu a spočívá ve vytvoření pevného valu pod uretrovezikální junkcí s cílem znovu obnovit a zajistit pozici uretrovezikální junkce v oblasti působení abdominálního tlaku a jeho změn. Přední plastika je důležitou součástí rekonstrukce pochvy v rámci řešení descenzu a prolapsu orgánů malé pánve a bývá často součástí pokračováním operace u vaginální hysterektomie.(2)

Úspěšnost přední plastiky v léčbě inkontinence je udávána v literatuře kolem 60%. (6)

#### 1.6.2.2. Kolpopexie dle Burche

Cílem výkonu je vyzdvižení a závěs hrdla močového měchýře a proximální uretry pomocí sutury pevné paravaginální tkáně. Operace je prováděna z krátkého řezu dle Pfannenstiela. Zakládají se stehy na klenbu poševní v místě junkce, steh je fixován do vezikovaginální fascie a laterálně nahoře se všívá do ligamentum iliopectineum (Cooperi). Uretra je volně vyzdvižená příčným valem, který tvoří pochva spolu s fascií.(16)

Úspěšnost metody je uváděna u primárních výkonů v rozmezí 84-91%.(6)

#### 1.6.2.3. TVT (*Tension-free Vaginal Tape*)

V roce 1996 publikoval Ulmsten novou metodu léčení stresové inkontinence, která znamená nadějný krok ve vývoji miniinvazivních metod k léčení stresové inkontinence.

Tato ambulantní operace se může provádět i v lokální anestezii a spočívá v závěsu dolní poloviny uretry polypropylenovou páskou s velkou adhezivitou ke tkáním bez nutnosti její fixace. Výhody této metody spočívají v rychlosti, malé invazivitě a možnosti ambulantního provedení.



Modifikací TVT je TVT-O, kdy se proniká při ventrálním okraji fossa obturatoria, a tak je výrazně sníženo poranění procházejících struktur.

Nejnovější metodou je TVT-S miniinvazivní technologie pro řešení stresové inkontinence. Výhodami je menší invazivita, vyhýbá se blízkosti střev a velkých cév a orgánů, menší pooperační bolestivost. Neprochází přes kůži a absorbovatelné fixační konce umožňují fixaci do doby, než tkáň zcela proroste implantátem.

Úspěšnost TVT metod ve středním i dlouhém odstupu přesahuje 90%. (6)

### **1.7. Sociální dopady močové inkontinence**

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Ženy jsou močovou inkontinencí ovlivňovány ve všech oblastech svého života – fyzické, sociální, psychické, v sexu, doma i v zaměstnání. Jejich problém působí na sociální vazby. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu a dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a k celkové nespokojenosti. Také starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou ovlivněny.

Všeobecně se očekává, že v budoucnu výskyt močové inkontinence poroste. Jednou z příčin je celkové stárnutí populace a prodlužování průměrného lidského věku. Tento problém se ale netýká pouze starší populace, i když v současnosti se propaguje aktivní stáří. Ženy, které mají vyšší společenské uplatnění, si přejí svůj problém řešit, i když se jedná o mírný stupeň inkontinence.

### **1.8. Psychologické aspekty**

Močová inkontinence se může stát chronickým problémem. Pro ženu, která tento problém neřeší, znamená, že se s ním z hlediska psychologického musí vyrovnávat. Adaptace vyžaduje optimální fungování jedince a výrazně zasahuje do jednotlivých oblastí života. Důležitá je podpora okolí, ať už rodinného, širšího sociálního prostředí nebo zdravotnických pracovníků.

Na prožívání ženy má výrazný vliv rovněž to, že problém je lokalizovaný v blízkosti reprodukčních orgánů a může se projevit i problémy v sexuálním životě.

Proto může být pro ženu těžké o svém problému hovořit a může ho zvláště citlivě snášet.(17)

U žen se může objevit největší dopad v oblasti sebepojetí a to především v tom, jak se žena vidí, chápe a hodnotí. Může dojít až k tomu, že se žena přestane cítit hodnotným člověkem.

Ženy si mohou vytvořit vlastní strategii zvládnání svého problému. Často dochází k tomu, že se vyvine strategie distancování se od problému. Takový pokus nemyslet na svůj problém, na to, co se změnilo a není v pořádku. Některé strategie, které byly zjištěny u pacientek s chronickým onemocněním nebo symptomem jsou ale i pozitivní. Dochází ke snaze uvědomit si, co je možné udělat a změnit.(15) Proto je důležité dostatečně ženy informovat o možnostech řešení problematiky močové inkontinence a doporučit jim odbornou pomoc.

## **1.9. Prevence**

Vzhledem k poměrně vysokému výskytu inkontinence v populaci jsou doporučeny některá preventivní opatření:

- Již od dětství by se měly navozovat správné mikční návyky, které zafixují reflexní nervový oblouk ovlivňující shromažďování a vyprazdňování moči.
- Udržování přiměřené tělesné hmotnosti.
- Nepracovat stereotypně, fyzicky náročně.
- Dbát o dostatek pohybu a pečovat o pravidelnou stolici.
- Předcházení infekcím močového ústrojí, popřípadě jejich řádná a správná léčba.
- Správný pitný režim (vypít alespoň 2l tekutin denně).
- Dodržování pravidelného intervalu močení každých 4-5 hod. a vymočit se před spaním. Dostatečná hygiena zevních rodidel.
- Šetrné vedení porodu s následným pečlivým ošetřením porodního poranění a snaha o posílení pánevního dna v šestinedělí.
- V období klimakteria řešit problémy žen, popř. i hormonální substitucí (pohlavní hormony tonizují závěsný aparát močového ústrojí).(5)

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem bakalářské práce je zjistit, do jaké míry jsou ženy, které navštěvují odbornou poradnu v plzeňském kraji, močovou inkontinencí omezovány, a kdy vyhledávají kvůli svým potížím odbornou pomoc.

### **2.2. Hypotézy**

Hypotéza 1: domnívám se, že ženy s močovou inkontinencí nevyhledávají odbornou pomoc při počátečních potížích.

Hypotéza 2: domnívám se, že ženy jsou bez ohledu na věk močovou inkontinencí omezovány v osobním životě.

### **3. METODIKA**

#### **3.1. Použitá metoda**

K výzkumu problematiky močové inkontinence u žen byla použita technika sběru dat – dotazník. Jedná se o soustavu formulovaných a připravených otázek, na které ženy písemně odpovídaly. Tuto velmi častou metodu sběru dat jsem zvolila z několika důvodů. Dává možnost odebrat data v krátkém časovém období od celkem velkého výzkumného souboru a respondentky mají větší pocit anonymity.

Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků, vrátilo se 92 dotazníků. Návratnost je 92%. Kompletně nebylo vyplněno 10 dotazníků z 92 dotazníků. Takže jsem pracovala s 82 dotazníky, což představuje 82% všech dotazníků.

Dotazník byl sestaven ze 16 otázek. Jednalo se o otázky uzavřené a polootevřené. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci respondentek, na jejich věk a vzdělání. Další oblast otázek byla zaměřena na vlastní problematiku močové inkontinence u žen. Na některé otázky byla možnost více odpovědí (7, 14). V jedné otázce byla použita škála od jedné do pěti, kde respondentky zaznamenávaly zátěž únikem moči v běžném životě.

#### **3.2. Charakteristika výzkumného vzorku**

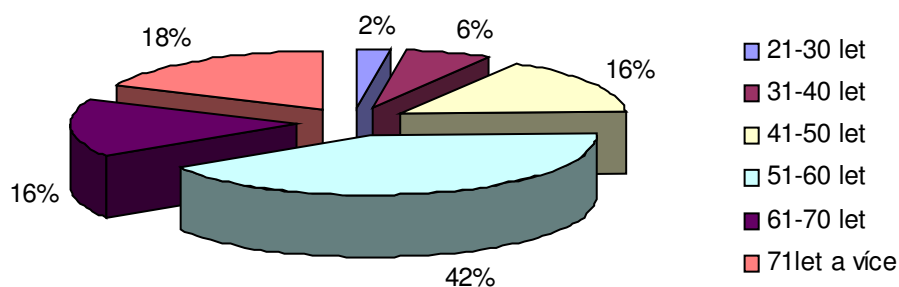
Výzkumný soubor byl tvořen ženami z plzeňského kraje, které poprvé navštívily odbornou urogynekologickou ambulanci Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Jednalo se o ženy, které přišly svůj problém s únikem moči řešit. Velikost výběrového souboru tvořilo 82 žen. Dotazníkové šetření probíhalo v roce 2007.

Pro zpracování dat jsem použila grafy a výsledky dat jsou uváděny v absolutních číslech a procentech.

#### 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

##### Graf 1 : Věk respondentek. (v %)

(k otázce 1)

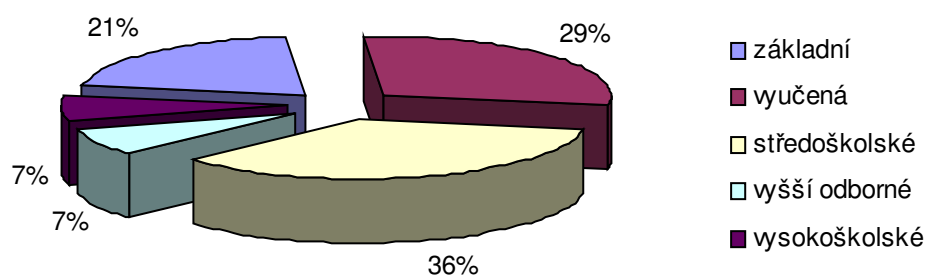


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje, že 2 (2%) respondentky byly ve věku 21-30 let, 5 (6%) respondentek bylo ve věku 31-40 let, 13 (16%) respondentek bylo ve věku 41-50 let, 34 (42%) respondentek bylo ve věku 51-60 let, 13 (16%) respondentek bylo ve věku 61-70 let a 15 (18%) respondentek bylo ve věku 71 let a více.

##### Graf 2: Vzdělání respondentek. (v %)

(k otázce 2)



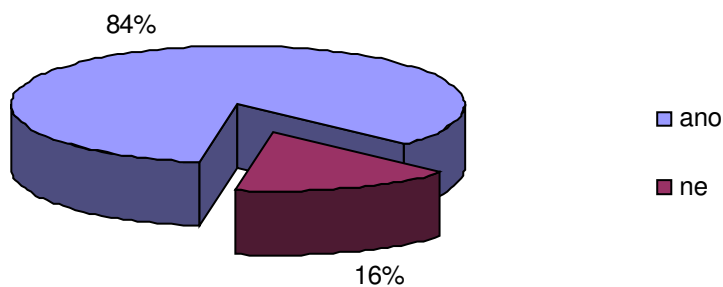
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje vzdělání respondentek a ukazuje, že 17 (21%) respondentek mělo základní vzdělání, 24 (29%) respondentek bylo vyučených, 29 (36%) respondentek

mělo středoškolské vzdělání, 6 (7%) respondentek vyšší odborné vzdělání a 6 (7%) respondentek mělo vysokoškolské vzdělání.

**Graf 3: Informovanost o pojmu močová inkontinence. (v %)**

(k otázce 3)

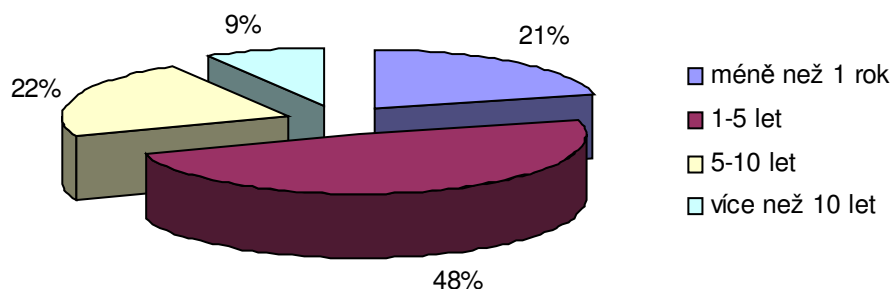


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje informovanost respondentek o pojmu močová inkontinence. 69 (84%) respondentek znalo pojem močová inkontinence, 13 (16%) respondentek neznalo pojem močová inkontinence.

**Graf 4: Délka potíží související s únikem moči. (v %)**

(k otázce 4)



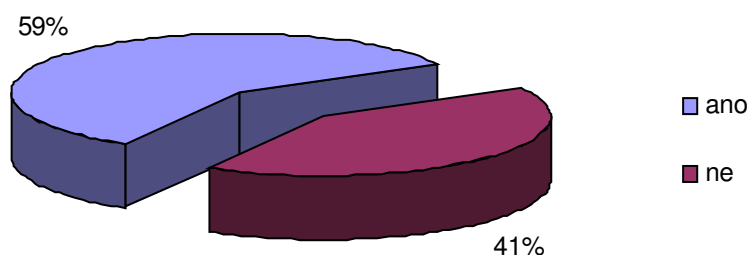
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje délku potíží s únikem moči, jak ji vnímaly respondentky. 17 (21%) respondentek mělo potíže s únikem moči méně než 1 rok, 40 (48%) respondentek

vnímalo močovou inkontinenci jako problém 1-5 let, 18 (22%) respondentek trpělo únikem moči 5-10 let, 7 (9%) respondentek mělo potíže více než 10 let.

**Graf 5: Vyhledání odborné pomoci při počátečních potížích. (v %)**

(k otázce 5)

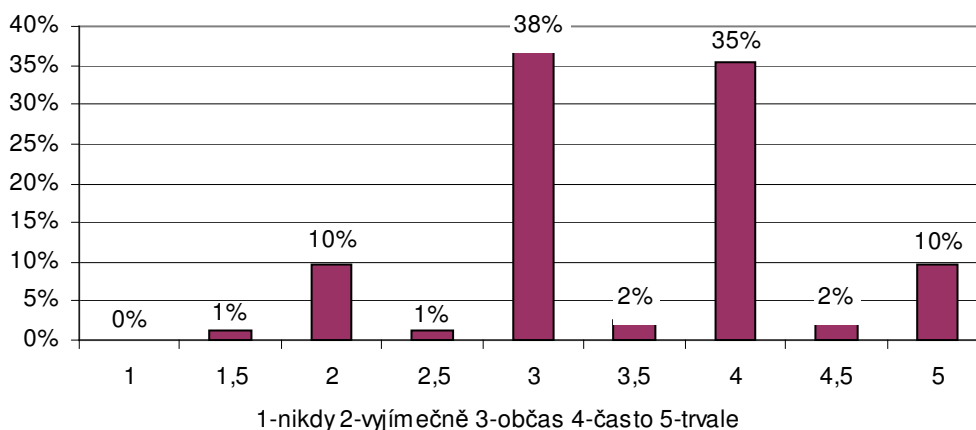


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje, zda respondentky vyhledaly odbornou pomoc při počátečních potížích s močovou inkontinencí. 48 (59%) respondentek odpovědělo, že vyhledaly pomoc při počátečních potížích s močovou inkontinencí, 34 (41%) respondentek nevyhledalo pomoc při počátečních obtížích.

**Graf 6: Zátěž močovou inkontinencí v běžném životě. (v %)**

(k otázce 6)

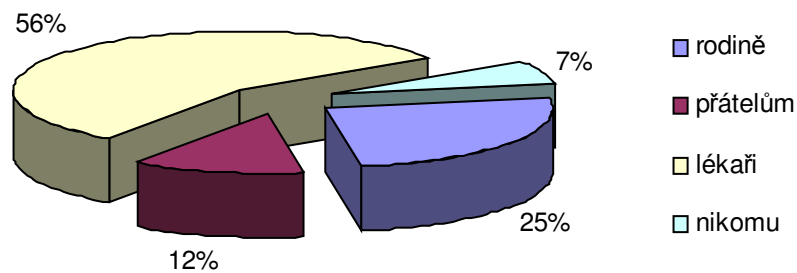


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje do jaké míry respondentky močová inkontinence obtěžuje. Respondentky zaznamenávaly odpovědi na škále od 1 do 5. 1 (1%) respondentka vnímala své potíže mezi nikdy a vyjíměčně, 8 (10%) respondentek bylo obtěžováno močovou inkontinencí vyjíměčně, 1 (1%) respondentka vnímala potíže mezi vyjíměčně a občas, 31 (39%) respondentek bylo občas obtěžováno potížemi s únikem moči, 2 (2%) respondentky zaznamenaly své potíže mezi občas a často, 29 (35%) respondentek vnímalo své potíže jako časté, 2 (2%) respondentky měly potíže mezi často a trvale a 8 (10%) respondentek měly potíže trvalé a silné.

**Graf 7: Svěření se s problémem. (v %)**

(k otázce 7)



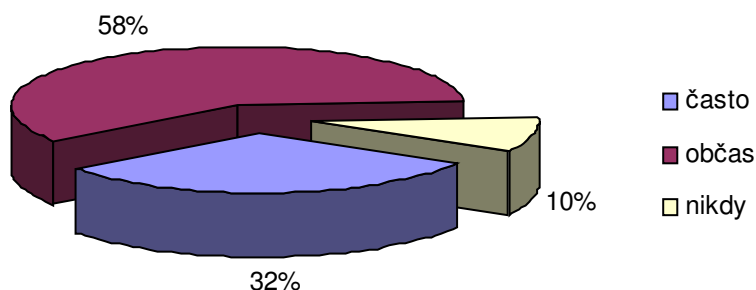
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje, komu se respondentky svěřily se svými problémy týkající se močové inkontinence. U této otázky mohly respondentky označit více odpovědí. 23 (25%) respondentek se svěřilo rodině, 11 (12%) respondentek se svěřilo přátelům, 51 (56%) respondentek se svěřilo lékaři a 6 (7%) respondentek se nesvěřilo nikomu.



**Graf 8: Depresivní pocity v závislosti na úniku moči. (v %)**

(k otázce 8)

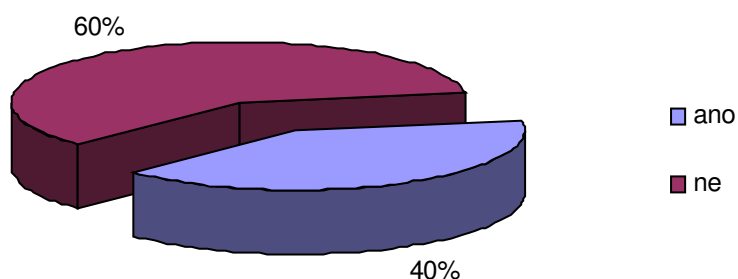


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje, jak moc se cítily respondentky kvůli inkontinenci moči depresivně. 26 (32%) respondentek se cítilo depresivně často, 48 (58%) respondentek se cítilo depresivně občas a 8 (10%) respondentek se nikdy necítilo depresivně kvůli únikům moči.

**Graf 9: Zásah do sexuálního života. (v %)**

(k otázce 9)

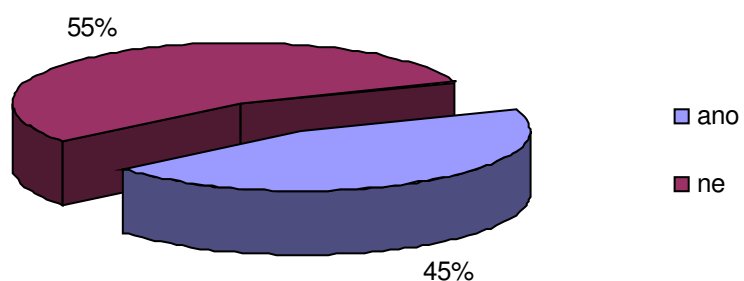


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 znázorňuje, zda únik moči zasahuje do sexuálního života respondentek. 33 (40%) respondentkám zasahovala močová inkontinence do sexuálního života, 49 (60%) respondentkám nezasahoval únik moči do sexuálního života.

### Graf 10: Omezení v zaměstnání. (v %)

(k otázce 10)

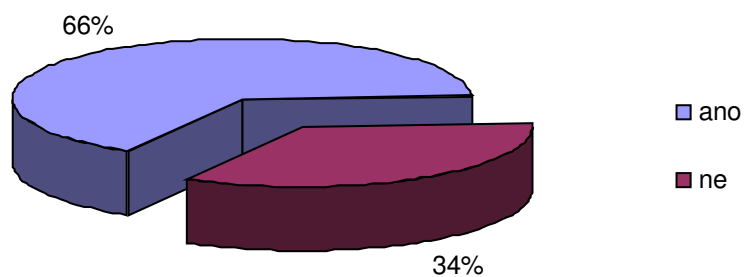


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 zobrazuje omezení respondentek z důvodu močové inkontinence v pracovním poměru, pokud byly zaměstnány. 29 (45%) respondentek odpovědělo, že se cítí být omezováno únikem moči v zaměstnání, 36 (55%) respondentek problém v zaměstnání nepociťovalo.

### Graf 11: Obavy z cestování. (v %)

(k otázce 11)

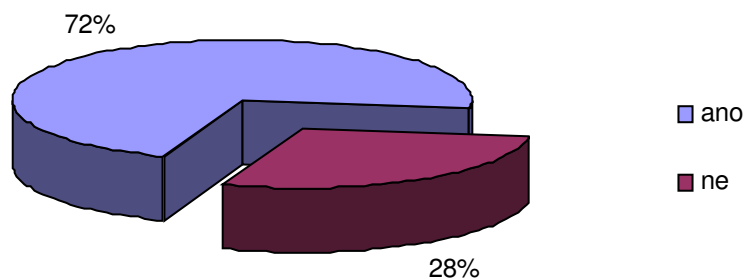


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 znázorňuje, zda se respondentky kvůli úniku moči obávaly cestování. 54 (66%) respondentek se kvůli únikům moči obávalo cestování, 28 (34%) respondentek nebálo cestování.

### Graf 12: Použití antiinkontinenčních pomůcek. (v %)

(k otázce 12)



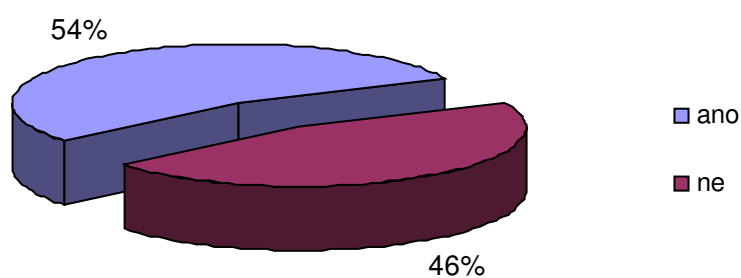
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje, zda respondentky, které trpí únikem moči používají některou z antiinkontinenčních pomůcek. 59 (72%) respondentek odpovělo, že používá antiinkontinenční pomůcky, 23 (28%) respondentek nepoužívalo antiinkontinenční pomůcky.

### Graf 13: Finanční zátěž v souvislosti s nákupem antiinkontinenčních pomůcek.

(v %)

(k otázce 13)



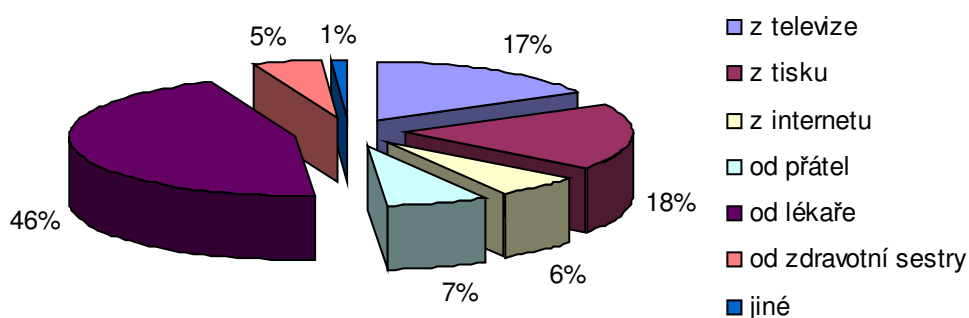
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 znázorňuje, zda představuje pro respondentku nákup antiinkontinenčních pomůcek, pokud je používá, finanční zátěž. 32 (54%) respondentek vnímalo nákup

antiinkontinenčních pomůcek jako finanční zátěž. Pro 27 (46%) respondentek nebyl nákup antiinkontinenčních pomůcek finančně náročný.

**Graf 14: Zdroj informací o možnostech léčby léčby. (v %)**

(k otázce 14)

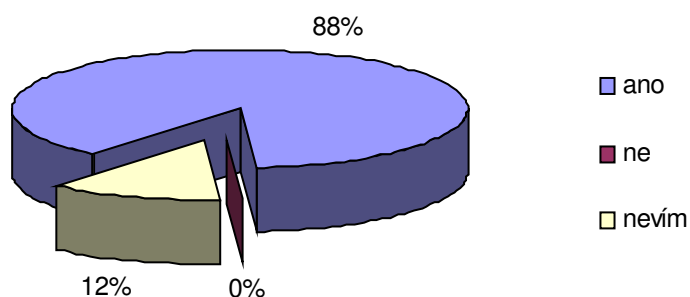


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 znázorňuje, odkud respondentky získaly informace o možnostech léčby močové inkontinence. U této otázky mohly respondentky označit více odpovědí. 17 (17%) respondentek získalo informace z televize, 18 (18%) respondentek získalo informace z tisku, 6 (6%) respondentek z internetu, 7 (7%) respondentek získalo informace od přátel, 45 (46%) respondentek získalo informace od lékaře, 5 (5%) respondentek uvedlo, že získaly informace od zdravotní sestry a 1 (1%) respondentka zvolila jinou možnost a uvedla, že je sama zdravotní sestra.

**Graf 15: Vyřešení močové inkontinence ve specializované poradně. (v %)**

(k otázce 15)

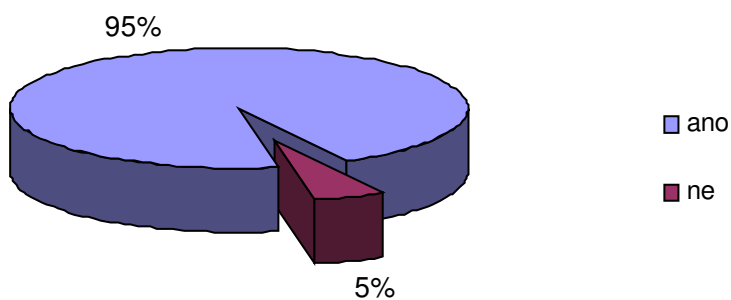


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 znázorňuje očekávání respondentek, zda se jejich problém s únikem moči ve specializované poradně vyřeší. 72 (88%) respondentek očekávalo vyřešení svého problému, ani jedna respondentka si nemyslela, že by se její problém v odborné poradně nevyřešil a 10 (12%) respondentek nevědělo, zda se únik moči vyřeší.

**Graf 16: Odstranění problému chirurgickým zákrokem. (v %)**

(k otázce 16)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 znázorňuje, jestli by respondentka podstoupila chirurgický zákrok, pokud by vyřešil její problém s močovou inkontinencí. 78 (95%) respondentek by chirurgický zákrok, který by odstranil její potíže, podstoupilo, 4 (5%) respondentky odmítly chirurgický zákrok podstoupit.

## 5. DISKUZE

Cílem výzkumné práce bylo zjistit, zda ženy, které mají potíže s močovou inkontinencí vyhledávají pomoc při počátečních potížích a jestli jsou díky močové inkontinenci bez ohledu na věk omezovány v osobním životě.

Jako výzkumný vzorek jsem zvolila ženy ve věku od 21 let do 71 let a více, které navštívili odbornou urogynekologickou poradnu v plzeňském kraji.

Ke zpracování výzkumné části jsem ke sběru dat použila techniku dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl sestaven z otázek uzavřených a polootevřených.

V průběhu od ledna do poloviny dubna roku 2007 bylo osloveno celkem 100 žen, které navštívili odbornou poradnu. Buď vyhledaly pomoc samy, nebo byly doporučeny gynekologem či praktickým lékařem. Z celkového počtu 100 dotazníků se vrátilo 92 dotazníků. Návratnost byla 92%. 10 dotazníků nebylo vyplněno úplně. Takže jsem pracovala s 82 dotazníky.

V diskusi se zamýšlím nad výsledky výzkumu a porovnávám je s teoretickými poznatky, výzkumným šetřením a svým názorem.

Vyhodnocením otázky č.1 jsem zjistila, že z celkového počtu dotazovaných žen bylo nejvíce respondentek a to 42% ve věku 51-60 let. Další, již méně početně zastoupenou skupinou 18%, byly ženy ve věku 71 let a více, dále 16% respondentek bylo ve věku 41-50 let, stejně početně byla zastoupena i další skupina respondentek 16% ve věku 61-70 let a podstatně méně bylo respondentek ve věku 31-40 let 6% a nejméně bylo respondentek v nejmladší věkové skupině ve věku 21-30 let (2%). Jak uvádí prof. MUDr. Michael Halaška, Dr.Sc., každá druhá žena má během života potíže s udržením moči a s přibývajícím věkem se pohotovost k inkontinenci moči výrazně zvyšuje a její příznaky bývají udávány ve 12-57 % celé populace.(6) Naši urogynekologickou ambulanci v daném období navštívilo nejvíce pacientek ve věku 51-60 let. Myslím si, že ženy v tomto věkovém rozmezí chtějí svoji situaci řešit, protože by rády zkvalitnily svůj život. Průměrná věková hranice lidí se posouvá, celkově dochází ke stárnutí populace a ženy si chtějí i důchod užít „naplno“. Z ostatního

věkového zastoupení je možné vidět, že močová inkontinence se nevyhýbá ani mladším ročníkům a zastoupení je v celé populaci.

V otázce č.2 jsem se respondentek ptala na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentek 36% mělo středoškolské vzdělání a 29% respondentek bylo vyučených. Dále bylo 21% respondentek se základním vzděláním, 7% respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a 7% respondentek je vysokoškolaček. Snažila jsem se najít souvislost mezi vzděláním a znalostí pojmu močová inkontinence. Většina žen se základním vzděláním tento pojem nezná. Dále jsem zjišťovala, jestli má vliv vzdělání na vyhledání odborné pomoci při počátečních potížích a nezjistila jsem žádnou příčinou souvislost.

V otázce č.3 jsem se zaměřila na znalost pojmu močová inkontinence. 84% respondentek znalo pojem močová inkontinence, 16% respondentek pojem močová inkontinence neznalo. Myslím si, že je velmi dobré, že skoro třičtvrtiny dotázaných žen pojem močová inkontinence zná. Ženy jsou tedy lépe informované a mají více znalostí o problematice, což znamená velký pokrok. Samozřejmě je možné, že výsledky jsou částečně ovlivněné tím, že ženám, které právě přišly navštívit odbornou urogynekologickou poradnu, nejspíše již někdo předtím nějaké informace poskytl. Důležité je, že se zvyšuje informovanost žen v dané problematice. Ženy tak mohou lépe pomoci sobě, ale i podat informace svým známým, které mají podobný problém.

Další otázka č.4 se zabývala délkou potíží s únikem moči, jak ji vnímají respondentky. Nejvíce respondentek 48% trpělo únikem moči 1-5 let, 22% respondentek mělo problémy s močovou inkontinencí 5-10 let a poměrně podobné množství 21% respondentek vnímalo své potíže méně než 1 rok. Nejméně respondentek 9% mělo potíže více než 10 let. Doc.MUDr.Jiří Zikmund, Csc. uvádí ve své knize, že zvláště staré pacientky, které mají problém dlouhou dobu, považují únik moči za normální ve vyšším věku a mají pocit, že je třeba se s ním smířit.(23) Tak si také vysvětlují, tak malé procento respondentek s potížemi více než 10 let. Nejspíše se jedná o ženy ve vyšších věkových kategoriích, což také můj výzkum potvrdil. Potíže s únikem moči nad 10 let udávali pouze ženy nad 61 let věku. Zhruba polovina respondentek tedy vnímalo své potíže jako obtěžující 1-5 let. To znamená, že se snaží své obtíže řešit

poměrně brzy. I když na druhou stranu se jedná o velmi rozsáhlé časové období, které by mohlo ženu na svém konci pěti let dosti traumatizovat.

V otázce č.5 jsem se ptala respondentek, zda vyhledaly pomoc při počátečních potížích. 59% respondentek odpovědělo, že vyhledaly pomoc při počátečních potížích s močovou inkontinencí, 41% respondentek mělo pocit, že nevyhledaly pomoc při počátečních obtížích. Jak píše ve své informační brožuře MUDr.Roman Chmel - Kdy léčit močovou inkontinenci? Za lékařem je třeba jít ve chvíli, kdy nechtěný únik moči začne obtěžovat. Není vhodné čekat až do chvíle, než budou potíže neúnosné.(12) Záleží tedy pouze na subjektivním vnímání ženy, kdy pro ni začne být únik moči obtěžující. Více než polovina respondentek odpověděla, že vyhledala odbornou pomoc včas, to znamená, že únik moči ve chvíli, kdy pro ni začal být zatěžující, začala řešit. Je třeba se také zamyslet, nad druhým číslem, které je 41%. Znamená, že stále velké množství žen nevyhledává pomoc včas. Jak uvádí Haslam, J. v časopise Florence, je jedním z důvodů, proč ženy oddalují vyhledání pomoci při úniku moči, to, že doufaly, že se uzdraví i bez ní. Další ženy uvedly, že diskuse s jejich praktickým lékařem je uváděla do rozpaků. Starší ženy se také obávaly chirurgického zákroku.(7)

Otázka č.6 se zaměřuje na to, do jaké míry respondentky močová inkontinence obtěžuje. Respondentky zaznamenávaly odpovědi na škále od 1 do 5. Kdy 1 znamenala nikdy, 2 vyjíměčně, 3 občas, někdy, 4 často, 5 trvale, silně. Nejvíce respondentek 39% bylo občas obtěžováno potížemi s únikem moči, hned těsně se pohybuje 35% respondentek, které vnímaly potíže jako časté. Což dohromady dává kolem třičtvrtě respondentek, které byly občas až často obtěžovány únikem moči. Jedná se poměrně velké množství. Dále mělo 10% respondentek potíže vyjíměčně a 8% trvale, 2% respondentek zaznamenaly potíže v rozmezí občas a často a stejné množství mělo potíže na rozhraní často a trvale. 1% respondentek vnímalo potíže na škále mezi nikdy a vyjíměčně a 1% mezi vyjíměčně a občas. Žádná respondentka, která navštívila odbornou poradnu, ne zvolila možnost nikdy. To znamená, že všechny ženy navštívily poradnu s potížemi, které mají různou intenzitu a žena je může vnímat různě. Například žena, která uvedla potíže jako vyjíměčné, může svůj stav vnímat stejně nepříjemně jako žena, která potíže časté.



V otázce č.7 jsem se zaměřila na to, zda se ženy svěřily někomu se svým problémem močové inkontinence. U této otázky mohly respondentky označit více odpovědí. Nejvíce respondentek 56% se svěřily se svými potížemi lékaři, dále 25% respondentek své problémy pověděly rodině, 12% respondentek se svěřilo přátelům a 7% respondentek se nesvěřilo nikomu. Jak uvádí Doc.MUDr.Jiří Zikmund, Csc., ženy často nepřichází do ordinace lékaře přímo pro únik moči a nevyžadují pro tento stav léčení. Je tedy na lékaři, nebo zdravotnickém personálu, aby dotazem zjistil, zda ženu únik moči netrápí.(23) Čtvrtina žen se svěřila svému nejbližšímu okolí rodině a dále 12% přátelům, z toho vyplývá, že je důležitá informovanost nejen žen, které močovou inkontinencí trpí, ale i jejich nejbližšího okolí.

Otázka č.8 se týkala depresivních pocitů v souvislosti s močovou inkontinencí.32% respondentek se cítilo kvůli únikům moči depresivně často, 58% respondentek se cítilo depresivně občas a 10% respondentek se nikdy necítilo depresivně kvůli únikům moči. Močová inkontinence, pokud ji žena vnímá jako problém, je jednoznačně zatěžující. Působí v oblasti psychiky ženy. Jak je vidět ve výzkumu více než polovina žen se občas cítí depresivně, což znamená, že rozhodně stojí za to její problém řešit a aktivně ženy s problémy inkontinence vyhledávat.

Další otázka č.9 měla za úkol zjistit, zda močová inkontinence zasahuje do sexuálního života respondentek. 60% respondentek močová inkontinence nezasahovala do sexuálního života, 40% respondentek vnímalo potíže s únikem moči jako zasahující do sexuálního života. Je tedy zřejmé, že více jak polovina dotázaných žen nevnímala souvislost mezi únikem moči a sexuálním životem. Ale je tu také 40% žen, pro které byl ovlivněn sexuální život močovou inkontinencí. Jak se zmiňuje PhDr.Eva Morovicsová, PhD., jedinec zvláště citlivě snáší onemocnění na reprodukčních orgánech.(17) K nim nepochybně patří i onemocnění dolního močového ústrojí pro svoji blízkou souvislost právě s reprodukčními orgány.

Otázka č.10 se týkala vlivu úniku moči při zaměstnání respondentek, pokud jsou v pracovním poměru. 55% respondentek problém v zaměstnání nepocíťovalo, 45% respondentek odpovědělo, že se cítí být omezováno únikem moči v zaměstnání. Z toho vyplývá, že sice více respondentek problém s únikem moči v zaměstnání nemělo, ale

stále velké množství žen je omezováno únikem moči. Žena musí myslet na svůj problém i v zaměstnání, s největší pravděpodobností musí nosit některou s antiinkontinenčních pomůcek, což se může odrážet opět na její psychice, ale i na pracovních výsledcích.

V otázce č.11 jsem se respondentek ptala, jestli se kvůli úniku moči obávají cestování. Většina respondentek 66% se kvůli únikům moči obávalo cestování, 34% respondentek tento problém nevnímalo. Z této otázky je patrné, že močová inkontinence velkou měrou zasahuje do kvality života žen. Vede k omezování sociálních kontaktů, až k sociálnímu vyloučení. Vzhledem k tomu, že se dá únik moči léčit a existuje více možností řešení, je důležité, aby žena vyhledala pomoc, pokud ji potřebuje.

Otázka č.12 se týkala používání antiinkontinenčních pomůcek. Respondentek jsem se ptala, jestli používají některou s pomůcek jako jsou například vložky nebo plenkové kalhotky. Možnost odpovědí byla ano a ne. 72% respondentek používalo antiinkontinenční pomůcky, většina z nich měla tendenci zaškrtnout vložky, to si vysvětlují tím, že plenkové kalhotky jsou spíše využívány u pacientů upoutaných na lůžko, 28% respondentek antiinkontinenční pomůcky nepoužívalo. Je tedy vidět, že i antiinkontinenční pomůcky mají své nezastupitelné místo ve zlepšení kvality života žen zvláště v těch případech, kdy není účinná léčba, nebo léčba ještě nebyla zahájena. Existuje velká nabídka pomůcek od různých firem. Pomůcky splňují poměrně vysoké nároky, ale jsou také finančně náročné, jak se zmíním v následujícím odstavci.

V otázce č.13 jsem se ptala, jestli je pro respondentky nákup těchto pomůcek finančně náročný. 54% respondentek vnímalo nákup antiinkontinenčních pomůcek jako finanční zátěž. Pro 46% respondentek nebyl nákup antiinkontinenčních pomůcek finančně náročný. Jak uvádí MUDr. Lukáš Horčíčka ve svém internetovém článku, ekonomický dopad péče o kontinenci je značně velký, ale jen obtížně přesně kvantifikovatelný. S výjimkou kalkulací nákladů jednotlivých zdravotních výkonů a používaných absorpčních pomůcek při různě závažné inkontinenci nebyla v ČR provedena analýza ekonomických dopadů inkontinence. V USA podle výzkumu z roku 1984 činily náklady na inkontinenci 8,8 miliardy amerických dolarů. V průběhu dalšího desetiletí vystoupaly dokonce až na 26,3 miliardy amerických dolarů.(9) Protože

antiinkontinenční pomůcky jsou pouze zčásti hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, jsou pro mnohé respondentky ekonomicky náročné.

V otázce č.14 jsem se zajímala, jak se respondentky dozvěděly o možnostech léčby močové inkontinence. Ženy měly více možností odpovědí. Nejvíce respondentek 46% získalo informace od lékaře. Protože jsem neměla uvedenou specializaci lékaře, mohlo se jednat o praktického lékaře, gynekologa, nebo urogynekologa. V každém případě je velmi pozitivní, že se jedná o tak velké množství respondentek. Podobně pak získaly respondentky informace z televize 17% a z tisku 18%, takže média jsou také nezanedbatelná v informovanosti žen. 7% respondentek získalo informace o léčbě močové inkontinence od přátel a 6% respondentek z internetu. Tady si myslím, že je ještě velký potenciál, protože zvláště mladší ročníky žen s internetem pracují a mají k němu přístup a jistě budou s postupem času více vyhledávat informace přes internet. 5% respondentek získalo informace od zdravotní sestry. Zde by, podle mého názoru, mohlo dojít ke zlepšení ze strany zdravotních sester a porodních asistentek, které by mohly podávat informace a preventivně působit, i když průzkum Mgr. Marie Malinkové ukázal, že zdravotní sestry mají značný podíl na vyhledávání inkontinence, k řešení souvisejících problémů ovšem nemají dostatek informací.(16) 1 respondentka pak využila polootevřené otázky, zvolila jinou možnost a uvedla, že informace měla dostatečné, protože je sama zdravotní sestra.

V otázce č.15 jsem se zeptala respondentek, zda očekávají, že se jejich problém s močovou inkontinencí v odborné poradně vyřeší. Respondentky si mohly zvolit tři možnosti odpovědi ano, ne, nevím. 88% respondentek očekávalo vyřešení svého problému, ani jedna respondentka si nemyslela, že by se její problém v odborné poradně nevyřešil a 12% respondentek nevědělo, zda se únik moči vyřeší. Z těchto odpovědí je znát velká důvěra v lékaře a v současnou medicínu.

Otázka č.16 se týkala názoru respondentek na to, pokud by se dal problém s močovou inkontinencí odstranit pomocí chirurgického zákroku, jestli by ho respondentky podstoupily. 95% respondentek by chirurgický zákrok, který by odstranil její potíže, podstoupilo, 5% respondentek odmítlo chirurgický zákrok podstoupit. Z dotazníků se dalo vysledovat, že chirurgický zákrok by odmítly většinou ženy nad

71 let a více. Je možné se domnívat, že se jedná o ženy, které současně trpí ještě nějakou nemocí a mohou se obávat zhoršení svého stavu.

K posouzení hypotézy 1 bylo použito otázek 4, 5 a 7, a jak je již uvedeno výše v diskuzi, při vyhledávání odborné pomoci ze strany žen záleží především na tom, jak žena problém subjektivně vnímá a kdy se pro ní stane zatěžující. I když 48% respondentek mělo problém s únikem moči 1-5let, přesto 59% žen uvedlo, že vyhledalo pomoc při počátečních potížích. 56% žen vyhledalo kvůli svým potížím s močovou inkontinencí pomoc lékaře.

Výše uvedené vyvrací hypotézu 1: domnívám se, že ženy s močovou inkontinencí nevyhledávají odbornou pomoc při počátečních potížích.

#### **Hypotéza 1 se souborem respondentek nepotvrdila.**

K posouzení hypotézy 2 bylo použito otázek 1, 4, 6, 8, 9, 10 a 11. Respondentky, které byly ve věku 21-71 let a více, měly problémy s močovou inkontinencí ve 48% nejčastěji trvajících v rozmezí 1-5 let a v běžném životě je obtěžoval únik moči nejvíce na rozmezí občas 39% až často 35%, tzn. že se jedná o 74% respondentek. Respondentky se také cítily v 58% občas depresivně kvůli úniku moči a v 66% se ženy obávaly cestování. V sexuálním životě a v zaměstnání se nadprůměrné omezení neprokázalo. I přesto je zřejmé, že zátěž žen s močovou inkontinencí je na úrovni bio-psycho-sociální a zasahuje do všech rovin osobního života ženy.

Výše uvedené potvrzuje hypotézu 2: domnívám se, že ženy jsou bez ohledu na věk močovou inkontinencí omezovány v osobním životě.

#### **Hypotéza 2 je souborem respondentek potvrzena.**

Cílem práce bylo shrnout dosavadní poznatky o močové inkontinenci a zjistit, do jaké míry jsou ženy, které trpí únikem moči, močovou inkontinencí omezovány v osobním životě a zda vyhledávají odbornou pomoc při počátečních potížích.

#### **Dle mého názoru byl cíl práce splněn.**

## 6. ZÁVĚR

Močová inkontinence u žen je problematika, která zasahuje do všech oblastí života ženy. V současné době existuje velká řada nejnovějších poznatků, jak o močové inkontinenci samotné, tak o její léčbě. Otvírají se tak nové možnosti řešení močové inkontinence. I když se stále ještě jedná o problém, který je z velké části tabuizován a mnoho žen o něm nechce hovořit, je důležité, aby si jej žena nenechávala pro sebe.

Cílem mé práce bylo shrnout dosavadní poznatky o močové inkontinenci u žen v teoretické části a ve výzkumné části pak zjistit, do jaké míry jsou ženy v plzeňském kraji omezovány močovou inkontinencí a zda vyhledávají pomoc při počátečních potížích s únikem moči. Cíl práce byl splněn.

Na základě studia odborné literatury jsem stanovila dvě hypotézy. Hypotéza 1, domnívám se, že ženy s močovou inkontinencí nevyhledávají odbornou pomoc při počátečních potížích, se nepotvrdila. Hypotéza 2, domnívám se, že ženy jsou bez ohledu na věk močovou inkontinencí omezovány v osobním životě, se potvrdila.

Zdá se, že močová inkontinence vzhledem ke své incidenci znamená velký problém. Také se dá předpokládat, že bude docházet ke stárnutí populace a únik moči se tak stane závažným problémem. Jak se ukázalo ve výzkumu, ženy jsou únikem moči omezovány bez ohledu na věk, ale nepotvrdilo se, že ženy nevyhledávají pomoc při počátečních potížích. Důležité je, jak žena subjektivně své obtíže vnímá a jestliže začne vnímat své obtíže jako problém, aby věděla, kam se má obrátit pro pomoc. Pokud žena vyhledá lékařskou pomoc, je velká šance, že se její život stane kvalitnější. Proto je důležité, aby měla dostatek informací. K tomu jí mohou pomoci nejen lékaři, ale i zdravotní sestry, porodní asistentky, média a tisk.

Ráda bych, aby tato bakalářská práce sloužila jako zdroj informací a byla využita jako studijní materiál pro studenty všech zdravotních a sociálních oborů. Dále by také práce mohla být využita, sloužit a napomoci správnému přístupu k ženám s močovou inkontinencí a k pochopení jejich situace. Mohla by posloužit i široké veřejnosti, aby porozuměla problematice. Mohlo by tak dojít k pochopení daného problému. Získané informace rovněž ráda využiji ve své praxi.

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X
2. CITTEBART, K. a kol. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-246-0318-7
3. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2.vyd. Praha: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
4. FOREJTOVÁ, J. Urodynamické vyšetření močové inkontinence u žen. *Sestra*. Praha: 2004, roč.14, č.1, s.18. ISSN 1210-0404
5. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 98 s. ISBN 80-7169-950-0
6. HALAŠKA, M. a kol. *Urogynekologie*.1.vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2
7. HASLAM, J. Urinary incontinence: why women do not ask for help. Přel. K. Drábková, *Florence*, Praha: 2006, roč.2, č.9, s.26-28, ISSN 1801-464X
8. HORČIČKA, L. *Inkontinence ve všeobecné gynekologické ambulanci*. <http://gona.in/?pg=13&idclanku=49>, 16.12., 2006
9. HORČIČKA, L. *Kvalita žen s močovou inkontinencí*. <http://gona.in/?pg=13&idclanku=48>, 16.12., 2006

10. HORČIČKA, L., CHMEL R., NOVÁČKOVÁ M. *Konzervativní terapie ženské močové inkontinence – možnosti a efektivita*. <http://gona.in/?pg=13&idclanku=50>, 16.12., 2006
11. HRDÁ, I. Inkontinence moči TVT a TOT. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č.2, s.18. ISSN 1210-0404
12. CHMEL, R. *Močová inkontinence*. Informační leták vydala Solvay Pharma s.r.o. Praha, 10.2., 2007
13. KAHOVCOVÁ, I. *Zdravotně sociální problematika žen s močovou inkontinencí*. Bakalářská práce. České Budějovice: 2005. ZSF JČU.
14. KLEVETOVÁ, D. Péče o inkontinentní ženy. *Sestra*. Praha: 2004, roč.14, č.1, s.18-20. ISSN 1210-0404
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
16. MALINKOVÁ, M. Inkontinence moči z pohledu sestry, *Sestra*. Praha: 2003, roč.13, č.2, s.32-34. ISSN 1210-0404
17. MOROVICSOVÁ, E. Nemoc v prožívání člověka, *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č.4, s.13-14. ISSN 1210-0404
18. MIKŠOVÁ, M. *Inkontinence u starých lidí*. Ročníková práce. České Budějovice: 2001. ZSF JČU.
19. PEVNÁ, Z. *Informovanost laické a zdravotnické veřejnosti o močové inkontinenci*. Urologie pro praxi, 2005. File: informovanost o inkont.pdf

20. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Brno: IDVZP, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8
21. SCHREIBER, M. a kol. *Funkční somatologie*. 1.vyd. Jinočany: H&H, 1998. 467 s. ISBN 80-86022-28-5
22. SVĚRÁKOVÁ, M. *Inkontinence*. Vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2003, 19. Číslo odborné edice.
23. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8
24. ZIKMUND, J., HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. 2.vyd. Brno: IDVPZ, 1995. 60 s. ISBN 80-7013-096
25. ZERHAU, P. *Operační léčba dysfunkcí dolních močových cest*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 59 s. ISBN 80-7013-308-2
26. <http://www.incoforum.cz/>, march 2007
27. [http://www.cus.cz/odkazy\\_laicke.htm](http://www.cus.cz/odkazy_laicke.htm), march 2007
28. [http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=tvf\\_about&mi=1](http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=tvf_about&mi=1), march 2007
29. [http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence\\_treatments#The\\_rapy](http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence_treatments#The_rapy), march 2007
30. [http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence\\_prevention](http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence_prevention), march 2007



31. [http://www.nafc.org/about\\_incontinence/faq.htm](http://www.nafc.org/about_incontinence/faq.htm), april 2007
32. <http://www.healthywomen.org/healthtopics/incontinence/treatment>, april 2007
33. <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>, april 2007
34. <http://www.inkontinence.com/popis-vykonu/>, april 2007
35. <http://cz.hartmann.info/CZ/74493.htm>, april 2007
36. <http://cz.hartmann.info/CZ/76945.htm>, april 2007

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

1. močová inkontinence
2. žena
3. mikce
4. léčba
5. informovanost

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Mikční deník

Příloha 3: Gaudenzův dotazník

Příloha 4: Urodynamická jednotka

Příloha 5: Cviky k posílení pánevního dna

Příloha 6: TVT pásy

Příloha 7: Inkontinenční pomůcky

## Příloha 1 – Dotazník

Dobrý den,

dovoľte mi, abych se představila, jmenuji se Markéta Kazdová a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat, zda byste si našla chvíli času a vyplnila tento dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na téma Zdravotně sociální problematika žen s močovou inkontinencí. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za vyplnění.

Markéta Kazdová

Instrukce: Svoji odpověď, nebude-li uvedeno jinak, vyjádřete zakroužkováním příslušného písmene, v některých otázkách lze zakroužkovat více odpovědí.

### 1) Kolik je Vám let?

- a) 21-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51-60 let
- e) 61-70 let
- f) 71 let a více

### 2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučená
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### 3) Víte, co to znamená pojem močová inkontinence?

- a) ano
- b) ne

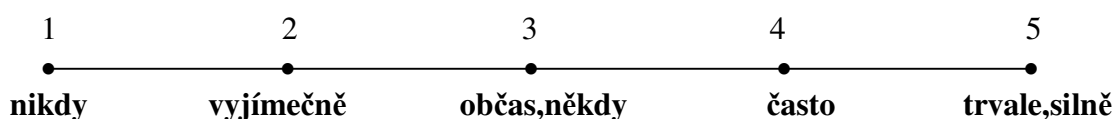
### 4) Jak dlouho únikem moče trpíte?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 5-10 let
- d) více než 10 let

### 5) Vyhledala jste při počátečních potížích odbornou pomoc?

- a) ano
- b) ne

### 6) Pokud by jste měla na škále od jedné do pěti zaznamenat, jak moc vás únik moče obtěžuje v běžném životě (prosím zaznamenejte křížkem)



- 7) Svěřila jste se někomu se svým problémem?
- rodině
  - přátelům
  - lékaři, nebo jinému zdravotnickému personálu
  - nikomu
- 8) Cítíte se kvůli svým problémům s únikem moči depresivně?
- často
  - občas
  - nikdy
- 9) Zasahuje únik moče do Vašeho sexuálního života?
- ano
  - ne
- 10) Pokud jste v pracovním poměru, omezuje Vás únik moče v zaměstnání?
- ano
  - ne
- 11) Obáváte se kvůli úniku moči cestování?
- ano
  - ne
- 12) Požíváte některou z inkontinenčních pomůcek jako jsou vložky, nebo plenkové kalhotky?
- ano
  - ne
- 13) Pokud ano, představuje pro Vás nákup těchto pomůcek finanční zátěž?
- ano
  - ne
- 14) Jak jste se dozvěděla o možnosti léčby úniku moče?
- z televize
  - z tisku
  - z internetu
  - od přátel
  - od lékaře
  - od zdravotní sestry
  - jiné (prosím uveďte) .....
- 15) Očekáváte, že návštěva lékaře ve specializované poradně Váš problém s únikem moče vyřeší?
- ano
  - ne
  - nevím
- 16) Pokud by se dal Váš problém s únikem moče odstranit chirurgickým zákrokem, podstoupila byste jej?
- ano
  - ne

## Příloha 2 – Mikční deník



Mikční deník vyplňujte po dobu 2 za sebou jdoucích dnů.  
Vyplněný mikční deník pak konzultujte se svým ošetřujícím lékařem.

1. den

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



2. den

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

Vydáno: únor 2007



## Příloha 3: Gaudenzův dotazník

### Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence

Příjmení: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_

Věk: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

<p>Pomocujete se někdy mimovolně? ano _____ ne _____</p> <p>Jak často se to stává? zřídka, např. při nachlazení _____ příležitostně _____ denně, několikrát za den _____ prakticky neustále _____</p> <p>Jak velké množství moči mimovolně odchází? několik kapek _____ malé dávky _____ větší množství _____</p> <p>Jak často během dne si musíte měnit spodní prádlo, protože je mokré? není třeba _____ několikrát denně _____</p> <p>Často použijí vložku nebo vatou: když jdu ven _____ také doma _____ také, když jdu spát _____</p> <p>Když si měním prádlo nebo vložku, jsou: suché _____ vlhké _____ mokrě _____ úplně mokré _____</p> <p>Mimovolné pomočování pro mne znamená: není to pro mne problém _____ příležitostně mne obtěžuje _____ velmi mne obtěžuje _____ nesmím si vadit _____</p> <p>Při jaké příležitosti dochází k mimovolnému pomočování? při kašli a kýchní _____ když se směji _____ při chuzi nebo chuzi do schodu _____ při sestupování _____ při skákání, cvičení, poskakování _____ vstoje _____ vsedě, vleže _____</p> <p>Po jaké události se mimovolné pomočování objevilo poprvé? po porodu _____ po břišní operaci _____ v přechodu _____ jindy _____</p> <p>Kolik dětí jste porodila? žádné _____ 1-3 _____ 4 a více _____</p> <p>Počet dětí s porodní hmotností nad 4 kg 0 _____ 1 _____ 2 a více _____</p> <p>Menstruujete ještě? ano _____ ne _____</p> <p>Prodělala jste již břišní operaci? ano, jakou? _____ ne _____</p>	<p>Pocítujete pálení při močení? ano, během močení _____ ano, po močení _____ ne _____</p> <p>Kolikrát během dne močíte? každé 3-6 hodin _____ každou 1-2 hodiny _____ každou půl hodiny nebo častěji _____ je to různé, při rozčilení _____</p> <p>Budíte se v noci, protože máte nucení na moč? Jak často v noci močíte? nikdy _____ jednou, nepravidelně _____ 2-4x _____ 5 a vícekrát _____</p> <p>Pomocujete se v noci při spaní, aniž byste o tom věděla? ne, nikdy _____ příležitostně, zřídka _____ často, pravidelně _____</p> <p>Máte-li nucení na moč, musíte jít hned nebo můžete počkat? mohu čekat _____ musím jít brzy, během 10-15 minut _____ musím jít ihned, během 1-5 minut _____</p> <p>Stane se někdy, že nestačíte dojit na záchod a již cestou se pomočíte? nikdy _____ zřídka, např. při nachlazení _____ příležitostně _____ pravidelně, často _____</p> <p>Stane se někdy, že máte náhle silné nucení na moč a brzy poté se zcela nečekaně pomočíte, aniž by se tomu dalo zabránit? ne _____ zřídka _____ často _____</p> <p>Dokážete silou vůle přerušit proud moči? ano _____ ne _____ nevím _____</p> <p>Máte pocit, že Váš močový měchýř je po vymočení prázdný? ano _____ ne _____ ne vždy _____ nevím _____</p> <p>Často jen stěží potlačitelné nucení na moč je pro mne: vlastně to není problém _____ příležitostně mi vadí _____ velmi mi vadí _____ nesmím si vadit _____</p> <p>Kolik vážíte? méně než 50 kg _____ 51-60 kg _____ 61-70 kg _____ 71-80 kg _____ více než 80 kg _____</p> <p>Trpíte návaly? ano _____ ne _____</p> <p>Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce? ano _____ ne _____</p>
--	---

Prosím nechat nevyplněné

skóre pro nutkavou inkontinenci	skóre pro stresovou inkontinenci	diagnóza
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	_____
_____	_____	_____

#### **Příloha 4: Urodynamická vyšetřovací jednotka**

(převzato z:

<http://www.fnplzen.cz/data/prac/Bory/urol/fotogalerie/foto-ambulance.html>)





## **Příloha 5: Cviky k posílení pánevního dna**

(převzato z knihy O nemocech močového měchýře, L. Galajdová, viz. použitá literatura)

### **Hlavní zásady úspěšného cvičení:**

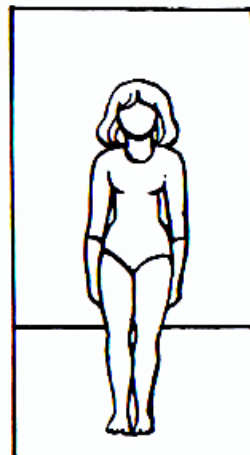
- cvičte denně, nejméně po dobu 3 měsíců,
- cvičte alespoň 15 minut denně,
- každý cvik opakujte 5–10krát za sebou,
- nikdy necvičte až do úplné únavy,
- napřed si rozhýbejte celé tělo lehkým procvičením,
- při cvičení nezadržujte dech – dýchejte pravidelně,
- cvičte pomalu, nespěchejte a dotahujte pohyby do konce,
- nezapomeňte před cvičením v místnosti vyvětrat – kvůli kyslíku,
- necvičte krátce po jídle, raději 1–2 hodiny po jídle,
- nepřizpůsobujte si cviky, cvičte je tak, jak jsou popsány,
- konzultujte cvičení a jeho výsledky se svým lékařem.

### **I. Cvičení svalů pánevního dna – 1. série**

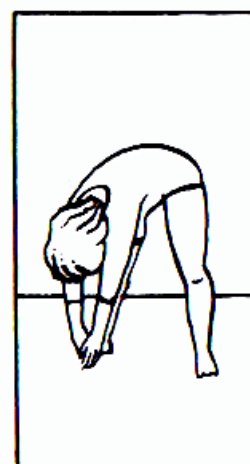
1. Stoj, nohy u sebe, držíme se opěradla židle nebo okraje stolu, podřep s koleny u sebe, pánev tlačit vpřed, stáhnout svaly břišní, sedací, pánevní dno (vtáhnout konečník a svěrače), zpět uvolnit.
2. Sed na židli, rukama se opírat za tělem o sedadlo, stáhnout svaly sedací, břišní a svaly pánevního dna – mírně zvednout pánev, výdrž a uvolnit.
3. Sed na zemi, pokrčené nohy, kolena mírně od sebe, rukama tlačíme kolena od sebe a současně kolena tlačíme proti odporu rukou k sobě, a uvolníme.
4. Sed, pokrčené nohy, kolena u sebe, ruce stlačují kolena k sobě, kolena naopak tlačíme proti tlaku rukou od sebe a uvolníme.
5. Sed, natažené nohy u sebe, dlaně se opírají za tělem, mírně přednožit, patu k sobě, špičky od sebe, stáhnout sedací a břišní svaly, vtáhnout konečník, mírně hmitat nohama nad zemí a uvolníme.
6. Leh na záda, nohy natažené, stáhnout svaly sedací, břišní, vtáhnout konečník, špičky k sobě, paty naopak od sebe, mírné hmity v přednožení nízko nad zemí a uvolníme.
7. Leh na záda, pokrčené nohy u sebe, zvednout pánev, přednožit levou nohu a vystřídáme s pravou, pak zpět, položíme pánev a uvolníme.
8. Leh na záda, natažené nohy mírně od sebe, mezi lýtka vložíme míč a tisknutím nohou k sobě míč stlačujeme, pak uvolníme.

## II. Cvičení k obrázkům – 2. série

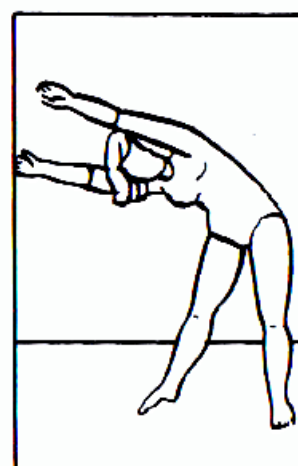
1. Stoj spojný, chodidla rovnoměrně zatížena, kolena mírně napjata. Hýžďové a břišní svaly napjaty k docílení správné polohy pánve. Lopatky jsou staženy k sobě v dolním úhlu, paže volně podél těla. Hlavu držíme rovně – protažením šíjových a krčních svalů.



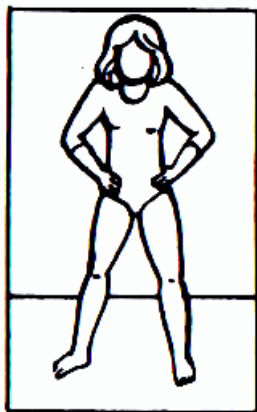
2. Stoj rozkročný, vzpažit. Hluboký předklon střídavě k pravému a levému kolenu. Při předklonu výdech, po vzpřímení vdech. Ruce stále vzpaženy.



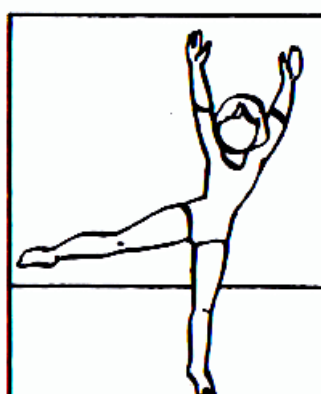
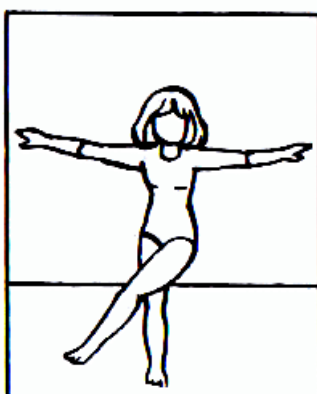
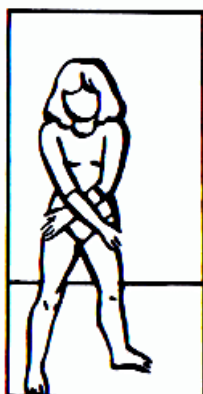
3. Stoj rozkročný, vzpažit. Střídavě úklony vlevo a vpravo.



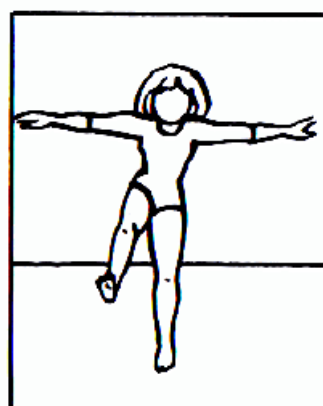
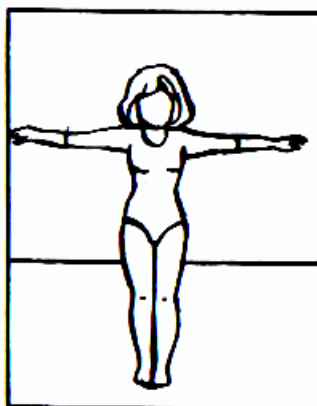
4. Stoj rozkročný, kroužení trupem třikrát doprava, třikrát doleva.



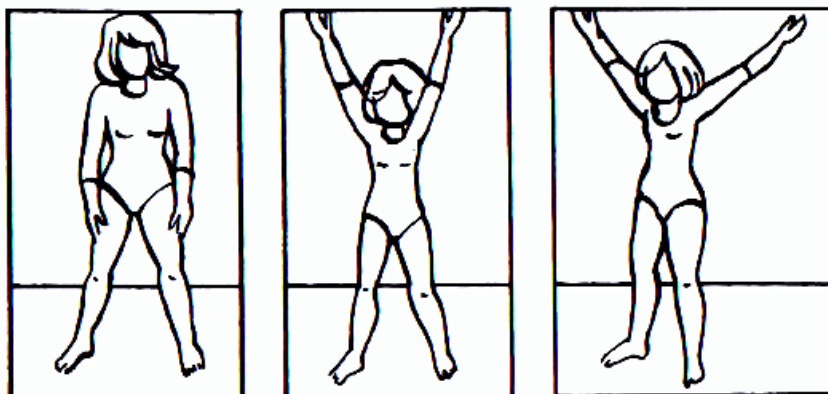
5. Stoj mírně rozkročný, zkřížit paže před tělem. Švihem unožit a vzpažit – vdech. Při zpětném pohybu výdech. Střídáme pravou a levou nohu.



6. Stoj spojný, upažit. Opět švihem přednožit a zanožit. Střídáme pravou a levou nohu.



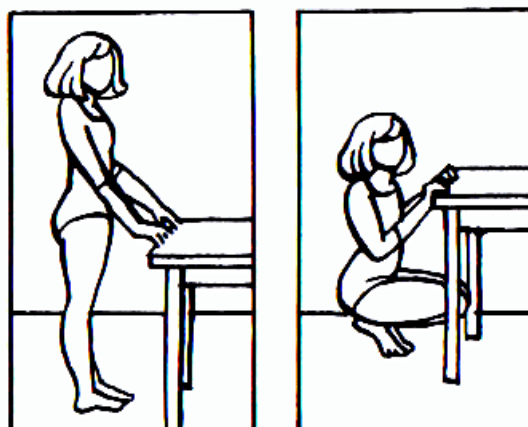
7. Stoj mírně rozkročný, připažit. Pomalé boční kruhy pažemi. Při vzpažení nadechujeme, při připažení vydechujeme.



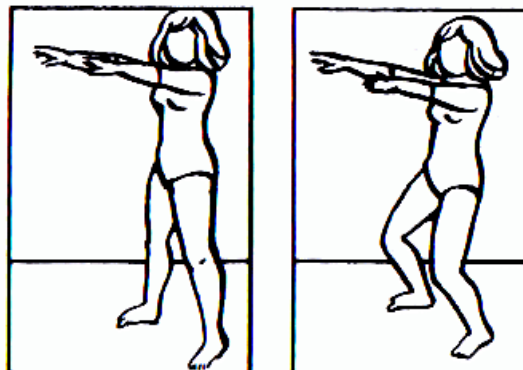
8. Stoj mírně rozkročný, chodidla rovnoběžně. Hluboký uvolněný předklon s uvolněnými koleny – výdech, pomalý vzpřim – nádech.



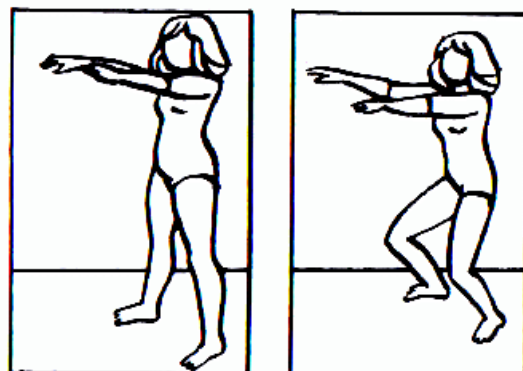
9. Stoj spojný, ruce opřít o stůl, kolena k sobě, podsadit pánev, stáhnout hýžďové svaly a pomalu do hlubukého podřepu – výdrž a zpět.



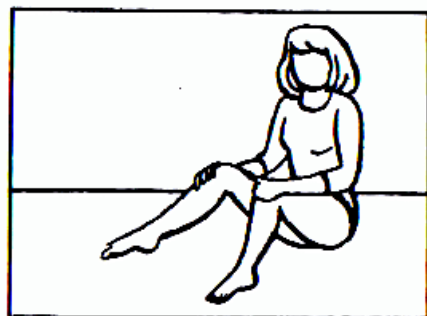
10. Stoj rozkročný, předpažit. Podřep a stažením břišních a hýžďových svalů, podsadit pánev, výdrž a zpět.



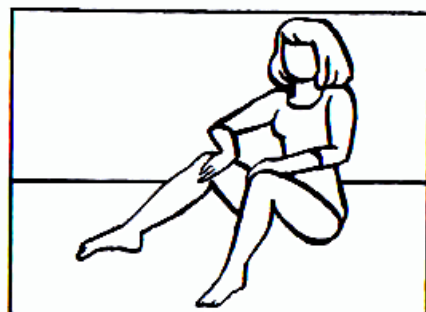
11. Jako předcházející cvik, ale s pérováním v kolennou.



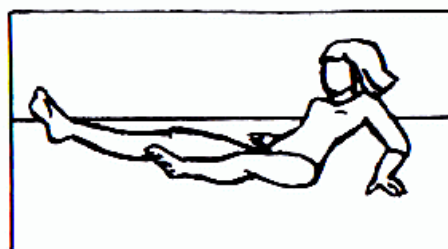
12. Sed skrčmo, rukama tlačíme na zevní stranu kolen a kolena tlačíme proti tlaku rukou směrem od sebe. Současně máme stažený konečník a břišní i hýžďové svaly. Uvolníme a zpět.



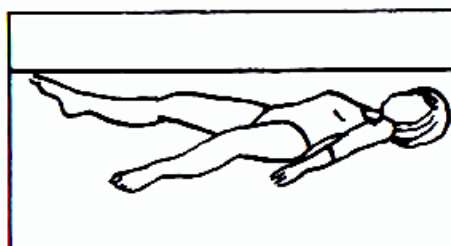
13. Sed skrčmo, tentokrát ruce na vnitřní straně kolen. Stáhneme opět břišní a hýžďové svaly, vtáhneme konečník a rukama kolena roztlačujeme od sebe. Současně kolena tlačíme k sobě proti odporu rukou.



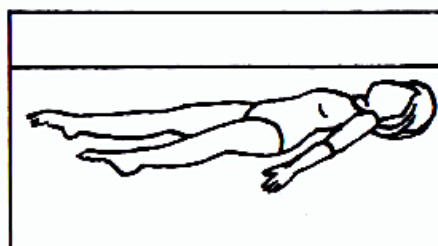
14. Sed s oporou o ruce za tě-  
lem. Stáhneme břišní a hýž-  
ďové svaly, vtáhneme ko-  
nečník a hmitáme nohama  
vodorovně nad zemí. Paty  
k sobě, špičky do stran.



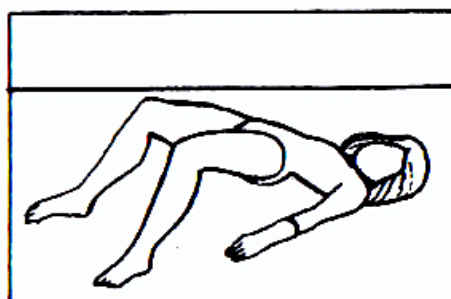
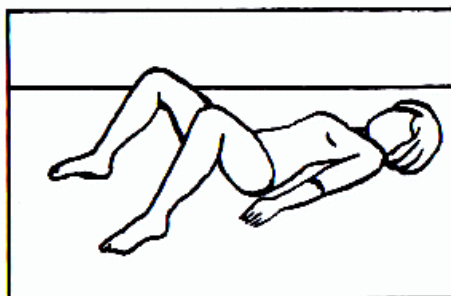
15. Totéž vleže na zádech.



16. Opět totéž a hmitáme noha-  
ma nahoru a dolu.

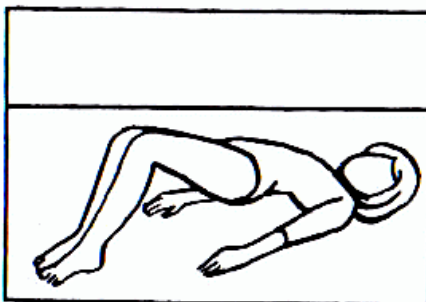
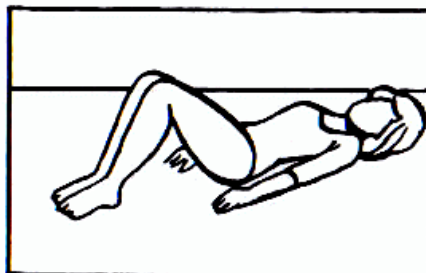


17. Leh na zádech, skrčené no-  
hy od sebe. Stáhneme ko-  
nečník a svaly, nadzvedne-  
me pánev a uvolníme.





18. Totéž s nohama u sebe.



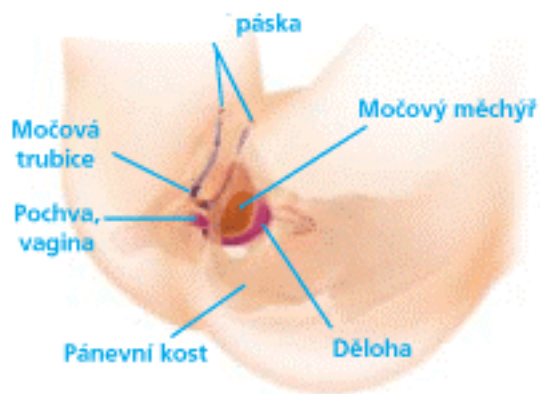
19. + 20. Na závěr opakujeme cviky číslo 7 a 8.  
Dodržujte prosím postup v jednotlivých sériích.

## Příloha 6 – TVT pásy

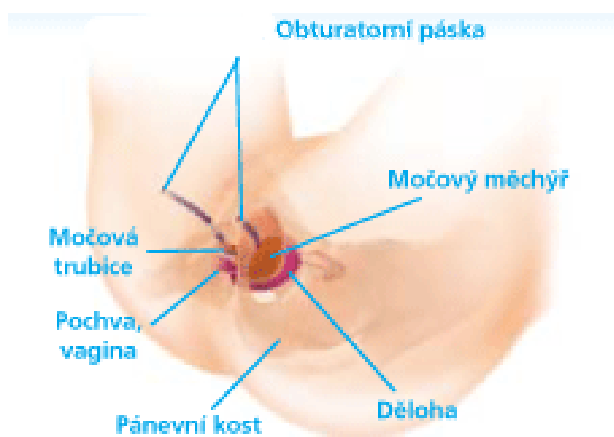
(převzato z:

[http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence\\_treatments#Therapy](http://www.gynecare.com/bgdisplay.jhtml?itemname=incontinence_treatments#Therapy) )

Uložení TVT pásy



Páska TOT



Nejnovější páska TVT SECUR

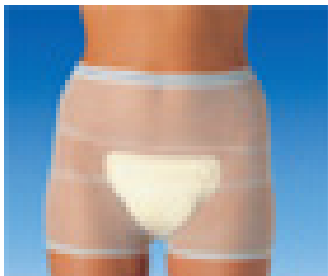




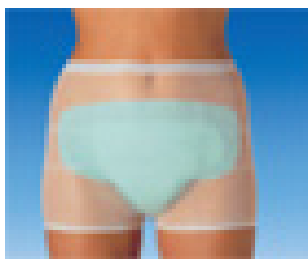
## **Příloha 7- Inkontinenční pomůcky**

(převzato z: <http://cz.hartmann.info/CZ/74493.htm>)

Vložky pro lehký stupeň inkontinence



Vložné pleny pro častý únik moči



Kalhotky pro mobilní inkontinentní pacienty



Prodyšné plenkové kalhotky pro trvalý únik moči

