

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

KVALITA ŽIVOTA ŽEN VE VĚKU
25 – 45 LET
S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová

Autor práce: Bc. Petra Neumannová

2007

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci 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 diplomové 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 25. 5. 2007

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych velmi chtěla poděkovat Mgr. Haně Francové za odborné vedení diplomové práce.

The title of diploma work:

Quality of Life of Women in the Age of 25 – 45 Years with Urinary Incontinence

The aim of the diploma work was to recognize, whether and which way urinary incontinence influences quality of life of affected women psychically, socially and physically. Urinary incontinence is one of the factors, which can influence quality of life very notably. It practically affects all spheres of life. Life of incontinent woman is fully comforted to her problems. She is limited in the sphere of physical activity, she has to give up doing sport, exercises, aerobics, longer walks, dancing. She is limited at work, she is able to do her employment at the cost of goodly troubles, which results sooner or later in a loss of job. She is handicapped in the society, she stays at home because of fear from social disqualification, she limits contact to the next of kin. And also at home, her partner does not always accept her problems with sympathy. All these difficulties often result in a feeling of inferiority, a feeling of limited, unfulfilled life.

For the reach of the aim a technique of semi-standardized dialogue was used. I looked into this problemacy by the help of questions and answers of ten clients of gynaecological department of the Hospital in Písek in more detailed way. I used as an auxiliary method for finding a quality of life a questionnaire SEIQoL, which aim was to find out whether there are qualitative differences in the life of healthy women and women with urinary incontinence. On the base of knowledge I stated two hypotheses, which are aimed at economical sphere of mentioned problemacy and quality of life. The aim of the diploma work was fulfilled, in its framework I studied and evaluated corresponding factors influencing life of women with incontinence.

The term of „quality of life“ is not a mere phrase for women with incontinence, it is a fact, which is necessary to deal with more and to solve it. Urinary incontinence is similar with its course to a chronical disease, which does not ache, but it can cause psychical problems.

It is hinge that every woman who is affected by this problem had sufficient information and knowledge to be able to solve it by the help of a qualified expert and could be spared of unnecessary negative experience.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	6
1.1. Anatomie a fyziologie vylučovacího ústrojí ženy	6
1.2. Definice a klasifikace inkontinence	8
1.3. Vyšetřovací metody	11
1.3.1. Anamnéza	12
1.3.1.1. Rodinná anamnéza	12
1.3.1.2. Osobní anamnéza	13
1.3.1.3. Gynekologická a porodnická anamnéza	13
1.3.1.4. Sociální a pracovní anamnéza	13
1.3.1.5. Urologická anamnéza	14
1.3.2. Fyzikální vyšetření	14
1.3.3. Laboratorní a zobrazovací metody	15
1.3.4. Urodynamické vyšetření	16
1.3.5. Ultrazvuk	16
1.4. Terapie inkontinence	17
1.4.1. Konzervativní terapie	17
1.4.1.1. Estrogeny	17
1.4.1.2. Parasympatolytika	18
1.4.1.3. Gymnastika pánevního dna	18
1.4.1.4. Elektrostimulace	20
1.4.1.5. Biofeedback	20
1.4.1.6. Mechanické prostředky	21
1.4.2. Operační terapie	22
1.4.2.1. Závěs střední části uretry	22
1.5. Prevence vzniku močové inkontinence	23
1.6. Druhy hygienických pomůcek	25
1.6.1. Zdroje informací pro ženy s močovou inkontinencí	26
1.7. Organizace péče o inkontinentní pacientky	26

1.8. Holistické pojetí močové inkontinence	27
1.8.1. Psycho-sociální aspekty močové inkontinence	27
1.8.2. Sociálně-ekonomické aspekty močové inkontinence	29
1.8.3. Zdravotní důsledky močové inkontinence	31
1.9. Kvalita života	32
1.9.1. Kvalita života žen s močovou inkontinencí	32
1.9.2. Rozsah pojetí kvality života.	33
1.9.3. Přístupy k měření kvality života	34
1.9.4. Pojetí kvality života v termínech životní spokojenosti	35
1.9.5. Repertory – Grid	35
1.9.6. Souhrn studií o subjektivních měření kvality života	37
1.10. Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci	38
1.10.1. Sociální aspekty chronického onemocnění	38
2. Cíl práce	41
3. Metodika	42
3.1. Použité metody výzkumu	42
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	44
4. Výzkumná část	45
5. Diskuze	71
6. Závěr	81
7. Seznam použité literatury	83
8. Klíčová slova	90
9. Přílohy	91

Motto:

**„Život je jen vzlyk a jiný život není
i pod tím rozstříleným praporem je krásy
dost.“**

Jaroslav Seifert

Úvod

Inkontinence moči postihuje významnou část žen, a to nejen v postmenopauzálním období. Zmínky o inkontinenci moči lze nalézt již v dílech antických lékařů. První popis stresové inkontinence moči pak pochází ze začátků 19. století. V průběhu 19. století a v první polovině 20. století nastal rozvoj chirurgické léčby těchto problémů, zejména zásluhou zakladatelů moderní gynekologie Jamese M. Simse a Howarda A. Kellyho. Přesto však až do poloviny 20. století nebyla inkontinence moči všeobecně vnímána adekvátně svému psychosociálnímu a postupně i ekonomickému významu. První větší publicitu tato problematika získala koncem 40. let, kdy kalifornský gynekolog Arnold Kegel začal inkontinenci moči léčit cvičením svalů pánevního dna. V roce 1971 byla založena International Continence Society, organizace, která sdružuje přední světové odborníky z oboru gynekologie a urologie. V průběhu dalších tří desetiletí se odehrál zásadní pokrok v diagnostice a v terapii inkontinence moči.

Močová inkontinence je zdravotní problém, který postihuje velké procento žen. Jejich život je tímto problémem velice ovlivněn, protože jim znemožňuje aktivity, na které byly zvyklé a které vykonávaly dříve bez obtíží. Jde zejména o společenský život, který je ovlivněn především ženiným strachem ze společenského ztrapnění, hlavně z důvodu nepředvídatelného úniku moče, je-li v jiném prostředí - a WC není na dosah. Proto je nutné, aby se omezovala ve výběru a množství nápojů, dochází také k ochuzení jejího šatníku a k potížím v partnerském životě. Může být též změněn její profesionální výkon. Únik moče je problém velice intimního rázu, a když je žena více citlivě založena, vnímá toto postižení velmi intenzivně, a může docházet ke změnám její osoby po tělesné i duševní stránce.

Močová inkontinence je v naší společnosti dosud velké tabu. Hlavně ženy vyššího věku nepřikládají inkontinenci velký význam, únik moče považují za fyziologický proces, který provází stáří. Mnohé přisuzují svůj handicap těžkým porodům nebo fyzické práci. Většinou je ani nenapadne, že by se měly svěřit lékaři, anebo mají obavy svůj problém odhalit, protože jim stud brání o tak intimní otázce hovořit. Mnohé studie uvádějí, že ženy s nepříjemnými příznaky močové inkontinence čekalo jeden rok až pět let, než vyhledalo pomoc u praktického lékaře. Dvakrát tak déle otálely s požádáním svého lékaře o pomoc ženy ve věku nad 65 let. Je možno konstatovat, že svůj problém spíše řeší ženy mladší a žijící ve městech, protože je k tomu nutí poněkud odlišný životní styl a snadnější dostupnost lékaře. Ženy ve městech jsou také o této problematice více informovány a chtějí si zachovat dobrou kvalitu svého života.

Všichni zdravotničtí pracovníci by měli vědět o poskytování služeb při inkontinenci během primární péče a měli by být schopni poradit každé ženě, se kterou přicházejí do styku, nejlepší způsob přístupu k těmto službám. Možná, kdyby zdravotníci poskytovali ve větší míře informace při každé příležitosti, cítily by se ženy při diskuzi o svých problémech jistější a uvolněnější a byly by schopné svou močovou inkontinenci řešit – nebo alespoň si s ní poradit.

Problém močové inkontinence je názorným příkladem, jak zdravotní sestra může pozitivně zasáhnout do dalšího života ženy za předpokladu, že je v této problematice vzdělaná, je laskavá, trpělivá, vstřícná a schopná zařídit spolupráci s lékařem.

Během své profesionální praxe na gynekologicko - porodnickém oddělení jsem se setkávala se ženami, které měly tento problém. V budoucnu bych chtěla, aby ženy takto postižené byly více informovány o svých potížích, aby se neváhaly svěřit profesionálovi se svými pocity a aby věděly, že jejich problém je možné vyřešit. Lepší informovanost bych chtěla zajistit vydáním příručky, která by byla zpracována na základě mé diplomové práce a byla by dostupná ve zdravotnických zařízeních. Při výzkumu vycházím z předpokladu, že kvalita života takto postižených žen je snížena v oblasti psychické, fyzické, sociální a pracovní. Proto své otázky zaměřím na

profesionální oblast, péči o zdraví, rodinný a partnerský život, fyzickou stránku, prožívání a sociální kontakty.

1.Současný stav

1.1.Anatomie a fyziologie vylučovacího ústrojí ženy

Stěna močového měchýře se skládá ze tří vrstev hladkého svalu – detruzoru. Zevní a vnitřní jsou longitudinální a přecházejí plynule na uretru, střední vrstva je cirkulární a končí náhle u vnitřního ústí uretry. Zevní longitudinální vrstva přechází na krček měchýře a uretru. Její vlákna zde mají šikmý až cirkulární průběh a tvoří do stran protisměrné kličky (m.sphincter vesicae). Vnitřní longitudinální vrstva detruzoru přechází plynule na uretru.(Zikmund 1999)

Rozlišení na takto popsané tři vrstvy je však zřetelné pouze na úrovni trigona. Jinak je detruzor tvořen spleť vláken, kde jednotlivé vrstvy lze jen velmi těžko diferencovat. Z vnitřní strany je měchýř kryt epitelem vícevrstevnatým přechodným. Je to několik polygonálních buněk krytých jednou vrstvou buněk nápadně větších. Výška epitelu se mění v závislosti na náplni měchýře. (Šettner 2004)

Tepny k měchýři přicházejí z a.iliace interna. Venózní síť je bohatá a zvláště při bázi měchýře tvoří bohaté plexy. Nervové zásobení k měchýři přichází z plexus vesicalis. Sympatická vlákna přicházejí v dolním hypogastrickém plexu ze segmentů Th₁₀ – L₂. Parasympatická inervace jde prostřednictvím nn. pelvici z mikčního centra v segmentech S₂ – S₄ .(Zikmund 1999)

Normální délka uretry u ženy je 4 cm. Podle průběhu se uretra dělí na tři části : intramurální (průběh ve stěně měchýře), pelvickou část (mezi měchýřem a diafragmatem) a perineální. Epitel vystýlající vnitřní plochu uretry je v horní části vrstevnatý přechodný stejně jako v měchýři. Distálně tento epitel přechází ve vrstevnatý dlaždicový, který je pokračováním epitelu poševního introitu. Jejich hranice se za života ženy mění v závislosti na estrogenní situaci. S přibývajícím věkem estrogenní receptory mizí.(Zikmund 1999)

Zajištění kontinence, zvláště kontinence při stresu, je z velké části závislé na fixaci měchýře a uretrovezikálního spojení v intraabdominální poloze. Na tom se

podílejí svaly a fascie pánevního dna a ligamenta fixující uretru ke sponě. Pánevní dutina je zespodu uzavřena souborem svalů a fascií a skládá se z diafragme pelvis (m. levator a m. coccygeus), diafragma urogenitale (m. transversus perinei profundus a superficialis, m. ischiocavernosus a m. bulbocavernosus). Významnou roli pro fixaci uretry znamenají ligg. pubovesicalia. Mají tři části, z nichž nejdůležitější a nejsilnější je pars posterior (lig. pubourethrale), která se upíná k pars pubica m. levatoris a k arcus tendineus, resp. na fibroelastická ztluštění laterálně od hrdla měchýře. Mají tak význam jak při aktivní, tak i pasivní složce uzávěrového mechanismu. U žen se stresovou inkontinencí jsou zvláště chabá. Měchýř je uložen za sponou. Zatímco spodina měchýře a uretra jsou poměrně pevně fixovány k diafragmatu urogenitálnímu, směrem vzhůru je corpus a apex kryty peritoneem. Po stranách je řídké vazivo. Vzadu přechází peritoneum na přední stěnu děložní. (Bercík 2007)

Močový měchýř má dvě základní funkce: slouží k zadržování moči, k jejímu vyprazdňování. Jeho správná činnost je závislá na dokonalé nervové koordinaci. Ta je zajištěna komplexní inervací, na které se podílí jednak vegetativní nervstvo inervující měchýř a uretru, ale též somatická inervace vláken příčně pruhovaného svěrače a dna pánevního a v neposlední řadě centrální nervový systém. (Zikmund 1999)

Anatomickým centrem mikčního reflexu je mikční centrum v sakrální míše. Je situováno do oblasti segmentů S₂ – S₄. Detruzorové jádro obstarává motorickou inervaci pro detruzor. Kontinence je tedy zajištěna tehdy, je-li intrauretrální tlak (odpor uretry) vyšší než tlak v močovém měchýři. Za normálních okolností se hodnota intrauretrálního tlaku pohybuje v závislosti na věku mezi 40 – 90 cm H₂O. Na velikosti uretrálního odporu se podílí několik faktorů. Jsou to především tonus hladkého svalu, příčně pruhovaná svalovina uretry a okolí, stav vaskulatury v submukóze uretry a přenos tlaku z dutiny břišní na uretru. (Miklica 2006)

Při kašli, kýchnutí apod. stoupají hodnoty intraabdominálního tlaku a tím i tlaku intravezikálního a přesahují hodnoty uretrálního odporu v klidu. Proč u zdravého člověka nedojde k odtoku moči, vysvětlil Enhoerning. Každé intraabdominální zvýšení tlaku vede sice ke zvýšení tlaku intravezikálního, ale působí zároveň na proximální část

uretry. Tím se zvýší uretrální odpor o stejnou hodnotu jako tlak intravezikální a kontinence je zajištěna. Efekt tohoto pasivního přenosu tlaku na uretru a na fixaci je závislý na zachování normálních anatomických vztahů mezi měchýřem a uretrou a na fixaci uretrovezikálního spojení v intraabdominální poloze. Pacientky se stresovou inkontinencí mají uretrovezikální spojení pokleslé, nedostatečně fixované. Je tedy měchýř vlastně trvale v premikčním postavení a přenos tlaku se nemůže uplatnit. (Zikmund 1999, příloha 1)

1.2. Definice a klasifikace inkontinence

„Z poruch funkce močového měchýře a uretry je inkontinence moče poruchou nejčastější. Není chorobou ve vlastním slova smyslu, nýbrž příznakem, který má různé příčiny. Chorobou se stává tehdy, způsobuje-li pacientce obtíže hygienické, zdravotní, společenské apod. objektivně prokazatelné. Vyskytuje se velmi často. Je třeba rozlišovat různá pojetí termínu inkontinence :

- inkontinence jako *příznak* (symptom), který pacientka udává v anamnéze
- inkontinence jako *projev* („sign“) – znamená objektivní průkaz úniku moče při vyšetření
- inkontinence jako *stav* („condition“) – je urodynamicky prokázaný stav úniku moče.“ (Zikmund 2001, s.7)

Urgentní inkontinence je takovou formou, jejíž frekvence výskytu se udává mezi 10 – 40 % a stanovení diagnózy závisí na kvalitě urodynamického vyšetření, na poloze vyšetřované osoby, na užitých provokačních manévrech apod. Po použití provokačních manévřů a hlavně při vyšetřování v poloze ve stoje, se počet zjištěných urgentních inkontinencí výrazně zvyšuje. (Citterbart 2001, Kozierová 1995)

Nejčastějším steskem nemocných bývá časté močení, spojené s imperativním nucením na moč. Jestliže začnou močit, nedokáží proud moči vůlí zastavit. Někdy vyzorujeme vyvolávací momenty jako kašel, kýchnutí, změna polohy. K urgenci mohou vést i různé psychické stavy (vědomí, že v blízkosti je WC, zvuk tekoucí vody

apod.). Některé ženy typicky udávají, že pocítí imperativní nucení spojené s únikem moči bezprostředně poté, co vstanou ráno z lůžka. V tomto případě je změna polohy při plném měchýři vyvolávacím momentem pro netlumenou kontrakci detruzoru. (Citterbart 2001)

Inkontinenci, která má příčinu v nestabilním měchýři, lze při povrchní anamnéze snadno zaměnit za typickou stresovou inkontinenci. V případech nestabilního měchýře pacientka uvádí, že k odtoku moče došlo po několikavteřinové latenci po provokačním podnětu a proud moče nedokáže zastavit, kdežto u stresové inkontinence moč unikne bezprostředně po podnětu a odtoku moče lze obvykle stahem svalů zabránit. Pacientky mají značný sklon k depresivním stavům. (Zikmund 2001)

Hyperaktivní měchýř (také *overactive bladder OAB*) je definován na základě pocitu urgencye, s inkontinencí či bez ní, obvykle se symptomy polakisurie a nykturie. Pojem hyperaktivního měchýře se často zaměňuje s urgentní inkontinencí, která je definována jako nechtěný únik moči při imperativním nucení na močení. (Chmel 2005, Halaška 2006)

„OAB je syndrom, který ovlivňuje miliony lidí na celém světě a má výrazně negativní dopad na kvalitu života. V roce 2002 ICS redefinovala jednotlivé funkce dolních močových cest a popsala OAB jako urgenci (náhlý pocit nucení na močení) s urgentní inkontinencí nebo bez ní, často spojenou s frekventním močením a nykturií.“ (Feyreisl 2006, s.311)

„*Stresová inkontinence* je nechtěný únik moče způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, smích, ale i chůze, zvednutí břemene apod.). Tento tlak se přenáší na močový měchýř a zvýšený intravezikální tlak překoná odpor uretry. Nárůst intravezikálního tlaku není spojen, na rozdíl od urgentní inkontinence, s kontrakcí detruzoru (genuinní stresová inkontinence). Žena obvykle dokáže proud moči zastavit stahem svalů dna pánevního.“(Zikmund 2001,s. 37)

Příčinou stresové inkontinence je snížená uzávěrová schopnost uretry. Závisí na stavu hladkého svalstva uretry, na příčně pruhovaném svěrači, na stavu mukózy a submukózy, na její vaskularizaci, na poloze uretrovezikálního spojení a jeho fixaci, která je závislá na kvalitě okolní pojivové tkáně, na podpůrné funkci svalů pánevního

dna a na dalších faktorech. Novější práce vidí příčinu inkontinence na defektním přenosu intraabdominálního tlaku na proximální uretru. Změnou fixace přední stěny poševní po obou stranách uretry k zadní ploše spony, se stane vezikouretrální spojení a proximální část uretry příliš pohyblivé. (Citterbart)

Nejdůležitější je zvýšená mobilita uretrovezikálního spojení, způsobená chabostí pánevního dna nebo fixačních vazů. Tím uretra poklesá dozadu a dolů, zkracuje se a vnitřní ústí se dostává do místa maximálního intravezikálního tlaku, pod úroveň pánevního dna, tedy extraabdominálně. (Citterbart)

„*Reflexní inkontinence* má příčinu v míšni lézi, např. horního motorického neuronu, která nastává při frakturách obratlů, myelodyspláziích, různých neuropatiích zánětlivého nebo degenerativního původu apod.“(Zikmund 2001, s.51) Projevuje se jako mimovolní močení, které se vyskytuje v určitých předvídatelných intervalech po dosažení určitého objemu močového měchýře. Pacientka si neuvědomuje, že má naplněný močový měchýř. Tento jev se nazývá též *neurogení měchýř*. (Kozierová 1995)

„*K paradoxní inkontinenci* může vést poškození dolního i horního motorického neuronu (např. po traumatu, po rozšířené hysterectomii, amputaci rekta pro karcinom nebo při diabetické neuropatii). Příčinou může být též mechanická nebo funkční obstrukce uretry s následnou dekompenzací detruzoru (těžké prolapsy dělohy a poševních stěn, stenózy uretry – u ženy vzácné, postradiační struktury uretry, velké tumory malé pánve komprimující uretru).“ (Zikmund 2001, s.52)

„*Celková inkontinence* je kontinuální a nečekané vylučování moči. Častou příčinou jsou poranění vnějšího močového svěrače, fistuly mezi močovým měchýřem a pochvou u ženy a vrozená nebo získaná neurologická porucha.“ (Kozierová 1995,s.1193)

„*Funkční inkontinence* je samovolné, nepředvídatelné vylučování moči. Tento typ inkontinence je definován také jako následek fyzických nebo duševních poruch, případně některých faktorů zabraňujících pacientce dostat se na toaletu.“ (Kozierová 1995, s.1194)

Mezinárodní společnost pro kontinenci uznává následující rozdělení forem inkontinence.

„Extrauretrální

- vrozená - ektopický ureter, extropie
- píštěle - vezikální, ureterální uretrální

Uretrální

- *urgentní inkontinence* – mimovolný únik moči se silným nucením k mikci, bývá spojena s 2 typy dysfunkce :
 - a/ nestabilní detruzor
 - b/ hypersenzivita
- *reflexní inkontinence* – projev zvýšené aktivity spinálního mikčního reflexu netlumeného 2 CNS
- *overflow-přepadová* přetlaková inkontinence – akutní nebo chronická: retence v důsledku strikтуры nebo neuropatie, moč odtéká mimovolně z přeplněného měchýře – ischuria paradoxa
- *pravá stresová inkontinence* – mimovolný únik moči, jestliže intravezikální tlak převyší intrauretrální, bez kontrakce detruzoru, je také označována jako inkontinence uretry.“(Citterbart 2001 , s.178)

1.3. Vyšetřovací metody

Z dosud probraného je zřejmé, že nejdůležitější v problematice inkontinence je zjištění příčiny samovolného odtoku moče a z toho pak vyplývající určení správného léčebného plánu. K tomu slouží pečlivá anamnéza, vyšetření gynekologické palpační i v zrcadlech, vyšetření moče chemické, kultivační i vyšetření močového sedimentu, dále kompletní urodynamické vyšetření, rentgenové event. sonografické, různé klinické testy, event. cystoskopie. (Zikmund 2001)

1.3.1. Anamnéza

Starší pacientky považují občasný únik moči za stav téměř normální ve vyšším věku, se kterým je třeba se smířit. Velmi často ženy přiznají inkontinenci až při vyšetřování jiného gynekologického onemocnění (např. myomů, adnexálních tumorů apod.) na přímý dotaz vyšetřujícího lékaře. Proto ve správně prováděné gynekologické anamnéze nesmí dotaz na kontinenci moče (ale též stolice, plynů), chybět. (Zikmund 2001)

Velmi přínosné pro získání správných anamnestických údajů je nechat pacientku vést si tzv. „mikční deník“. Do toho se zapisuje veškerý příjem tekutin a výdej moče za 24 hodin. Zároveň si zaznamenává četnost mikcí, případně epizody úniku moči. (Feyreisl 2003, příloha 6)

1.3.1.1. Rodinná anamnéza

Rodinná zátěž se u inkontinentních žen může projevit v mnoha směrech. Časté bývají v příbuzenstvu se vyskytující anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti sakrální míchy. Také diabetes se může prvně manifestovat jako diabetická neuropatie postihující funkci detruzoru. Často zjistíme rodinný výskyt inkontinence u matky a dcery, u sester. Příčinu můžeme hledat v insuficienci závesného a podpurného aparátu, způsobené geneticky podmíněnou změnou pojivové tkáně. Ze stejné příčiny můžeme pozorovat častý rodinný výskyt hernií různé lokalizace, varixů. (Zikmund 2001)

1.3.1.2. Osobní anamnéza

V osobní anamnéze musíme získat přehled o všech onemocněních, která pacientka prodělala a která mohou způsobit nebo ovlivnit vznik inkontinence (mozková onemocnění, iktus, mozková ateroskleróza, výhřezy meziobratlových plotének, zvláště v oblasti dolní hrudní a bederní páteře). Je třeba vědět o lécích, které pacientka již užívá apod. Mnohé mohou inkontinenci moče způsobit nebo ji podstatně zhoršit (antihypertonika, fenothiaziny a další), jindy onemocnění jiného orgánu může být

nepříznivě ovlivněno farmakoterapií inkontinence (glaukom a parasymptolytika, kardiopatie a alfa-mimetika.). (Zikmund 2001)

1.3.1.3. Gynekologická a porodnická anamnéza

V gynekologické a porodnické anamnéze se gynekolog obvykle spokojuje s údaji o menarché, menstruačním cyklu, počtu a způsobu ukončení gestací, hmotností porozených dětí. U případů inkontinence musí být anamnéza podrobnější. Důležitý je údaj nejen o počtu porodů, ale též o jejich průběhu (protrahovaný porod, porod operačně zakončený, porodní poranění a jejich hojení). Dále je potřeba zjistit předchozí abdominální operace, zvláště operace v malé pánvi. Přesný údaj o již prodělaných operacích pro inkontinenci (typ operace, časový odstup recidivy od operace, pracovní zatížení po operaci) je samozřejmostí. Důležitý je i údaj o prodělaných zánětech dělohy a zvláště děložního hrdla, které mohou být vyvolávajícím momentem při vzniku zánětu měchýře a uretry. (Chmel 2004, Zmrhal 2005)

1.3.1.4. Sociální a pracovní anamnéza

Sociální a pracovní anamnéza má svou důležitost jak při stanovení diagnózy, tak i v pooperačním období, při začleňování pacientky do práce. Urgentní inkontinence bývá častější u žen vystavených trvale psychickým stresům (učitelky, účetní apod.), nebo se sklonem k depresivním stavům. Únik moče způsobený chronickým zánětem děložního hrdla, chronickou uretritidou vidáme často u žen nižších sociálně ekonomických skupin nebo u žen s výraznou sexuální promiskuitou. (Holý 2004)

1.3.1.5. Urologická anamnéza

Ve speciální urologické anamnéze zásadně necháme pacientku vylíčit své obtíže vlastními slovy. Teprve pak cílenými dotazy její údaje upřesníme. Pacientky udávají tlak nebo bolest za sponou, polakisurii, dysurii, dyspareunii, hematurii. Tlak a bolest nad sponou jsou obvykle mírné, neurčité a nemění se při vymočení. Ostrá bolest, stupňující se při vymočení, se vyskytuje při akutní cystitidě nebo při intersticiální cystitidě. Polakisurie – časté močení – může mít za příčinu v zánětu měchýře, může být

příznakem urgentní inkontinence, může však mít příčinu jinou než urologickou. Velké tumory vyplňující malou pánev mohou zmenšovat kapacitu měchýře a tím vyvolat nutnost častější mikce. Častým údajem patientek je pocit tlaku v rodidlech vyvolaný poklesem dělohy a poševních stěn. Pro tento nálezný svědčí i údaj nahmataného „cizího tělesa“ v poševním introitu, který si pacientka musí zasunout, chce-li močit.(Fišerová 2007)

O inkontinenci moče nás zajímá začátek onemocnění, vztah k porodu, úrazu, operaci. Dále zjišťujeme, za jakých okolností pacientka moč neudrží, zda moč odteče při kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, schůzi ze schodů, popoběhnutí nebo i v klidu, zda při takové situaci odteče jen nepatrné množství moče nebo moč veškerá, zda proud moči pacientka dokáže nebo nedokáže zastavit. Tento údaj o časovém sledu je důležitý. Pacientka se stresovou inkontinencí udává, že moč odteče bezprostředně po kašli a proud moče obvykle dokáže stažením svalstva zastavit nebo úniku předejít. Urgentní inkontinence může, ale nemusí být spojena s imperativním nucením na moč. Odtok moči může být sice též vyprovokován kašlem, ale k odtoku dojde s několikavteřinovou latencí a proud moči pacientka nedokáže vůlí zastavit. Polakisurie bývá spojena spíše s urgentní nebo smíšenou inkontinencí než s inkontinencí stresovou. Trvalý odtok moče u mladé ženy svědčí spíše pro píštěl vezikovaginální, kongenitální anomálii (ektopické vyústění ureteru, rozštěp uretry...). Trvalé odkapávání moče bývá projevem paradoxní inkontinence. Při dotazu na frekvenci mikcí a kontinenci v noci pacientka se stresovou inkontinencí obvykle udává, že vydrží nemočit celou noc, zatímco pacientky s urgentní inkontinencí musí močit za noc několikrát. (Zikmund 1999)

1.3.2.Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření : posuzujeme celkový stav včetně hybnosti a neurologické symptomatologie. Je výhodné požádat o neurologické vyšetření, ale základní posouzení nutné k indikaci musí provést urogynekolog na základě anamnézy a orientačního vyšetření přímé a nepřímé reakce zornic, nystagmu, poruch cití lumbosakrálních dermatomů, tonusu zevního análního sfinkteru, senzivity perinea a zjištění schopnosti udržet rovnováhu. Při zevním gynekologickém vyšetření se soustředíme na známky

macerace na zevních rodidlech, detekci vrozených vývojových vad, posouzení uretry, jejího tonusu, možné indurace a stupně její fixace. Pečlivě vyšetřujeme v zrcadlech pochvu, posuzujeme kvalitu sliznice a tažnost stěn, vyšetřujeme fluor, zvláště zaznamenáváme možný pokles stěn a hrdla a zároveň i jeho stupeň. Descenzus poševních stěn není považován za etiologický faktor vzniku stresové inkontinence, ale jeho úprava při operační léčbě inkontinence je vždy namístě. Palpační vyšetření posoudí zejména velikost, pohyblivost a descenzus dělohy, vyloučí pánevní patologie, zvláště tumory. (Citterbart 2001)

Klinické testy : Marschallův stres test-kašel: (vestoje při naplněném měchýři se sleduje únik moči). Bonneyho test (elevace poševní stěny ve výši uretrovezikální junkce široce rozevřenými dvěma prsty vyšetřující ruky vestoje a při kašli) – posoudíme prognózu chirurgické elevace oblasti. Q-tip test je měření osy uretry znázorněné zasunutou vatovou štětičkou v klidu a po zatlačení, který informuje o mobilitě uretry. Při pad-weight testu se váží vložka po fyzické zátěži při naplněném močovém měchýři. Potvrzuje jednoduchým způsobem údaje pacientky o inkontinenci a může stanovit objektivně i výsledek léčby. Pacientka vykonává během stanovené doby určené aktivity a vložka o známé hmotnosti, kterou dostane na začátku, se na závěr znovu zváží. (Citterbart 2001)

1.3.3. Laboratorní a zobrazovací metody

Jsou relativně invazivní, je nutné použít v zájmu pacientky jen když to míra jejích obtíží skutečně vyžaduje. Podmínkou vyšetření je vyléčení močové infekce na základě vyšetření sedimentu ze středního proudu moči nebo kultivace moči s určením citlivosti a také úprava poševního prostředí.

V případech kongenitálních anomálií, chronických infekcí močového ústrojí, hematurie, urgencye a polakisurie, infravezikální obstrukce, infiltrace a fixace uretry, podezření na poranění močového ústrojí nebo malignitu je indikována intravenózní vylučovací urografie a uretrocystoskopie. (Hurt 2004)

1.3.4. Urodynamické vyšetření

Je nezbytnou součástí vyšetření a záleží na možnostech pracoviště a složení souboru pacientek, v jakém rozsahu se provádí.

Cystometrie zaznamenává vztah tlak/objem v měchýři během plnění různou rychlostí tekutinou nebo plynem, vleže nebo vsedě. Zároveň registrujeme intraabdominální tlak – většinou v rektu – a jeho simultánní elektronickou substrakcí od intravezikálního tlaku získáváme záznam detruzorového, rozdílového tlaku. Nejprve hodnotíme reziduum, dále první nucení FDV (first desire to void), maximální kapacitu (C_{max}), compliance (C), ale zvláště neinhibované kontrakce detruzoru (o jejichž vyvolání se snažíme stresovými manévry: Valsalvův, kašel, sed, rychlé plnění. (Citterbart 2001))

Uretrální tlakový profil poskytuje informaci o intrauretrálním tlaku podél délky uretry. Při současné registraci intrauretrálního a intravezikálního tlaku a záznamu rozdílového – uzávěrového tlaku je možné (necháme pacientku v krátkých intervalech během profilu kašlat) hodnotit stresový profil. Jeho pozitivita je považována za doklad inkontinence uretry – stresové inkontinence.

Uretrální elektrická vodivost (UEC) za pomoci uretrální sondy měří elektrický odpor podél uretry měnící se s pronikající tekutinou; tak je možné přesně prokázat únik moči. (Kobilková 2005)

Uroflow měří okamžité a celkové množství vymočené tekutiny, které je závislé na odporu uretry a intravezikálním tlaku při mikci.

Videocystoureografie (VCU) je kombinací mikční cystografie s cystometrií a uroflow se záznamem na pásku, který je možné dodatečně analyzovat. Metoda je komplexním vyšetřením poruch dolního močového ústrojí, ale pro své vysoké nároky na vybavení se užívá jen v závažných a nejasných případech recidivující inkontinence. (Citterbart 2001)

1.3.5. Ultrazvuk

„Používá se vyšetření perineální konvexní sondou a introitální sondou vaginální. Vzhledem k tomu, že orgány malé pánve nejsou dislokovány, je rychlé a neinvazivní

znázornění a posouzení stavu a polohy uretrovezikální junkce přesné a umožňuje hodnocení více parametrů (pubouretrální úhel = γ , úsečka p = vzdálenost vnitřního ústí k dolnímu okraji symfýzy).“ (Citterbart 2001, s. 182)

1.4. Terapie inkontinence

Sanace infekcí je nutným předpokladem k přijetí pacientky do speciální ambulance. Bez ní nelze pokračovat v urogynekologickém vyšetření a pro některé případy dráždivého měchýře může být i kauzální léčbou.(Baumová 2004)

1.4.1. Konzervativní terapie

1.4.1.1. Estrogeny

Výskyt detruzorové instability u žen se zvyšuje s věkem a je proto častý u postmenopauzálních žen. Estrogenní receptory byly prokázány hlavně v oblasti uretry, v trigonu a v těle močového měchýře je jejich výskyt minimální. Estrogeny mimo zlepšení trofiky zvyšují i senzitivitu alfa-receptorů v uretře – to vysvětluje, proč léčba estrogeny může být úspěšná i u stresového typu inkontinence, i když řada studií neprokazuje změny urodynamických parametrů. Na úspěchu léčby senzorického typu urgentní inkontinence se podílí mimo jiné i snížení prahu dráždivosti receptorů ve stěně močového měchýře. Estrogeny mohou zmírnit příznaky polakisurie, nykturie, urgencye a dysurie a podle některých autorů též snižují rozvoj infekce močových cest po menopauze. Použití může být lokální – intravaginální formou supp., crm. (Ovestin, Ortho-Gynest supp.event. crm.), či formou pesaru, který uvolňuje estrogen lokálně (Oestrin- - 2 mg estradiolu, uvolňuje 7,5 mg/hod.), případně celkové (Cyklo-Menorette, Kliogest, Klimonorm, Estraderm, Estracinb aj.). V poslední době se zkouší i kombinované užití těchto preparátů, tzn. celkově i lokálně. (Příbylková 2006, Martan 2005)

1.4.1.2. Parasympatolytika

Medikamentózní léčba vychází z inervace orgánů močového ústrojí. Převážný vliv sympatiku na uretru a hrdlo močového měchýře, který zajišťuje cestou alfa-receptorů klidový tonus a posiluje uzávěr uretry je využíván podáváním periferního selektivního alfa-sympatomimetika – midodrin (Gutron), léku ovlivňujícího stresovou inkontinenci. Pro podobný účinek se někdy používá také efedrin, má však častější centrální vedlejší účinky (nespavost, úzkost). Vliv stimulace beta-receptorů sympatiku na relaxaci svaloviny měchýře je využíván při aplikaci beta-sympatomimetik – klenbuterol (Spiropent) u urgetní inkontinence, která je doménou medikamentózní léčby. (Kolařík 2004)

1.4.1.3. Gymnastika pánevního dna

„Metodu zpopularizoval v roce 1948 Kegel. Vychází z předpokladu, že příčinou inkontinence je insuficience svalů pánevního dna a v jejím důsledku tedy hiatus urogenitalis zeje, chabé svalstvo umožňuje pokles pánevních orgánů a tudíž i uretrovezikálního spojení, které je zodpovědné za kontinenci při námaze. Navíc i svalová vlákna, jdoucí ze svalového pánevního dna do střední části uretry a podílející se na funkci zevního svěrače, jsou insuficientní. Kegel zjistil, že 30 % žen nedokáže svou vůlí tyto svaly kontrahovat. Cílem gymnastiky je tyto svalové partie posílit a umožnit tak jejich plnou funkci. Kegel svou metodou dokázal vyléčit 84 % svých pacientek. Metoda je vhodná pro pacientky s čistou genuinní stresovou inkontinencí.“

(Krhut 2005)

Podstatou cviků je, že si pacientka musí uvědomit, který sval je zodpovědný za držení moče. Pokouší se tedy nejprve přerušit proud moče a tak zjišťuje, který sval je třeba cvičit. Také lékař při vaginálním vyšetření může upozornit pacientku, který sval má stáhnout a opakovaně kontrolovat správnost cvičení. Tyto svíravé pohyby a soubor dalších cílených cviků pak opakuje několikrát za den. Počet kontrakcí potřebných k úspěchu léčby není přesně zjištěn, ale udává se mezi 40 – 400 za den.(Zikmund 2001)

Cílenou gymnastikou pánevního dna začínáme každé léčení a zkušenosti ukazují, že mírné stupně inkontinence, zvláště u mladých žen, se daří tímto způsobem

vyléčit. Pravidelná gymnastika by měla následovat také po každé operaci pro inkontinenci.

Cvičí se v polohách na zádech, břichu, v kleku s opíráním se o dlaně, předloktí a v polohách, ve kterých lze dosáhnout maximální sklon pánve. Doporučuje se cvičit denně cca 30 minut, při nutnosti operace zhruba 2 –3 měsíce před ní s kontinuálním pooperačním pokračováním. U žen nad 40 let jde o trvalé cvičení s minimem recidiv za předpokladu seriózního a poctivého přístupu. Základním cvikem je vtahování svěračů konečníku a močové trubice, jako když se chce zadržet stolice a moč. Tento cvik mohou pacientky dělat kdekoliv a kdykoliv. Při všech cvicích je nutno dbát na koordinaci dýchání s pohybem. Nadechujeme se vždy nosem a otevřenými ústy vydechujeme. Je třeba říci i to, že kroužky speciální léčebné gymnastiky navštěvují stále nižší věkové skupiny, často 25 – 30leté, ale nezřídka i 23leté pacientky.

Kontraindikované jsou poskoky, skoky, cviky v uvolněném stoji rozkročmo, jenž mohou vést k ještě výraznějšímu poklesu krčku močového měchýře a rodidel, což by při zvýšeném nitrobřišním tlaku mohlo znamenat zhoršení příznaků inkontinence moči. Doporučuje se nezvedat těžká břemena, vyhýbat se stresovým situacím, prochladnutí apod. (Klein, Mokránová 1998, příloha 2)

Mezi metody posilující svaly pánevního dna patří i takové, které užívají různé prostředky zaváděné do pochvy. Nejznámější jsou vaginální konusy. Jsou to ovoidní, na konci konické, kovové nebo umělohmotné válečky s excentricky uloženým různě těžkým jádrem, která mají různou celkovou hmotnost. Konus si pacientka sama zavede do pochvy a snaží se ho v pochvě udržet po dobu 15 – 30 minut denně. Kontrakce svalu dna pánevního brání jejich vypadnutí a tak sval sílí. Pokud dokáže udržet konus bez problémů, použije další konus o větší hmotnosti. Literárně se udává objektivně prokazatelná úspěšnost 50 – 70 %. (Chmel online)

Jiný prostředek, který je k dostání na našem trhu (Kolpexin) má kulovitý tvar. Uvnitř jedné plastické koule různé velikosti je volně pohyblivá kulička. Její nárazy na zevní kouli při pohybu dráždí při zavedení do pochvy svaly pánevního dna ke kontrakci. Před prvním zavedením lékař kolpomyometrem zjistí nejvhodnější velikost.

Po několikátýdenním intermitentním užívání svaly pánevního dna zesílí a je možno užít kouli menšího rozměru.

Přídavné pomůcky pro gymnastiku pánevního dna, jako vaginální konusy a Kolpexin jsou udržovány v pochvě kontrakcí pánevního dna mimovolně. Pánevní konusy byly uvedeny do léčby stresové inkontinence v roce 1985 Plevnikem. Jsou využívány v různých schématech léčby, nejčastěji 20 –30 minut 1-2x denně. Úspěšnost léčby je referována od 41 – 78 %. (Zikmund 2001, příloha 3)

1.4.1.4. Elektrostimulace

V roce 1963 Caldwell poprvé s úspěchem použil k léčbě močové inkontinence elektrickou stimulaci, při které elektrody fixoval přímo do muskulatury uretry. Úspěšnost jeho léčby byla kolem 50 % a k neúspěchu docházelo právě díky invazivnosti této metody. Proto se také v dalších letech zaměřila pozornost na používání vaginálních a rektálních stimulačních sond. (Martan 2005, příloha 3)

Elektrické stimulační frekvence kolem 50 Hz zvyšují hlavně tonus a kontrakční schopnost svalů pánevního dna a tím maximální uzavírací tlak uretry. Nižší frekvence, tedy kolem 10 Hz, hlavně inhibují detruzorové kontrakce inhibicí pelvických nervů, tzn. spinálním reflexem, kde je aferentním ramenem nervus pudendalis a eferentním ramenem nervus pelvicus, nebo plexus hypogastricus.

Pro výsledek léčby je důležitá celková nebo alespoň částečně zachovaná inervace svalů pánevního dna pudendálním nervem. Samozřejmostí při indikaci k elektrostimulační léčbě je komplexní urogynekologické vyšetření včetně Gaudenzova dotazníku, mikční karty, pad weight testu, ultrazvukového vyšetření a úplného urodynamického vyšetření. (Martan 2001)

Konzervativní terapie je tedy nejlepší nabídkou pro ženy se středním typem inkontinence, které nevyžadují operaci, ale i tam, kde je operování kontraindikováno.

1.4.1.5. Biofeedback

Biofeedback umožňuje kontrolovanou rehabilitaci. Pro kontrolované cvičení se tato metodika využívá v celé řadě lékařských oborů při rehabilitaci poškozené funkce.

Inkontinence je jednou z nejčastějších aplikací. Kontrolovaným cvičením lze výrazně zlepšit jak stav svalů pánevního dna, tak i sensitivitu na náplň měchýře či konečníku.

Základem je jednokanálový elektromyograf s dostatečně názornou indikací změřeného signálu. Transvaginální nebo transrektální snímač lze nahradit i nalepovacími elektrodami. Počátek cvičení je vhodné vést pod dohledem zdravotníků, aby je nemocní dobře zvládli, porozuměli jim a získali silnou motivaci pro pravidelné kontrolované cvičení. Další cviky s pomocí ambulantní jednotky již mohou provádět doma. Některé přístroje pak umožňují zpětnou kontrolu efektivnosti domácího cvičení počítačem. Základní nácvik lze provádět aparaturami UROMIC IV a UROMIC MINI. (Ježek 2007)

1.4.1.6. Mechanické prostředky

Poševní pesary se již dlouho používají ke korekci descensů dělohy a poševních stěn, ale též v terapii a diagnostice stresové inkontinence. Během let bylo vyvinuto velké množství pesarů různých tvarů a velikostí. Mechanismus účinku většiny těchto pesarů se předpokládá v tom, že vyzdvihnou krček měchýře, imobilizují ho a více nebo méně komprimují uretru. Většina kruhových pesarů má nevýhodu v tom, že pesar nevhodné velikosti může způsobit ulceraci poševní sliznice a hnisavý výtok. Také jejich stabilní uložení v pochvě není zajištěno. Účinnost pesarů v léčbě inkontinence se udává různá a záleží na výběru pacientek a užitých kritériích úspěšnosti. U pacientek kontinentních s velkou zadní cystokélou se může po zavedení pesaru naopak projevit skrytá inkontinence. (Morrowová 2006)

Intrauretrální okluzivní prostředky – pacientka si může tyto prostředky zavádět sama v situacích, při kterých jí obvykle moč uniká. Využívat je například mohou ženy s inkontinencí, ke které dochází při intenzivním cvičení, sportovkyně. Jejich užití je vhodné pro ženy, u kterých byla zjištěna příčina inkontinence v insuficienci svěrače uretry (obtížně ovlivnitelná terapií) a nikoliv v mobilitě krčku, která je vhodná k operačnímu řešení. Úspěšnost v odstranění úniku moče je jen asi 45 %. Nevýhodou metody je to, že stálé zavádění může vyvolávat opakující se záněty močového měchýře

a bolesti při zavádění. Dalším nebezpečím je možnost proniknutí prostředku vzhůru do měchýře. (Zikmund 2001)

1.4.2. Operační terapie

„Operační procedury směřují k odstranění hlavních příčin, kterými jsou nejčastěji malý uretrální odpor, porušený závěsný aparát a porušené pánevní dno. Ke zvýšení uretrálního odporu se v současné době doporučuje endoskopická endouretrální aplikace teflonu, kolagenu nebo jiných polotekutých substancí. Tato ambulantní metoda léčby, vhodná spíše pro pacientky s interní zátěží, či k jiným operacím neúnosné, se u nás příliš neujala. (Chmel online)

K snížení hypermobility uretry vedou metody klasické kolposuspense typu Burchovy operace, donedávna v léčbě inkontinence dominující, jejichž principem je nepřímý závěs uretry pomocí hluboké pánevní fascie, aniž je uretra nějak komprimována. Obdobný princip mají méně invazivní, ale také o něco méně úspěšné metody jehlové (Pereyra, Stamey, Raz). Další skupinu tvoří metody smyčkové, oblíbené zvláště urology, které založením skutečné smyčky (autotransplát či heterologní materiál) pod uretru ji v proximálních partiích nejen imobilizují, ale také poněkud komprimují.“(Porges 2003,Zmrhal 2003, s. 37)

Jak kolposuspense, tak i klasické smyčky vycházejí ze starších představ o zajištění kontinence na úrovni hrdla měchýře a proximální uretry podle klasických anatomických poznatků.(Halaška 2006)

1.4.2.1. Závěs střední části uretry

Vítězíci „miniinvazivní uretropexe TVT“, jak byla metoda u nás oficiálně nazvána, patří právě do skupiny těchto výkonů. Nejen teoretické zdůvodnění, ale i technická kvalita a propracovanost vedou nepochybně k úspěchu metody TVT. Metoda byla u nás zavedena na podkladě zkušeností Ulmstena ze Švédska, Fyereislem a Halaškou v roce 1998. Používá manipulátor měchýře, snižující operační rizika perforace. Hlavní součástí je vlastní páska ze speciálního materiálu, krytá plastovou fólií a masivní jehlové zavaděče. Z vaginální incize asi 1 – 2 cm od zevního ústí uretry

se pomocí těchto zavaděčů páska protáhne velice těsně za symfysou, s ohledem na riziko poranění velkých cév poměrně blízko střední čáry (3 cm od středu ke každé straně), po každém vpichu se provádí endoskopická kontrola k vyloučení penetrujícího poranění měchýře. Pokud je páska kryta fólií, vymezi se její napětí (dokud moč uniká při zatlačení uretry). K tomu je nutná spolupráce pacientky a výkon v lokální či svodné anestézii. Důležitá je ochrana uretry nástrojem (peán, dilatátor) před hyperkorekcí a nadměrným dotažením. Po sejmutí ochranné fólie je umístění pásky již definitivní. Jednoduchá sutura pochvy a kůže výkon zakončuje. Kvality a výhody materiálu TVT spočívají ve struktuře vlastní síťky, kde velikost otvorů vytváří podmínky pro dobrý průnik fibroblastů a naopak brání průniku bakterií, proto je dobře tolerována. (Halaška 2004)

Vedle popsané techniky u nás nejrozšířenější TVT (GYNECARE) existují obdobné pomůcky jiné. Stejnou techniku výkonu umožňuje pomůcka „dilatátor IVS – TUNNELER“, kterou některá naše pracoviště již vyzkoušela, část z nich se vrací zpět k osvědčené TVT. Další, dosti rozšířená je pomůcka SPARC, která zavádí jehly retropubickou cestou shora, identicky jako u klasické jehlové metody Pereyrov. Po průniku hrotu parauretrálně se do nich zachytí konce pásky a ta se vytahuje směrem vzhůru. Prezentována byla u nás i páska typu URETEX, která nabízí možnost spojení obou punkčních technik. K protažení pásky se použije nejprve punkčních jehel, za nimi následuje flexibilní tenký vodič, k němuž je nejprve připevněna páska. Výrobce doporučuje vést punkci buď z pochvy retrosymfyzeálně směrem vzhůru, nebo naopak suprapubicky směrem vaginálním. Je možno dokonce oba postupy kombinovat, na jedné straně dolů, na druhé straně vzhůru. (Horčíčka 2003, příloha 4)

1.5.Prevence vzniku močové inkontinence

Močová inkontinence je choroba multifaktoriální. U absolutní většiny patientek nejde o eliminaci jednoho rizikového faktoru, ale o změnu stylu života. Například nadváha, nedostatek pohybu a věk pacientky jsou význačné rizikové faktory, vyskytující se ve většině případů současně. K jednotlivým faktorům podrobněji:

Nadváha. Za rizikovou je považována nadváha od hodnoty body mass indexu dvacet šest. U klientek se stresovou inkontinencí přesahuje BMI dvacet šest ve většině případů. U obézních žen je operační léčba nejen technicky velmi obtížná, ale též neúspěšná. Prevence obezity spočívá v udržení energetické bilance vhodnou volbou stravy a odpovídajícím množstvím tělesné aktivity.

Infekce. Opakované infekce dolních cest močových jsou iniciátorem pozánětlivých změn vedoucích k inkontinenci, chronické záněty jsou přímou příčinou inkontinence. Primární prevenci zde tvoří návyky osobní a sexuální hygieny. Sekundární prevencí je včasná, adekvátní a etiologicky cílená terapie zánětů.

Režimové návyky. V dětství školní režim vyučovacích hodin a v dospělosti výkonnostní pracovní schéma zapříčiňují nedodržování pitného a mikčního režimu. Nedodržování doporučeného příjmu tekutin nebo jeho nevhodný časový rozvrh má za následek tvorbu silně koncentrované moči, která je stejně nežádoucí, jako chronické přeplnování močového měchýře při násilném překonávání mikčního reflexu.

Pracovní zařazení. Nevhodnost fyzicky těžké práce pro ženy zohledňuje zákoník práce. Rizikovou se jeví též práce s trvalým zapojením břišního lisu (sed). Trvalý psychický stres je spojen s rozvojem urgentní inkontinence.

Porod. Přechodný nadbytek progesteronu v těhotenství podmiňuje rozvolnění vazivových struktur. Riziko těhotenství a porodů pro kontinenci je úměrné jejich počtu. Podstatný není rozsah poranění po porodu, ale jeho dokonalá sanace a včasná mobilizace po něm.

Kuřáctví. Chronický kašel kuřáček a astmatiček je spojen s trvalým nadměrným zatěžováním pánevního dna.

Obstipace. Zácpovitá stolice nutí ženu k intenzivnímu zapojování břišního lisu a zvyšuje riziko přestupu střevních bakterií do urogenitálního traktu. Strava bohatá na vlákninu, dostatek tekutin a režim dne umožňující pravidelnou defekaci je obecně doporučovanou prevencí obstipace.

Astenie. Protipólem obézních žen jsou ženy astenické s vrozenou insuficiencí vazivové tkáně patrnou ve formě varikózních komplexů žil dolních končetin. U těchto žen se zjišťují abnormity dolních močových cest, které vyžadují včasnou sanaci.

Gynekologické operace. Radikální operace jsou často spojeny s rozvojem inkontinence. (Fait, Lochman 1999)

1.6. Druhy hygienických pomůcek používaných při močové inkontinenci

K tomu, aby pacientka postižená močovou inkontinencí vedla normální život napomáhají inkontinenční kalhotky, fixační kalhotky, vložné pleny, podložky či vložky. Tyto nasákové pomůcky se nosí pod spodním prádlem, vsakují moč rychle a spolehlivě chrání citlivou pokožku. Zabraňují též šíření nepříjemného pachu do okolí. Ideální jsou pro ležící nemocné, protože přispívají ke zlepšení hygieny a zabraňují vzniku kožních lézí. (Klevetová 2004)

Inkontinenční pomůcky jsou na lékařský předpis. Předepisuje je smluvní lékař pojišťovny s odborností urolog, gynekolog, neurolog a geriatr na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Tento lékař určí zároveň stupeň inkontinence. Typ hygienické pomůcky se určí podle stupně inkontinence (množství vyloučené moči) a obvodu boků klientky. V případě, že pomůcky předepisuje odborný lékař, v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, je povinen písemně informovat praktického lékaře pojištěnce o vyšetření a předepsání pomůcky. Ty jsou pojišťovnami hrazeny obyvatelům domovů důchodců a ústavů sociální péče. Pojištěncům ve zdravotnické ústavní péči a odborných léčebnách pojišťovna tyto pomůcky nehradí. Preskribční období je maximálně tři měsíce. Na poukaz může být předepsán pouze jeden kód s možností kombinace více poukazů, a tím typů výrobků. To znamená, že pacient může být přes den zařazen do prvního stupně a využívat vložky a v noci do druhého stupně a využít vložné pleny. Všechny typy absorbčních pomůcek mohou zůstat na těle klienta z hygienických důvodů maximálně osm hodin. (Matějková online)

Savé hygienické pomůcky se od sebe odlišují velikostí a schopností absorpce moči. Vedle barevného odlišení existuje ke snadné orientaci počet kapek na obale, označující druh výrobku. (Štrajtová 2006, Hartmann online, příloha 5)

K usnadnění péče o hygienu jsou na trhu speciální ochranné prostředky určené obzvláště pro starší osoby, jejichž suchá pokožka bývá ohrožena působením moči

a stolice. Tyto prostředky obsahují tuky, panthenol a výtažky z heřmánku, které podporují regeneraci pokožky. Jsou to: čistící pěny, krém, olejový spray, ochranné pěny, tekutá mýdla, emulze, pleťová voda a jiné.

1.6.1.Zdroje informací pro ženy postižené močovou inkontinencí

Nejdůležitějším a prvotním zdrojem je zdravotnický pracovník, který buďto názorně předvede hygienickou pomůcku, způsob manipulace s ní, informuje o druzích pomůcek a doporučí takový druh, který odpovídá stupni močové inkontinence a vyhovuje klientce. Další možností jak klientku informovat, je využití letáků, které jsou poskytovány firmami vyrábějícími hygienické pomůcky, dále pomocí brožur vydávaných zdravotnickým zařízením nebo videofilmem.(Halaška 2005)

1.7.Organizace péče o inkontinentní pacienty

Primární depistáž pacientek s poruchami držení moči začíná v ambulancích gynekologů, urologů, ale hlavně praktických lékařů. Kdo se neptá – nic se nedoví: je prokázáno, že doba od objevení se prvních příznaků inkontinence do zahájení adekvátní diagnostiky a léčby je průměrně tři roky. Během této doby pacientka pomalu ztrácí jakoukoli naději na kvalitní řešení, a to ve chvíli, kdy ošetřující lékař ani neví, že má tento naléhavý problém řešit. (Loučná 2005)

V primární péči inkontinenci diagnostikuje gynekolog, praktický lékař, urolog, méně často neurolog, pediatr, internista. Pracoviště provádí depistáž, základní diagnostiku inkontinence moči a infekcí močových cest. Odesílá klientky k dalšímu vyšetření do vyššího centra k určení typu inkontinence a rozhodnutí o charakteru další péče.

Sekundární péči zajišťuje specializované urogynekologické, urologické pracoviště. Je vybaveno urodynamickým přístrojem, ultrazvukem a je schopno provádět cystoskopická vyšetření. Pracoviště provádí specializovanou diagnostiku poruch držení moči a navrhuje postup další léčby. Provádí speciální typy konzervativní léčby, například elektrostimulace, terapii biostimulačním laserem, eventuálně dalšími speciálními pomůckami.

Terciální péče je uskutečňována na lůžkovém zařízení, vybavené stejně jako pracoviště sekundární péče. Většinou je v přímé vazbě na toto pracoviště, zejména v oblasti personální. Provádí zejména chirurgickou léčbu močové inkontinence a rekonstrukční operace pánevního dna. (Horčíčka 2006)

1.8. Holistické pojetí močové inkontinence

Zdravotníci se zabývají člověkem jako bio-psycho-sociální jednotou, holistickou bytostí, ne pouze souborem částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozeny z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

(Trachtová 2001)

1.8.1. Psycho-sociální aspekty inkontinence

Pro definování vlivu inkontinence na sociální podmínky je rozdělen život ženy na tři následující období kvůli přiblížení problematických situací specifických pro jednotlivá věková období :

Dětství a dospívání – návyky, které zde začínají, ať už řízený režim pití či řízený režim vyprazdňování, vedou k prohlubování některých problémů v produktivním věku, kdy již zaběhnuté zvyklosti jsou dále posilovány charakterem zaměstnání, péčí o děti. Zvyklosti ovlivňují ale také např. výběr zaměstnání – průvan, nemožnost přestávky atd. Inkontinence také podmiňuje výběr zábavy, časový režim a možnosti pohybových aktivit. Dochází tak k postupnému vyčlenění ze společenského života.

Období stáří – je velmi podobné předchozímu období, ale dále dochází k prohlubování všech problémů, zejména pak projevů urgentní inkontinence – její projevy jsou také horší pro sociální začlenění do společnosti, zejména pro její nenaprogramovatelnost.

Psychosociální následky lze rozdělit do 3 sfér: inkontinentní žena, její rodina, event. pečovatel. (Vymětal 2003)

V individuální sféře jde zprvu o hněv, rozpaky, ke kterým přistupují dále frustrace, strach, deprese a dalších společenských aktivit a izolaci. O ztrátě sebeúcty a sebereflexy by mohli referovat psychiatři. Dochází k postižení sexuálních funkcí - problému, o kterém ženy téměř nehovoří, a přesto cílenými otázkami získáváme informace např. o snížení sexuální apetence v důsledku nechtěného úniku moči při sexuálním vzrušení. Výzkumem, který prováděl v roce 1988 MUDr. Norton, bylo zjištěno, že 66% žen s močovou inkontinencí trpí únikem moče při sexuálním styku. Díky tomu se 40% těchto žen cítilo být méně přitažlivými pro svého partnera a vyhýbalo se sexuálním aktivitám. (Drábková 2006)

Únik moči při pohlavním styku se nazývá „ orgastická inkontinence“, která je způsobená pulzním divertiklem uretry. Po malém chirurgickém zákroku odstraňujícím tento problém jsou klientky zcela bez obtíží. (Fait, Lochman 2006)

Během kvantitativního výzkumu problematiky močové inkontinence v roce 2004 byla do dotazníku zařazena otázka zaměřená na sexuální život inkontinentních žen. Z výzkumného souboru padesáti respondentek jich 66% odpovědělo kladně na dotaz, zda močová inkontinence má vliv na jejich sexuální život. (Neumannová 2004)

Ženy s močovou inkontinencí jsou velice často sužovány nepříjemnými příznaky i v noci, kdy dochází k probouzení kvůli nočnímu močení (nykturii). Vědecké prameny uvádějí, že se o inkontinenci v tomto případě jedná tehdy, je-li frekvence nykturií více než dvakrát za noc. Spánek u takto postižených žen je narušen, jeho kvalita je snížena. Po ranním probuzení se žena necítí odpočínutá, nemá dostatek fyzických sil, vyskytují se bolesti hlavy. Vzhledem k tomu, že močová inkontinence není jednorázovou záležitostí, je postižená žena svými problémy neurotizována, psychicky frustrována. Její fyzická i psychická únava se projevuje i na pracovním výkonu, žena má potíže se soustředěností, pozorností a kreativitou. (Baumová 2004)

Takto postižené ženy si stěžují na nekontrolovatelný únik moči během fyzických aktivit. Omezeny jsou především při sportovních aktivitách, jako je např. cvičení aerobiku, posilovacích cvičeních ve fitness, poskocích při tanci, jízdě na kole na nerovném terénu, míčových hrách, běhu, zkrátka všude tam, kde je potřeba skoků, výskoků a otřesů těla. Dále jsou pro ženu s močovou inkontinencí rizikové aktivity,

kteřé souvisejí se zapojováním břišního lisu, například v zaměstnání, při péči o domácnost, při nákupu, při kašli a smíchu. Ženy jsou omezovány v cestování, protože mají obavy z dlouhých cest autobusem a z případného zesměšnění. Je známo, že ženy s močovou inkontinencí mají pečlivě zmapovanou oblast a seznam veřejně přístupných toalet, než se odváží opustit domov. Snížení pohybových aktivit má i vliv na ostatní onemocnění, omezení cestování nejenom do dalekých krajin, ale také pro nákupy. Snížení kontaktů s příbuznými, přáteli, ale i podmínky následné péče – viz podmínka k přijetí do lázní či léčebny dlouhodobě nemocných. (Horčíčka 1999)

Klientky si ve většině případů upravují pitný režim, a to tak, že snižují počet přijatých tekutin na minimum, aby předcházely epizodám pomočení se. Takováto samoléčba je kontraindikována, protože sekundárně dochází k přetěžování kardiovaskulárního systému, poškozování ledvin a ovlivňování metabolických pochodů organismu. Z výzkumu provedeném v roce 2004 na otázku zaměřenou na oblast kontroly množství přijatých tekutin, se vyjádřilo kladně 68% respondentek, které byly ve věku 25 – 55 let. (Neumannová 2004)

Zátěž rodiny – pokud se nebude žena cítit dobře, nebude ani rodina v pořádku, ať je to v jakémkoliv věku – k tomu, aby se cítila dobře, musí být schopná se postarat o rodinu, ale také si kvalitně odpočinout.

Pečovatel – oblast, která je bez diskuse, pochopitelně, že nekvalitní personál v zařízeních sociální péče svojí nekvalitní péčí dále zhorší zdravotní stav inkontinentní ženy. (Horčíčka, Z., Pastor, Z. 1999)

1.8.2.Sociálně-ekonomické aspekty močové inkontinence

Močová inkontinence patří k „nejdražším“ onemocněním vůbec. Například v Itálii bylo vydáno v roce 1997 jen za inkontinenční absorbční pomůcky asi 166 miliónů dolarů. Celkové náklady na léčbu inkontinence jsou však podstatně vyšší, a navíc stále rostou. V USA jsou ročně odhadovány na více než 16 miliard dolarů. (Krhut 2005)

Celospolečenský aspekt vyplývá z ekonomické nákladnosti inkontinence, a to především ve zdravotnictví a sociální péči. Klientky s inkontinencí moči mají

prodlouženou délku pobytu ve zdravotnických zařízeních, jsou ošetrovatelsky náročnější, jsou častějšími konzumenty sociálních služeb a více pobývají v dlouhodobé péči. (Topinková 2006)

Mnohé ženy v produktivním věku oddalují léčení močové inkontinence i z důvodů ekonomických: Nemožnost změny povolání, dlouhodobé neschopnosti, jsou nepřekonatelnou sociální překážkou možné léčby. (Horčíčka, Pastor 1999)

Negativní dopad močové inkotinance u zaměstnaných žen je popisován převážně tam, kde jsou ženy v rámci svého povolání nuceny nosit či tahat těžká břemena, provádět prudké pohyby, převážnou část pracovní doby stát, ohýbat se, či poskakovat. Situace je komplikována též stavebně – technickými podmínkami prostředí, protože ne vždy je hygienické zařízení v ideálním dosahu inkontinentních žen. Inkontinentní žena je též nucena vyhledat toaletu častěji než žena bez potíží, častěji musí opouštět pracoviště, což se mnohdy neslučuje s pracovními přestávkami nebo s harmonogramem práce. Jestliže nemá ideální podmínky pro intimní hygienu v zaměstnání, je negativně ovlivněna psychika postižené ženy ve smyslu pocitu ze špatně podaného pracovního výkonu. Také se straní kolegů, vyhýbá se kontaktům s klienty, protože zažívá pocity snížené sebeúcty a podceňování z důvodu obav ze zápachu či nepředvídatelného úniku moči. (Doenges 2001)

Při rozhodování, o tom, zda je žena s močovou inkontinencí schopna práce, či v jakém rozsahu, pojednává příloha č.2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. takto: Při stanovení míry poklesu schopnosti výdělečné činnosti je třeba objektivně kvantifikovat inkontinenci moče, rozlišit její příčinu, stanovit, zda se jedná o inkontinenci stresovou, příp. reflexní, urgentní či extraureterální. Přitom je třeba vycházet z výsledků odborného vyšetření, zejména pak urodynamického, dále např. cystoskopie, cystografie, ultrasonografie. Pokud je prokázán jiný typ inkontinence než inkontinence stresová, je nutné míru funkčních důsledků porovnat se stavy zde uvedenými:

- a) nahodilý a ojedinělý odchod moče při zatížení – 10-20%
- b) lehká stresová inkontinence (ztráty moče při stresových manévrech jsou menší než 30 ml, únik moče při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání těžkých předmětů, používání kompenzačních pomůcek nepravidelné) – 25-35%

c) střední stresová inkontinence (ztráty moče při stresovém manévru jsou mezi 30-80 ml, únik moče nastává při změně polohy, běhu, chůzi, chůzi po schodech, při lehčí fyzické práci. Používání pomůcek je nutné denně, při každém stresovém manévru) - 40-60%

d) těžká inkontinence moče (ztráty při stresových manévrech jsou větší než 80 ml, únik moče nastává již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku, moč uniká prakticky trvale. Používání pomůcek pro inkontinenci je trvalou nutností) – 80% (Vyhláška č. 284/1995sb.)

1.8.3.Zdravotní důsledky močové inkontinence

Další z problémů, které s sebou inkontinence přináší, jsou zdravotní rizika, například infekce močových cest, ale i různé kožní problémy. Ty mohou někdy velmi výrazně zhoršovat kvalitu života. Z kožních projevů se často objevují dermatitidy, kožní infekce bakteriální či mykotické, významná je i problematika dekubitů. Z kožních problémů se u inkontinence objevují nejčastěji: Prostý zánět kůže (dermatitis), který vzniká drážděním kůže močí někdy s mechanickým inzultem, například třením. Často se objevuje v místech vlhké zapáčky (intertrigo). U některých nemocných se setkáme i s alergickou reakcí na plenkový materiál, latex močového katétru nebo na mycí prostředky. Kožní zánět je omezen na místo kontaktu (kontaktní dermatitis). Může docházet i k rozšíření mimo místo kontaktu a k sekundární ekzematizaci nebo kožní infekci.

Erytrasma je bakteriální kožní infekce, jejímž původcem je *Corynebacterium minutissimum* projevující se jako ostře ohraničené hnědavě červené, splývající makulózní ložisko v místech vlhké zapáčky. Nejsou výraznější kožní zánětlivé projevy, pokožka nesvědí ani nebolí.

Dermatomykóza, tinea inguinalis je vyvolána kožními plísněmi, tzv. dermatofyty nebo *Candida albicans*. Na pokožce se objevují nafialovělá anulární ložiska a vyvýšeným papulózním lemem. Někdy se ložisko šupí a svědí.

Pro *dekubitální vředy* je inkontinence moči rizikovým i zhoršujícím faktorem. Může docházet k závažným komplikacím, především k sekundární rané infekci a sepsi. (Topinková 2006)

1.9. Kvalita života

Co se rozumí pojmem kvalita? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že toto slovo je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ - „jaký“. Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ - „kdo“ . Český kořen tohoto tázacího zájmena nás dovede až ke slově „kěz“ či „kýžený“ - žádoucí, cílový stav.

Je možné se domnívat, že to byla otázka stavu (kvality) života nemocného člověka, co rozvířilo hladinu zájmu o otázky kvality života v polovině 20. století. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Ukázalo se, že úspěšnost léčby chronicky nemocných pacientů zvyšuje jejich počet, a tím i množství problémů, které je možné zařadit pod pojem kvality jejich života. Příkladem může být například zvyšování efektivity léčebných metod při léčbě rakoviny, důsledky rozvoje používání hemodialýzy, transplantace ledvin, operací srdce atp. Vedle klasických medicínských problémů vstupovaly do hry i otázky psychologické, sociálně psychologické a otázky sociální péče o tyto lidi.

Očekává se, že nemoc, choroba, zranění, léčení ovlivní negativně kvalitu života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování celkové kvality života berou v úvahu. Také je možné očekávat, že věk, změna sociální situace, změna pracovních a životních podmínek se projeví ve změnách kvality života. Některými studii je dokázán vliv kvality života na působení některých léků, například antihypertenziv. (Křivohlavý 2001)

Ryze medicínská kritéria stavu chronicky nemocných pacientů bylo třeba doplňovat jiným druhem kritérií. Tato kritéria bylo přitom třeba čerpat z širšího pojetí lidské existence. Vzdor obtížím s tím spojeným se stále zřetelněji ukazovalo, že změny ve zdravotním stavu pacienta – jak při jeho zhoršení, tak při jeho zlepšení, je třeba

vyjadřovat v širším zorném úhlu, nežli jsou jen údaje o změnách jeho fyzického stavu. Právě těmito otázkami se zabývá problematika kvality života. (Křivohlavý 2002)

1.9.1. Kvalita života žen s močovou inkontinencí

Je v přirozenosti lidské žítí co nejdéle, ale také co nejlépe. Každý člověk touží být i ve vysokém věku psychicky komponovaný, fyzicky nezávislý, mobilní, kontinentní, sociálně zařazený. (Dragomirecká 2006)

Termín kvalita života je také odvozován od definice zdraví WHO, jako „nejenom absence nemoci, ale obecného pocitu tělesné, duševní a sociální pohody“. Je to multidimenzionální koncept hodnocení pocitu zdraví samotným pacientem, tvořený kombinací fyzikálních a sociálních funkcí, duševního a emocionálního stavu a jejich ovlivnění příznaky choroby.

Močová inkontinence je jedním z faktorů, které mohou kvalitu života ovlivnit velmi výrazně. Postihuje totiž prakticky všechny oblasti života. Život inkontinentní ženy je prakticky plně podřízen jejím obtížím. Je limitována v oblasti fyzické aktivity – musí zanechat sportu, cvičení, aerobiku, delší chůze, tance. Je limitována pracovně – fyzickou práci je schopna vykonávat jen za cenu nemalých psychických útrap, což obvykle vede dříve nebo později ke ztrátě zaměstnání. (Zachoval 2002) Je hendikepována společensky – ze strachu před společenskou diskvalifikací se uzavírá doma, omezuje styk s okolím na hrstku nejbližších. A ani doma, u životních partnerů nebývají její obtíže přijímány vždy s pochopením. Dle cílených studií je inkontinence při pohlavním styku mnohem častější, než je obvykle uváděno, což samozřejmě ústí v závažné sexuální dysfunkce. Při výraznější nykturii výrazně poklesá kvalita spánku. „Soubor všech těchto příznaků samozřejmě vede k těžké neurotizaci pacientky, frustraci, k pocitu méněcennosti, k pocitu limitovaného, nenaplněného života. Jinými slovy, jeho kvalita je snížena.“ (Huvar 2003, s.18)

1.9.2. Rozsah pojetí kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Engel a Bergsma

mapují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo – rovině a personální rovině.

V makro rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu atp. Zde jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Život je takto chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat.

V mezo rovině jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – např. ve škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, podniku atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory, sdílených hodnot atp.

Osobní rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať je jím pacient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení. (Bergsma 1988)

1.9.3. Přístupy k měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Dělí se na tři skupiny:

- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba.
- II. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
- III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II. (Křivohlavý 2001)

Některé metody měření kvality života vycházejí přímo z definice zdraví tak, jak ji stanovila WHO. V této metodě se předpokládají tři základní aspekty kvality života – tělesná, duševní a sociální funkce daného člověka. Při porovnání výsledků výzkumných metod MHIQ (vnější stanovení dimenzí kvality života) a SEIQoL (interní, danou osobou svobodně stanovené podněty), bylo zjištěno, že výsledky se odlišují, neboť vzájemná korelace výsledků je nízká. (Křivohlavý 2001)

Tyto metody mají širší záběr než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu. V úvahu se bere celkový stav klienta, jak je jím samým viděn a hodnocen. Proto se mohou údaje o kvalitě života odchylovat od objektivních údajů, které popisují jeho zdravotní stav. V úvahu se berou i údaje o psychickém stavu klienta, o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal. Jde o dimenze kvality života, které mají z klientova pohledu pro něho mimořádnou cenu. Kvalita života hraje tedy svou roli jak při klientově rozhodování, tak při jeho osobním hodnocení změny zdravotního stavu a efektivity léčby. (Křivohlavý 2001)

1.9.4. Pojetí kvality života v termínech životní spokojenosti

„Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.“ Je-li tomu tak, tak je možné podle Ehtelda definovat kvalitu života jako „prožívání životního uspokojení kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu“. Je-li tomu tak, žije v pohodě (wellbeing) a tato životní pohoda (wellness) má blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života. Příkladem tohoto přístupu k otázkám kvality života může být metoda zvaná Stupnice spokojenosti se životem – SWLS (The Satisfaction with Life Scale), kterou vyvinul Ed Diener. Tento psycholog definoval kvalitu života jako „spokojenost se životem jako jednolitým celkem“. K diagnostikování lidí používají dotazníku s pěti otázkami. Ptají se například: „Jak moc byste souhlasil s tvrzením, které říká: Můj život je blízky mému ideálu života?“ Stupeň souhlasu je vyjádření na sedmibodové škále (1...minimum souhlasu, 7...maximum souhlasu). V tomto přístupu se již značně rozšířil rozsah oblastí, v nichž se zjišťuje míra spokojenosti daného člověka. Je pouze na něm, kterou oblast si zvolí pro zhodnocení míry spokojenosti svého života. (Křivohlavý 2002)

Podle K.Rogerse: „Nejlepším bodem, z něhož je možné porozumět chování určitého člověka, je jeho vnitřní vztahový rámec“. Člověk je v tomto smyslu chápán jako aktivní bytí hledající smysl své existence.

K.C. Calman definoval kvalitu života daného člověka v jeho určitém časovém a situačním bodě jako „rozdíl mezi nadějemi a očekáváními tohoto člověka a současným stavem jeho života“. Tento rozdíl mezi tím, co si člověk v životě přeje, a situací, v níž se nachází, se může například při nemoci zvětšovat. Může se ale i zmenšovat, když se např. díky léčebným postupům daří zlepšovat zdravotní stav klienta. Calman se tedy blíží definici kvality života irských psychologů (O'Boyle, McGee, Joyce): „Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec“. Tato pojetí však nebylo jednoduché použít po praktické stránce. (Fitzpatrick 1994)

Otázkou měření závažnosti osobních cílů se zabýval Torrance, který použil k měření závažnosti negativních změn zdravotního stavu (chronických pacientů) metod her a matematického rozhodování. Nabízel například klientům možnost osobně srovnávat dvě situace: A- žít s daným postižením tak, jak v současné době žije, nebo B – přijmout určité zkrácení délky života, kdy by však byl zbaven současného zdravotního handicapu. Klientům byla nabízena série možností, jako například zkrácení života o patnáct, deset, pět let. Tak se podařilo získat jednotnou míru závažnosti handicapu podle klientova osobního hodnocení. (Křivohlavý 2002)

1.9.5. Repertory Grid – síť životních cílů

Kelly zveřejnil svou představu o tom, jak jsou řízeny naše myšlenky a činy. Domnívá se, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem našich osobních představ, které máme o věcech, lidech, ideách. Ty máme podle Kellyho uspořádány hierarchicky. Jestliže chceme klientovi porozumět, je potřeba vědět, jak vypadá jeho repertoár představ, přesvědčení, hodnot, záměrů, cílů. Tato metoda byla například využita k měření kvality života úzkostným pacientům, kterým byla podávána léčba proti úzkosti.

Palys a Little využili této metody ke zjišťování osobních cílů, kdy pokusné osoby měly uvést celkem deset pro ně nejzávažnějších životních cílů. Zároveň měly naznačit cesty, kterými se k realizaci osobních cílů snaží dojít. Autoři se tak pokusili

zjišťovat nejen závažnost jednotlivých osobních cílů, ale i dosah, který má zaměření k jednomu cíli na stanovení a realizaci dalších osobních cílů. (Křivohlavý 2002)

V pozadí mnoha pojetí kvality života i způsobů měření kvality života je domněnka, že hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lepší. Tomuto pojetí nasvědčují i výsledné hodnoty šetření, kde při zhoršení zdravotního stavu klesaly i hodnoty kvality života zjišťované metodou SEIQoL. Pojetí kvality života spojené s touto metodou je širší než klasický (biomedicínský) pojem zdravotní stav. V 83% případů se „zdraví“ vyskytuje jako jedna z pěti nejvýše stanovených životních hodnot.

Z pěti posuzovaných momentů (životních cílů) uváděných při aplikaci metody SEIQoL, ukazují výsledky vyšetření velkého počtu lidí, že se k hodnotě 0,2 blížila váha přisuzovaná tělesnému a emocionálnímu fungování. Sociálnímu fungování byla přisuzována hodnota nižší než 0,2.

1.9.6. Souhrn studií o subjektivně měřené kvalitě života

Tyto metody mají širší záběr než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu. V úvahu se bere celkový stav klienta, jak je jím samým viděn a hodnocen. Proto se mohou údaje o kvalitě života odchylovat od objektivních údajů, které popisují jeho zdravotní stav. Do úvahy se berou i údaje o psychickém stavu klienta, o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal. Jde o dimenze kvality života, které mají z klientova pohledu pro něho mimořádnou cenu. Kvalita života hraje tedy svou roli jak při klientově rozhodování, tak při jeho osobním hodnocení změny zdravotního stavu a efektivity léčby. (Křivohlavý 2001)

1.10.Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci

Každé onemocnění má symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné a omezující. Vždy je potřebné uvědomit si, do jaké míry nemoc ztěžuje život klientů, ve kterých oblastech je limituje a znevýhodňuje.

Míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání jsou nespecifickými projevy mnoha různých somatických onemocnění. Jejich důsledkem je omezení, ztráta možnosti pracovat nebo konat zájmové aktivity. S tím souvisí i schopnost udržet sociální kontakty.

Míra schopnosti sociálního kontaktu, zahrnující zachování komunikačních schopností a dalších kompetencí, které umožňují udržet vztahy s jinými lidmi a sdílet s blízkými různé aktivity.

Úroveň zachovaného celkového pocitu pohody, který závisí na tělesném i duševním stavu nemocného, narušovaného bolestmi, vyčerpáním i komplexní nemohoucností. (Vágnerová 2004)

1.10.1.Sociální aspekty chronického onemocnění

Pacient, u něhož se objeví chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Musí se dost často stýkat s různými představiteli zdravotnického systému, žije v manželství, rodině, má styky se spolupracovníky v zaměstnání i s dalšími lidmi v době volna. Ukazuje se, že všechny tyto sociální vazby jsou chronickou nemocí víceméně ovlivněny. (Křivohlavý 2002)

- Zjišťuje se, že vztah chronicky nemocného klienta k lékaři je kvalitativně odlišný od vztahu, který pozorujeme u akutně nemocného klienta. Chronicky nemocný očekává rychlé uzdravení. Když se jeho očekávání neplní, je zklamán a ztrácí k lékaři důvěru. Nejen to. Klade si otázky, které problematizují představy o kompetenci lékaře. Takovéto problematizující otázky si klade i nad režimem, který mu lékař předepisuje. Odtud pramení řada neshod ve vztahu mezi lékařem a chronicky nemocným klientem, který se často obrací k léčitelům

a různým paramedicínským praktikám. Tímto jednáním je pak lékař rozladěn a jeho emocionálně negativní zážitek projeví i v přístupu k takto jednajícímu klientovi. (Komárková 2001)

- Jiným příkladem nedorozumění mezi lékařem a chronicky nemocným pacientem může být příliš úzké zaměření lékaře jen na pacientovu nemoc. Pacient se může v důsledku nemoci dostávat do emocionálně těžkých stavů, například obav, strachů, zlosti. Ošetřující lékař může být agresivitou pacienta zaskočen, zraněn a rozlad mezi lékařem a pacientem se prohlubuje.
- „Někdy je klient propuštěn do domácího ošetřování, aniž je informován a edukován s souvislostí s onemocněním. Takový klient se pak shání po někom, kdo by mu pomohl. Často tedy dochází ke sdružování chronicky nemocných do tzv. vzájemně si pomáhajících skupin (self- help groups). Ty se stávají důležitým doplňkem stávajícího zdravotnického systému.“ (Křivohlavý 2002, s.133)
- Chronické onemocnění se netýká jen samotného pacienta, ale často a mimořádně intenzivně i jeho manželství a rodiny. Vědci Palmer, Canzona a Wai věnovali pozornost rodinám chronicky nemocných lidí. Zjistili, že dochází ke změnám rolí. Nejen pacientovy role, ale i partnerovy role. Došlo-li k chronickému onemocnění dominantního člena dvojice, musel dosud submisivní člen převzít dominantní roli. Ukázalo se, že takováto flexibilita je velkým kladem. Také vztahy v rodinách byly podrobeny průzkumu. V řadě případů se ukázalo, že se manželé shodují v tom, že se jejich vzájemný vztah zlepšil, když jeden z nich onemocněl. Hlubší psychologické sondy však ukázaly, že manželé jsou si skutečně bližší, avšak míra jejich spokojenosti v manželství se nezvýšila- právě naopak.

- V rodinách, ve kterých někdo z rodičů onemocněl, trpí rodičovská disciplína. V jiných případech se děti cítí jakoby „vinny“ tím, co se stalo někomu z rodičů, a upadají do depresí a sebeobviňování. V případě, že jeden z rodičů byl chronicky nemocen a nemoc se zhoršovala, děti měly obavy, že obdobnou nemocí onemocní i druhý rodič. Děti si kladly otázku, co bude potom s nimi. (Křivohlavý 2002)

2. Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit a stanovit, zda a jakým způsobem ovlivňuje močová inkontinence kvalitu života postižených žen po stránce duševní, sociální a tělesné. K tomuto cíli napomáhá metoda, pomocí které je provedeno porovnání kvality života žen s močovou inkontinencí a žen zdravých. U obou skupin respondentek se hodnotí životní cíle a míra spokojenosti s jejich naplněním. Výsledky výzkumu mohou být prezentovány v bulletinu, který by byl k dispozici klientkám gynekologických ambulancí, a napomáhal tak k jejich lepší informovanosti.

3. Metodika

3.1. Použité metody výzkumu

Pro objektivizaci tématu močové inkontinence u žen byl zvolen kvalitativní výzkum. „U kvalitativního výzkumu výběr proměnných není prováděn výzkumníkem. V kvalitativním výzkumu o redukci dat de facto rozhodují zkoumané osoby.“ Ty poskytují cenný materiál, pomocí kterého je odkrývána daná problematika. Pracuje se se znalostmi respondenta, zkušenostmi, jeho postoji, pocity, prostě se subjektivními dimenzemi daného problému. (Disman 2000, s. 290)

Pro kvalitativně zaměřenou výzkumnou část diplomové práce bylo využito techniky polostandardizovaného rozhovoru. Ten se rozvíjel na základě předem stanovených otázek. Odpovědi neměly předem pevně dané znění a rámec. Jejich formulace byla plně ponechána na oslovených respondentkách. Cílem dotazování bylo získat odpovědi, které by napomohly zmapovat většinu životně důležitých oblastí určujících kvalitu života žen s močovou inkontinencí. Otázky byly pomyslně rozděleny na úvodní část týkající se věkové identifikace a na ty, které byly zaměřeny na fyzický stav žen s močovou inkontinencí. Pro příklad uvedu několik dotazů zaměřených na tuto oblast: „Pečujete o své tělo, zdraví, jakým způsobem?“

„Na které fyziologické funkce musíte myslet, aniž byste je vykonávala automaticky?“

„Pijete denně alespoň dva litry tekutin?“

„Cítíte se někdy unavená, co vás unaví nejvíce?“

Další otázky směřovaly ke zjištění sociálního fungování žen ve společnosti:

„Obtěžuje vás močová inkontinence ve výkonu práce?“

„Jaké máte koníčky, pokud ne, proč?“

„Jaké jsou vaše rodinné vztahy, pěstujete je?“

„Jak se vyvíjí váš rodinný život, pohovořte o něm.“

„Pohovořte o svém partnerském vztahu a sexuálním životě.“

Třetí, neméně důležitý okruh dotazů odkrýval psychické rozpoložení oslovených respondentek. Pro příklad: „Dokážete hovořit s lékařem o intimních problémech?“

„Jaká je vaše obvyklá nálada, co ji ovlivňuje?“

„Vyvede vás něco z vašeho obvyklého klidu?“

„Při setkávání s kamarádkami hovoříte o svých potížích a udržení moči?

Pomáhá Vám to?“

Položených otázek bylo celkem dvacet jedna a všechny byly zodpovězeny.
(Hendl 2004)

Jako doplňková metoda byl zvolen dotazník zjišťující kvalitu života. Byl využit formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL. Tato zkratka znamená Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života. Metoda vycházela z osobních představ respondentky o tom, co považovala za důležité. Mezi základní linie této metody patří: pojetí kvality života je individuální, závisí na systému hodnot zkoumané osoby a podstatné aspekty života jsou hodnoceny jako závažné. (Křivohlavý 2001)

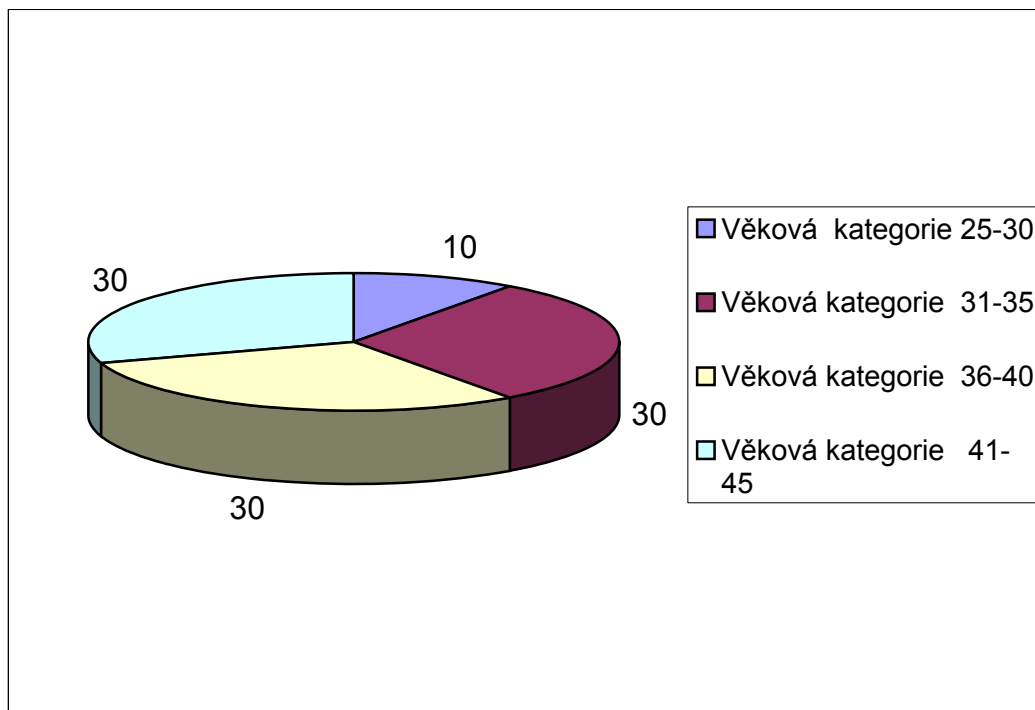
Sběr dat důležitých pro zpracování výzkumu probíhal od 20. prosince 2006 do 27. března 2007. Celkem jsem provedla deset polostandardizovaných rozhovorů.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Pro účely kvalitativního výzkumu mapujícího kvalitu života žen s močovou inkontinencí jsem oslovila deset klientek gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Písek, které zde byly hospitalizovány nebo se ambulantně léčily. Další respondentky byly zdravé ženy, jejichž údajů uvedených ve formuláři pro zjišťování kvality života jsem využila k porovnání výsledků při hodnocení kvality života pomocí metody SEIQoL. Všechny oslovené ženy se pohybovaly ve věkovém rozpětí 25-45 let.

4. Výzkumná část

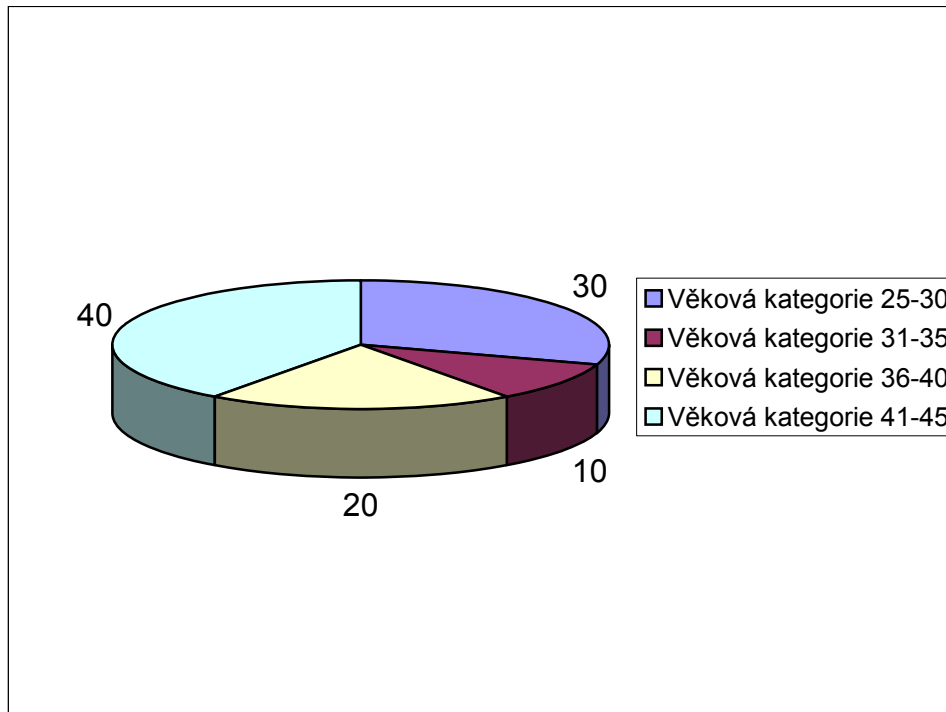
Graf 1: Věková skladba žen s močovou inkontinencí (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo jedna „Věková skladba žen s močovou inkontinencí“ je znázorněna věková struktura deseti respondentek s močovou inkontinencí. Ve věkové kategorii 25-30 let je jedna (10%), v rozmezí 31-35 let jsou tři (30%) respondentky, v rozmezí 36 – 40 jsou také tři (30%) a rovněž tři (30%) ženy s močovou inkontinencí se nachází ve věkové oblasti 41 – 45 let.

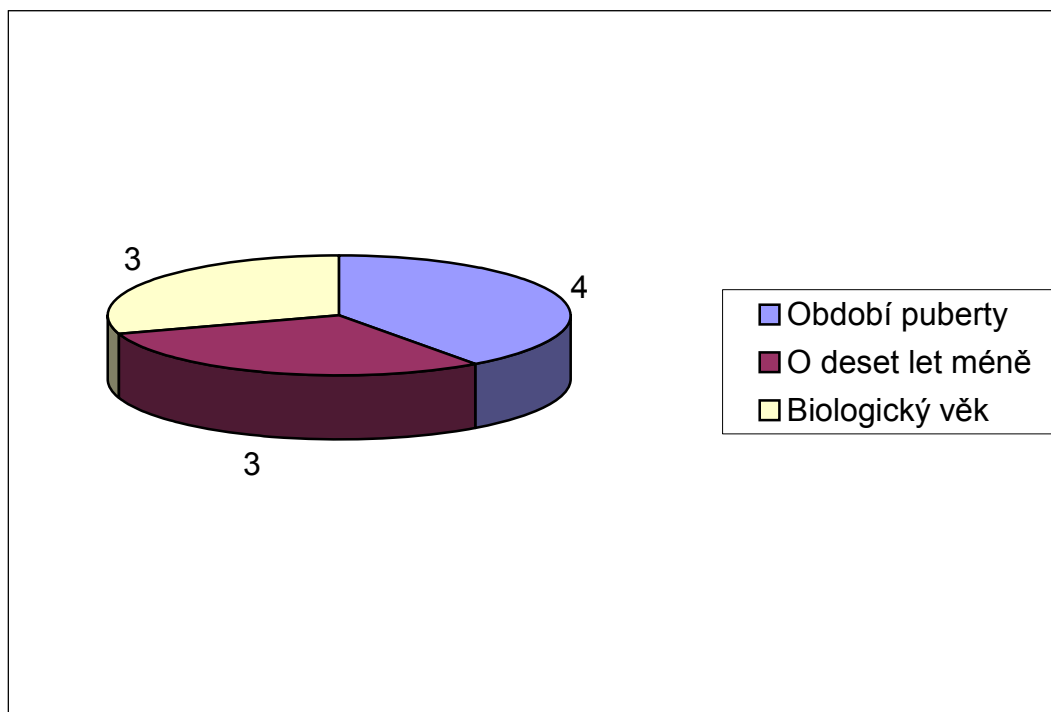
Graf 2: Věková skladba zdravých žen (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu číslo dvě „ Věková skladba zdravých žen“ vyplývá věková struktura deseti zdravých žen. Ve věkové kategorii 25-30 let se nachází tři (30%) žen, ve věkové kategorii 31-35 let - jedna (10%), v rozmezí 36-40 let – dvě (20%) a čtyři (40%) se pohybují mezi 41 – 45 lety.

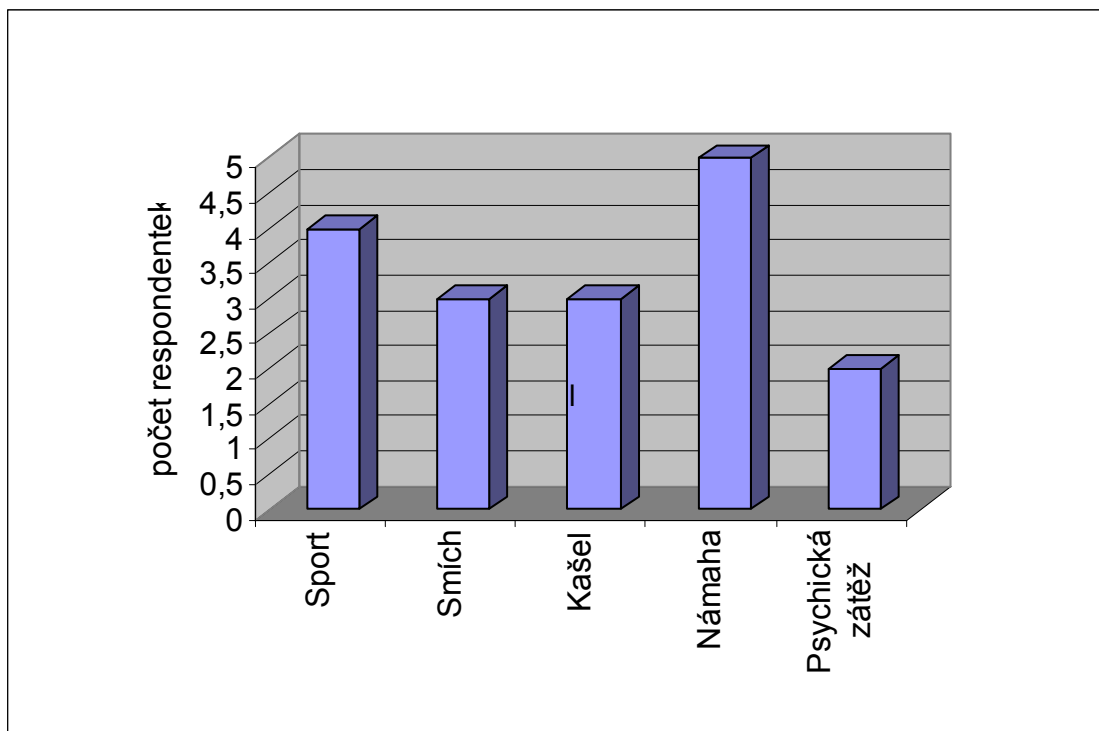
Graf 3: Subjektivní vnímání věku žen s močovou inkontinencí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výstupy v grafu číslo dvě, „ Subjektivní vnímání věku žen s močovou inkontinencí“ znázorňují vyjádření respondentek k otázce „Jak mladá se cítíte“. Čtyři respondentky vnímají svoji fyzickou a psychickou kondici jako by se nacházely v pubertě, tři jako by jim bylo o deset let méně než ve skutečnosti a tři vnímají svůj stav jako reálný, odpovídající jejich biologickému věku.

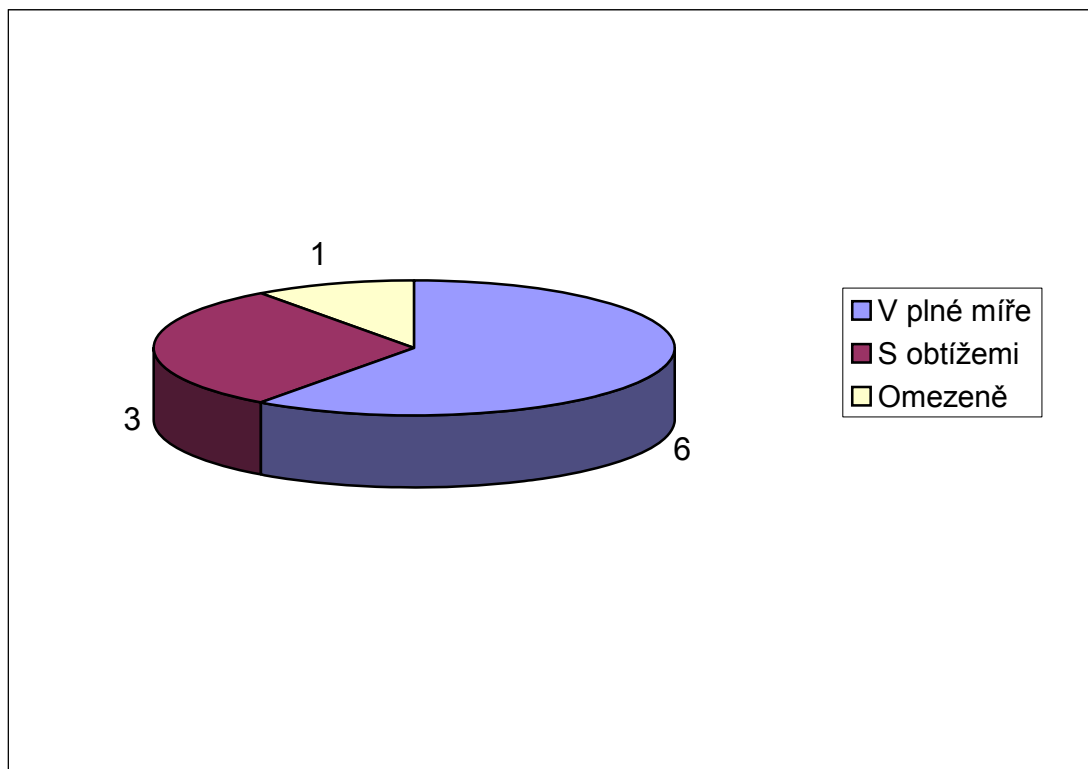
Graf 4: Situace, které vedou k potížím s udržení moče (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo čtyři, „Situace, které vedou k potížím s udržení moče“zobrazuje výsledky odpovědí na otázku: „ Máte nějaké potíže, jakého druhu?“ Zde se všech deset oslovených respondentek shodlo na tom, že s vylučováním moči. Z tohoto množství čtyři mají potíže s udržení moči při sportovních aktivitách (při aerobicu, jízdě na kole, míčových hrách), tři při smíchu, rovněž tři během zapojení břišního lisu při kašli, pět při fyzické námaze v zaměstnání a v domácnosti a dvě respondentky při zvýšené psychické zátěži.

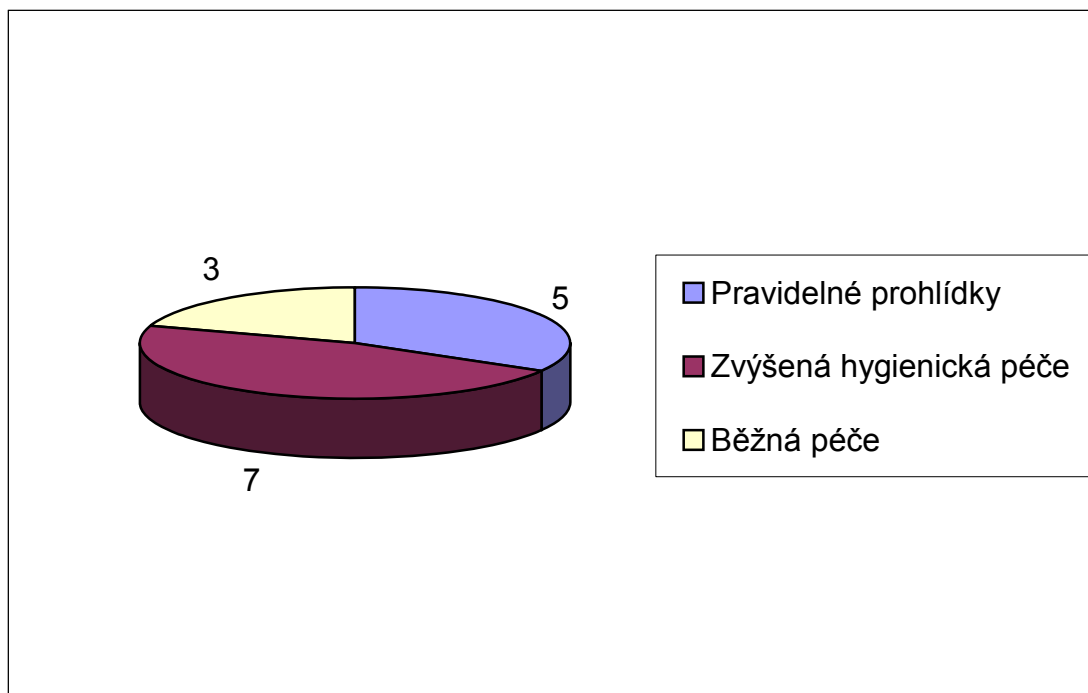
Graf 5a: Schopnost pečovat o domácnost (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky grafu číslo pět „a“ „Schopnost pečovat o domácnost“ zobrazují odpovědi na dotaz: „Jste soběstačná v péči o domácnost?“ Šest dotázaných respondentek se vyjádřilo kladně – v plné míře, tedy nemají žádné problémy s udržováním domácnosti. Třem způsobuje údržba domácnosti obtíže ve smyslu neovlivnitelného a nekontrolovatelného úniku moči při prudkých pohybech a zapojení břišního lisu během úklidu. Jedna žena s močovou inkontinencí je omezena vykonávat většinu prací spojených s péčí o domácnost a to tak, že problematické úkony nevykonává.

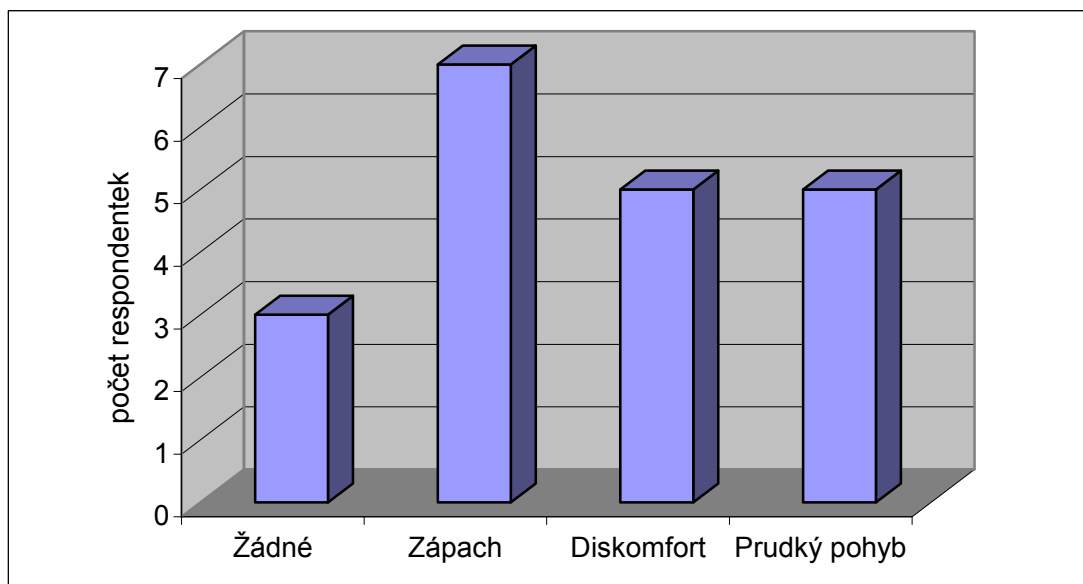
Graf 5b: Péče o svou osobu (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo pět „b“ jsou znázorněny odpovědi respondentek na druhou část předchozí otázky: „Co obnáší péče o vlastní osobu?“ Oslovené ženy se vyjádřily takto: na zdravotnické preventivní prohlídky docházelo v pravidelných ročních intervalech pět žen. Zvýšenou hygienickou péčí bylo nuceno vykonávat sedm žen proto, že unikající moč dráždila pokožku a některé z těchto žen měly obavy ze zápachu. Běžnou, standardní péčí vykonávaly tři ženy s močovou inkontinencí. Všech deset žen s močovou inkontinencí bylo soběstačných v péči o svoji osobu.

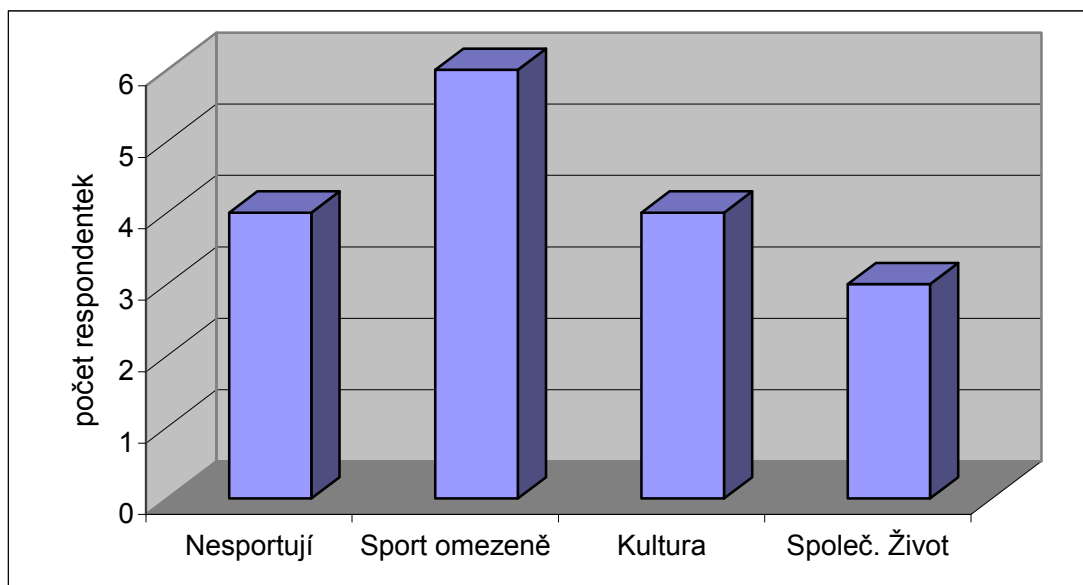
Graf 6: Ovlivnění pracovní činnosti žen s močovou inkontinencí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo šest „ Ovlivnění pracovní činnosti žen s močovou inkontinencí“ souvisí s dotazem: „ Obtěžuje vás močová inkontinence ve výkonu práce?“ Žádné ovlivnění nepocítují tři z deseti oslovených respondentek, protože jim jejich zaměstnání dovoluje libovolně navštěvovat toaletu a nevyžaduje fyzickou námahu. Sedm má obavy ze zápachu z moči, diskomfort spojený s únikem má pět a obavy vykonat prudký pohyb při fyzicky náročném zaměstnání pocítuje pět klientek.

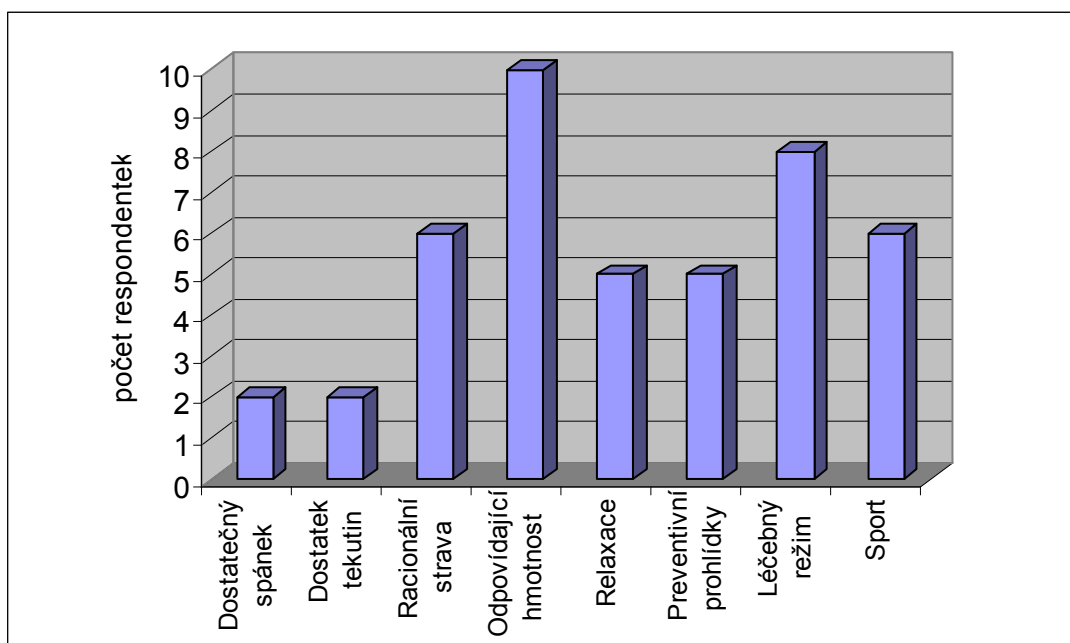
Graf 7: Zájmová činnost žen s močovou inkontinencí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo sedm s názvem: „ Zájmová činnost žen s močovou inkontinencí“ jsou zobrazeny výsledky na dotaz „ Jaké máte koníčky, pokud ne proč?“ Čtyři dotázané respondentky nesportují, omezeně sport provozuje šest žen (vybírají si pouze sporty, kde nedochází k otřesům, doskokům, dopadům, k zapojení břišního lisu). Z těchto deseti respondentek kulturní vyžití upřednostňují čtyři a bohatý společenský život (posezení s přáteli, návštěvy plesů) provozují tři ženy s močovou inkontinencí.

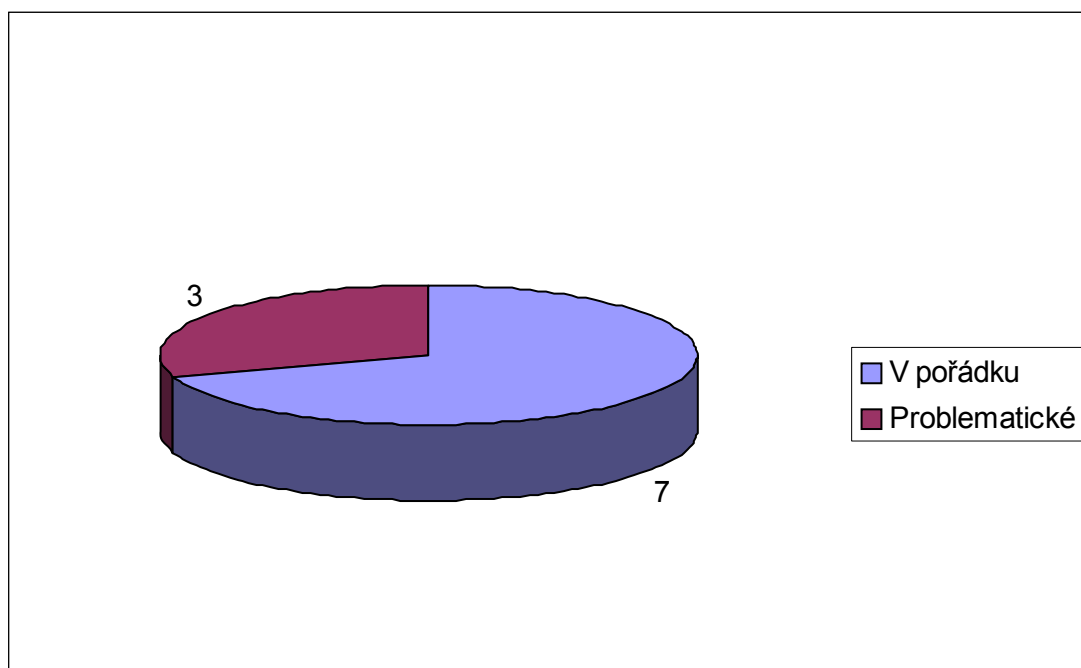
Graf 8: Snahy o udržení zdraví (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výčet odpovědí v grafu číslo sedm „ Snahy o udržení zdraví“ hovoří o výsledcích na dotaz: „ Pečujete o své tělo, zdraví, jakým způsobem?“ Dvě z deseti dotázaných respondentek podporuje své zdraví pomocí dostatečného spánku - snaží se o dodržení ideálního spánkového rytmu, dvě ženy dostatečným příjmem vhodných tekutin, šest pomocí racionálního stravování. Všech deset žen se snaží o dosažení hmotnosti odpovídající věku, tělesné výšce a konstituci. Pět dotazovaných respondentek pro navození psychické pohody relaxují, provádějí uvolňující tělesná cvičení, jógu a psychoterapii. Osm žen při jakémkoli onemocnění dodržuje doporučený léčebný režim a šest provozuje sport, i když v omezené míře.

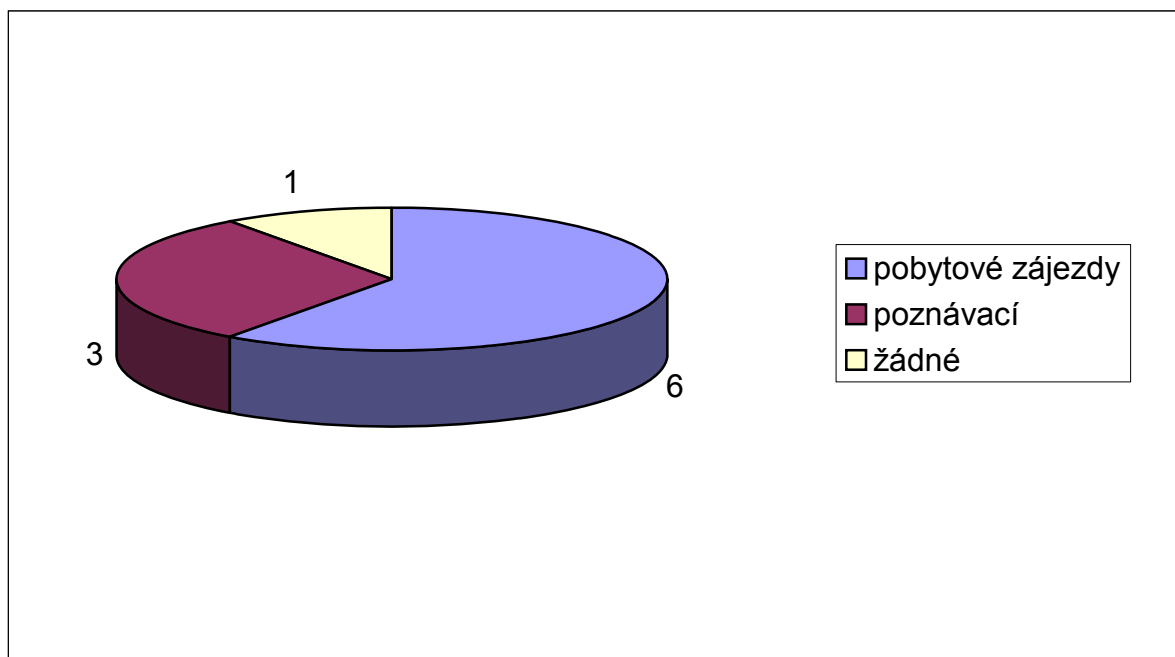
Graf 9: Rodinné vztahy žen s močovou inkontinencí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo osm s názvem „Rodinné vztahy žen s močovou inkontinencí“ vypovídá o výsledcích na dotaz: „ Jaké jsou vaše rodinné vztahy, pěstujete je, pokud ne, proč?“ Sedm respondentek z výzkumného souboru se vyjádřilo kladně ve prospěch kvality rodinných vztahů. Tím zároveň odpověděly, na druhou část dotazu, zda rodinné vztahy pěstují. Tři ženy uvedly, že rodinné vztahy k nejbližším příbuzným shledávají jako problematické, nepěstují je a z důvodů, proč tomu tak je, uváděly: nevyřešené majetkové poměry, rozvod, rozdílnost názorů na životní hodnoty či rozdílnost charakterů.

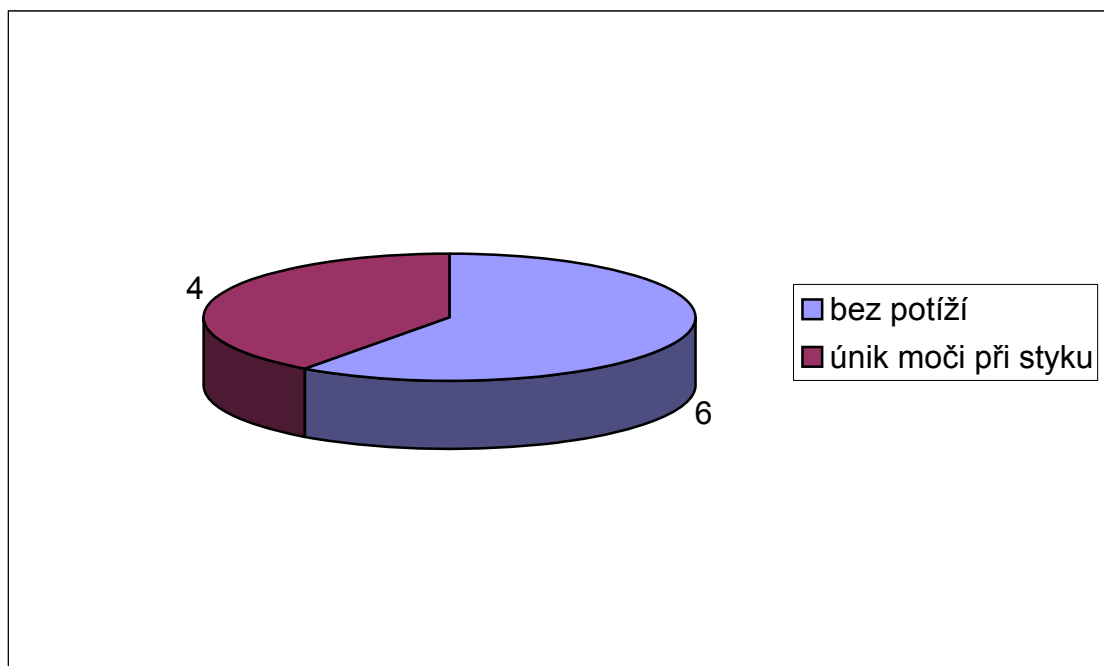
Graf 10: Schopnost cestovat (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz „Cestujete ráda, jak často a kam?“ reaguje svými výsledky graf číslo deset s názvem „Schopnost cestovat“. Každoročně možnost pobytových zájezdů využívá šest žen, a to proto, že během pobytu v zahraničí či v tuzemsku mají zajištěné hygienické zázemí, toalety vždy v dosahu, nejsou nuceny podávat fyzické výkony, které jsou častou příčinou úniku moči. Na poznávací zájezdy se vydávají tři respondentky. I tento způsob cestování musí však splňovat představy respondentek, jako je například: toaleta v dopravním prostředku, častá možnost přestávek během cesty a kratší vzdálenosti. S cestováním byla nucena přestat jedna respondentka a to z důvodu výskytu močové inkontinence. Tato žena má nepřekonatelné obavy z nepředvídatelného úniku moče a ze ztrapnění se před ostatními účastníky cesty.

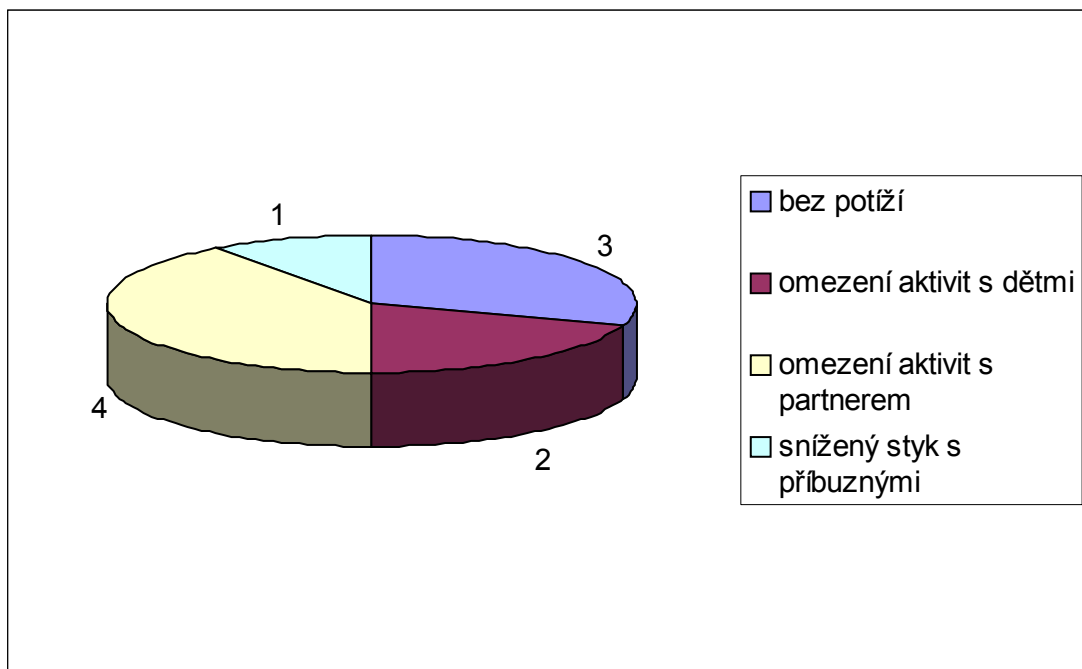
Graf 11: Vliv močové inkontinence na sexuální život (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky patrné z grafu číslo jedenáct, „Vliv močové inkontinence na sexuální život“ zobrazují odpovědi na otázku: „Pohovořte o svém partnerském vztahu a sexuálním životě“. Šest z deseti oslovených respondentek se vyslovilo kladně ve prospěch sexuálního života, a to, že je bez potíží. Čtyři ženy udávají únik moči během pohlavního styku. Z rozhovoru vedeného s respondentkami bylo patrné, že u většiny z nich (u osmi) byl partnerský vztah v pořádku. Dvě ženy se svěřily s problematickým vztahem s partnerem, příčinou jejich potíží nebyla však močová inkontinence, nýbrž finanční situace a potíže v zaměstnání. .

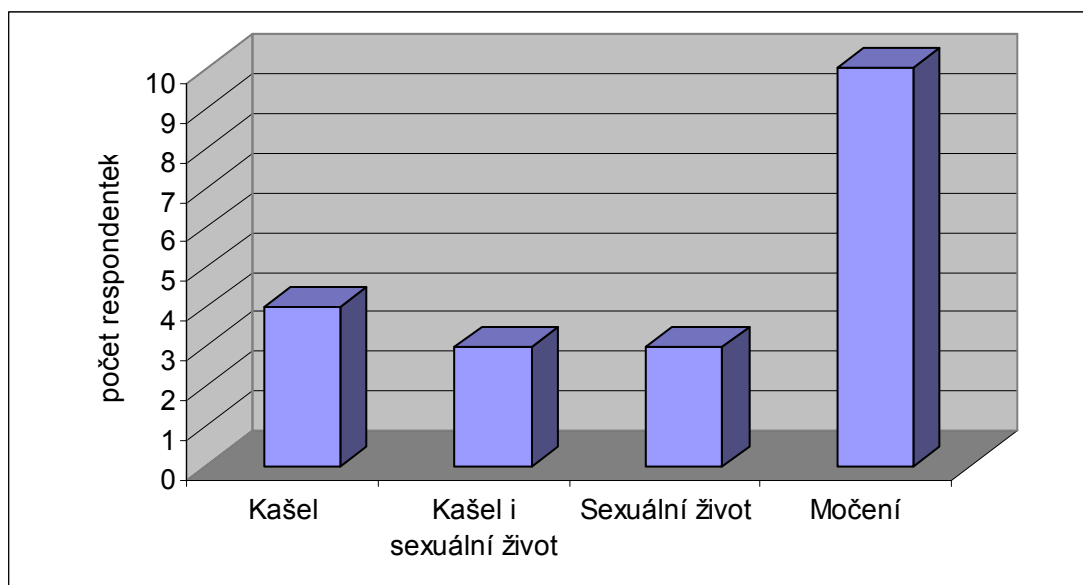
Graf 12: Ovlivnění rodinného života (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo dvanáct s názvem „ Ovlivnění rodinného života“ jsou znázorněny odpovědi na dotaz číslo jedenáct: „ Jak se vyvíjí váš rodinný život, pohovořte o něm.“ Tři ženy s močovou inkontinencí uvedly, že jejich rodinný život se vyvíjí bez obtíží, není tedy ovlivněn problémy s vylučováním moči. Dvě respondentky uvedly, že se nemohou účastnit aktivit spojených s výchovou dětí, jsou omezeny v účasti na rodinných výletech, dovolených, sportovních akcích a hrách. Čtyři jsou nuceny omezovat se v partnerských aktivitách, a to kvůli úniku moče při fyzicky náročnějších sportovních výkonech a cestách. Jedna respondentka je nucena snížit kontakty s příbuznými kvůli strachu z úniku moče při cestování a z obav ze zápachu.

Graf 13: Na které fyziologické funkce musíte myslet, aniž byste je vykonávala automaticky? (v absolutních hodnotách)



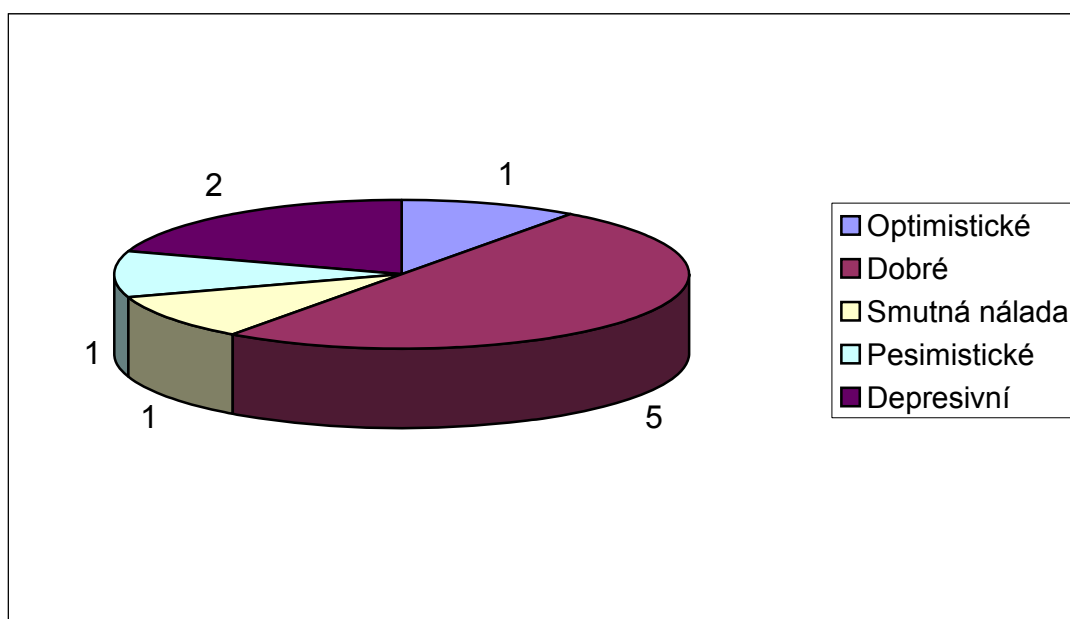
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo třináct vypovídá o obsahu odpovědí na dotaz, jenž zní: „ Na které fyziologické funkce musíte myslet, aniž byste je vykonávala automaticky?“ Všech deset respondentek se shodlo v tom, že nejproblematičtější fyziologickou funkcí je vylučování moči. K úniku moči dochází u čtyř žen při zapojení břišního lisu během kašle. Pocit snížení kvality sexuálního života díky úniku moči při pohlavním styku zažívají tři ženy. Potíže s udržením moči při zakašlání a pohlavním styku udávají tři ženy s močovou inkontinencí.

Na dotaz „ Pijete denně alespoň dva litry tekutin, více či méně?“ se vyjádřily dvě ženy s močovou inkontinencí tak, že se neomezují v příjmu vhodných tekutin, usměrňují jejich požívání v závislosti na fyzické aktivitě, okolní teplotě, či metabolických nárocích organismu. Vědí však, že minimálně by měly za den vypít alespoň dva litry tekutin.

Osm oslovených žen je nuceno omezovat se v příjmu tekutin z různých důvodů, jsou to například: v šesti případech snižování objemu tekutin před plánovanou dalekou cestou, dvě ženy sníží požívání nápojů před pohlavním stykem a šest před sportovní akcí, zvláště, jedná-li se o míčové hry, běh, silová cvičení a aerobic.

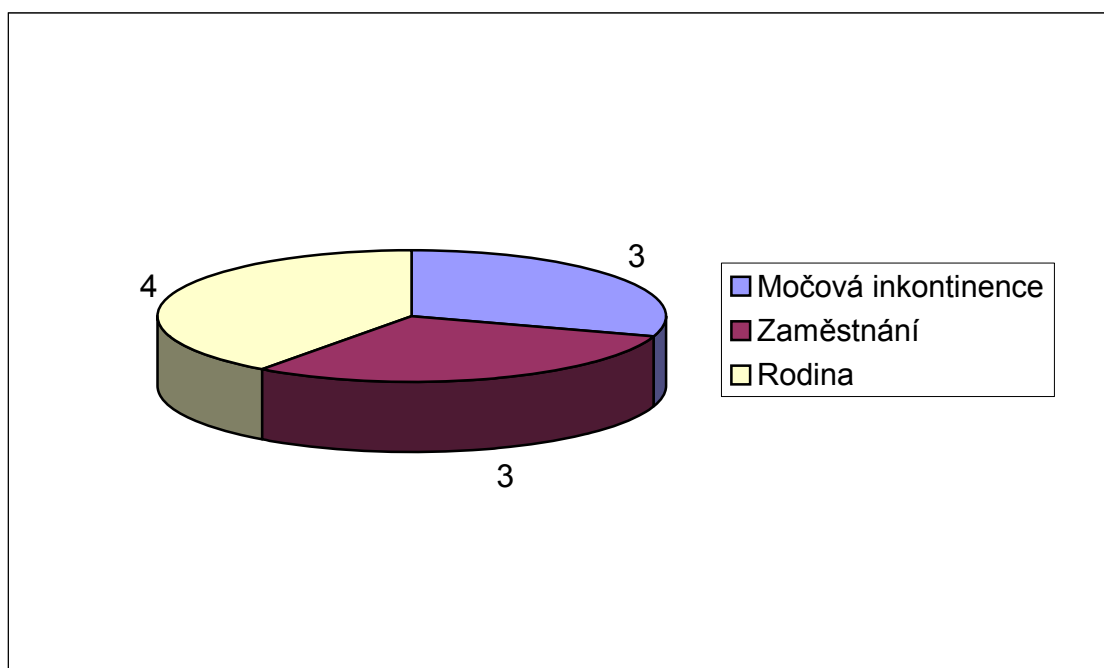
Graf 14: Psychické rozpoložení žen s močovou inkontinencí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz „Jaká je Vaše obvyklá nálada“ reaguje svými výsledky graf číslo čtrnáct s názvem: „Psychické rozpoložení žen s močovou inkontinencí.“ V optimistickém rozpoložení se obvykle nachází jedna žena, většinou dobrou náladu má pět, ve smutném rozpoložení je jedna respondentka, pesimisticky naladěnou psychiku má rovněž jedna a vyloženě depresivní jsou dvě ženy s močovou inkontinencí.

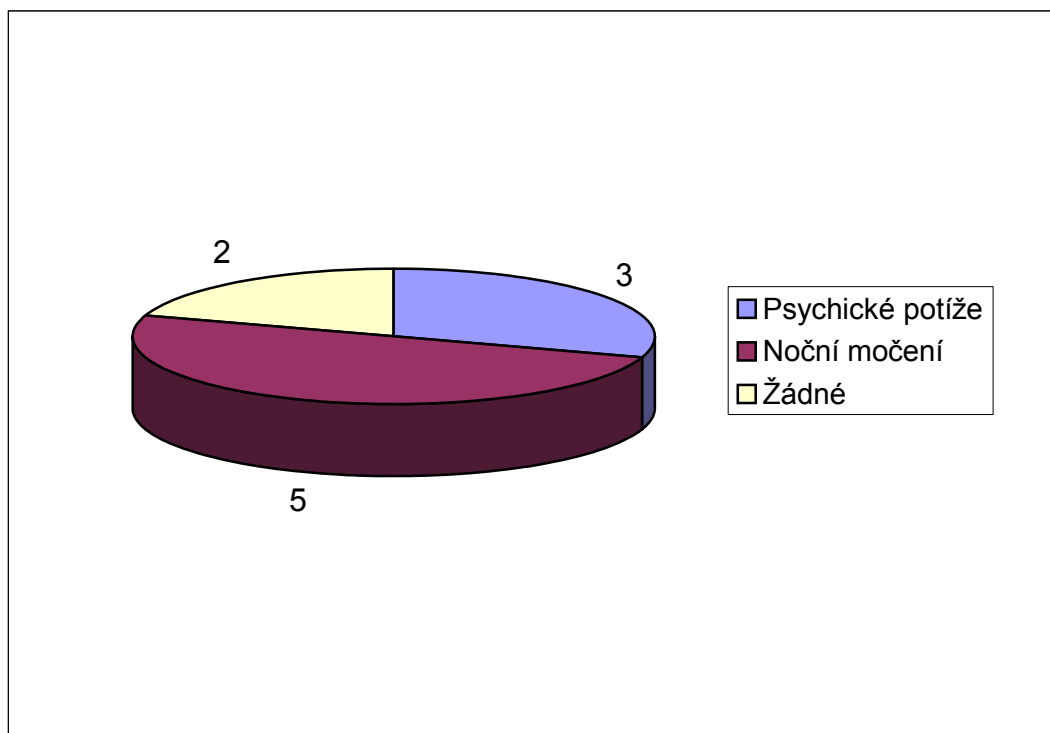
Graf 15: Okolnosti ovlivňující náladu (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo patnáct „ Okolnosti ovlivňující náladu“ jsou výsledky na dotaz: „Vyvede Vás něco z Vašeho obvyklého klidu?“ Problémy s únikem moči ovlivní psychický stav třech žen, duševní vypětí či vysoké fyzické nároky v zaměstnání rovněž tří respondentek. Rodinný život (zdraví členů rodiny, školní prospěch dětí, výchovné potíže s dětmi a partnerské neshody) má pozitivní i negativní důsledky na psychické rozpoložení čtyř žen s močovou inkontinencí.

Graf 16: Podněty narušující spánek (v absolutních hodnotách)



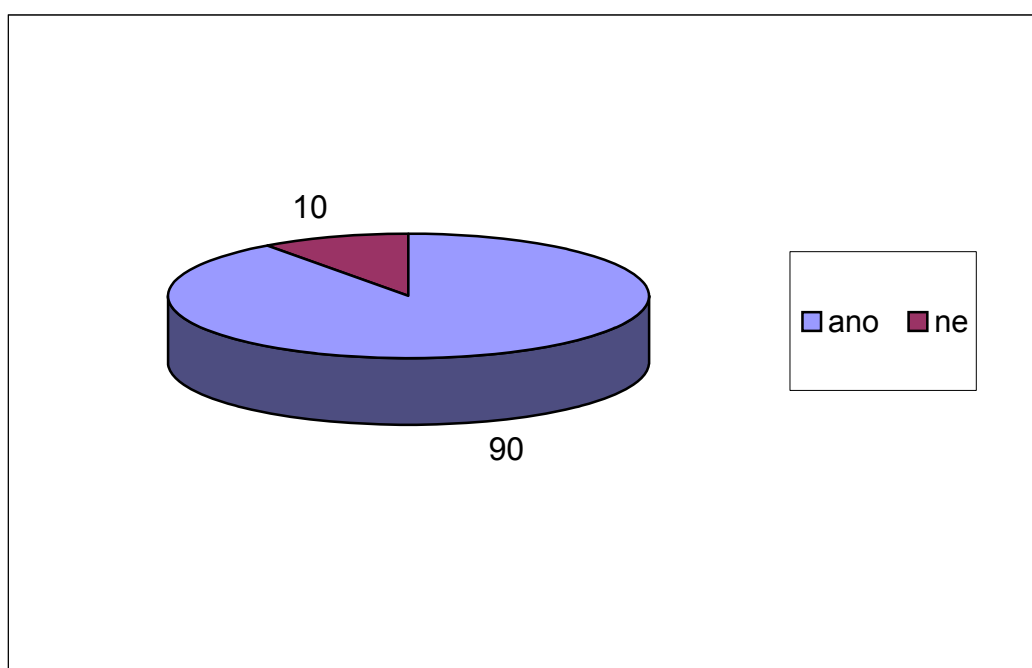
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo šestnáct „Podněty rušící spánek“ reaguje svými výsledky na otázku: „Jak spíte?“ Dvě respondentky uvedly, že jejich spánek neruší žádné podněty, spí kvalitně a po probuzení se cítí odpočínutě. Kvůli psychickým potížím, jejichž příčina tkví v pracovních povinnostech a narušených rodinných vztazích, mají potíže se spánkem tři ženy. Díky častému nočnímu močení (až pět nutkání za noc) se kvalitně nevyspí pět žen s močovou inkontinencí.

Na otázku, „ Cítíte se někdy unavená, co Vás unaví nejvíce?“ se vyjadřovaly ženy s močovou inkontinencí následovně: únavu díky nekvalitnímu spánku přes den pociťovaly čtyři ženy. To mělo za následek sníženou pracovní výkonnost jak fyzickou, tak i duševní - neschopnost soustředit se na práci, nízkou pozornost, pamatování a vštípení údajů, roztržitost, ukvapenost, a nízkou kreativitu. Jako další zdroj únavy uvedly dvě respondentky vysoké fyzické zatížení v zaměstnání (poštovní doručovatelka, zdravotní sestra). Na psychické zatížení vyplývající ze zaměstnání

(učitelka na základní škole)si stěžovala jedna respondentka. Neshody s manželem a dětmi způsobovaly únavu jedné ženě s močovou inkontinencí.

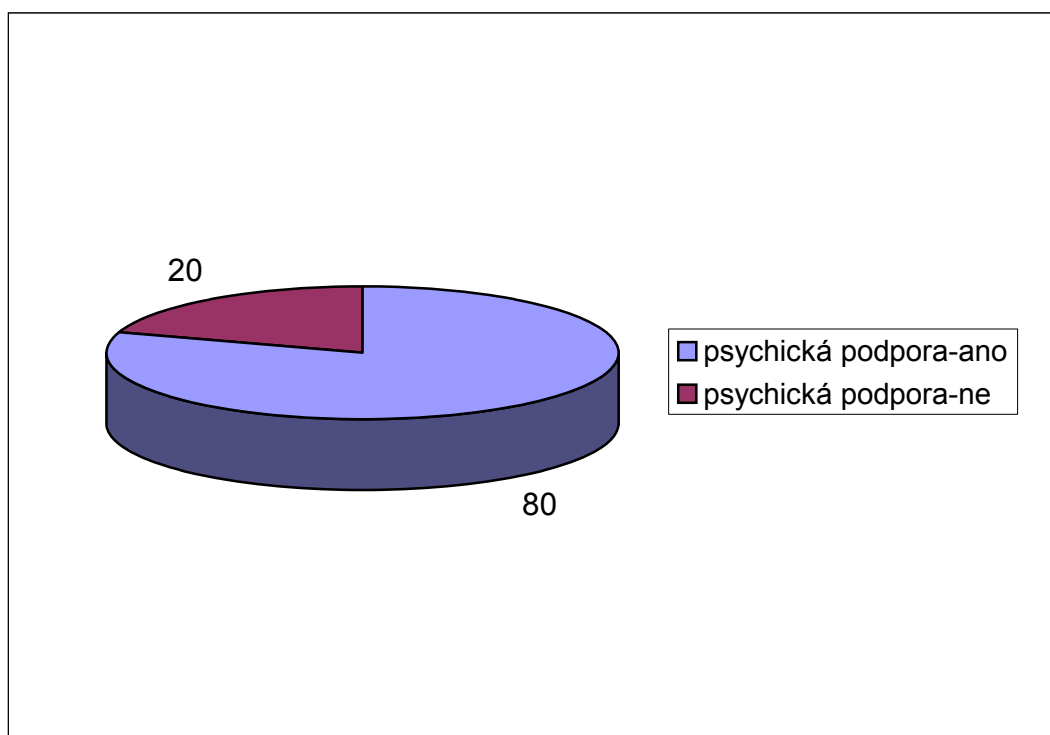
Graf 18: Důvěra v lékaře (v procentech)



Zdroj : Vlastní výzkum

„Důvěra v lékaře“ je vyjádřena ve stejnojmenném grafu číslo osmnáct, reagující na dotaz: „ Dokážete hovořit s lékařem o intimních problémech?“ Zcela otevřeně a bez pocitu studu dokáže hovořit o svých problémech devět (90%) z deseti respondentek, jedna (10%) žena s močovou inkontinencí má zábrany o tomto s lékařem hovořit.

Graf 19: Psychická podpora z okolí (v procentech)



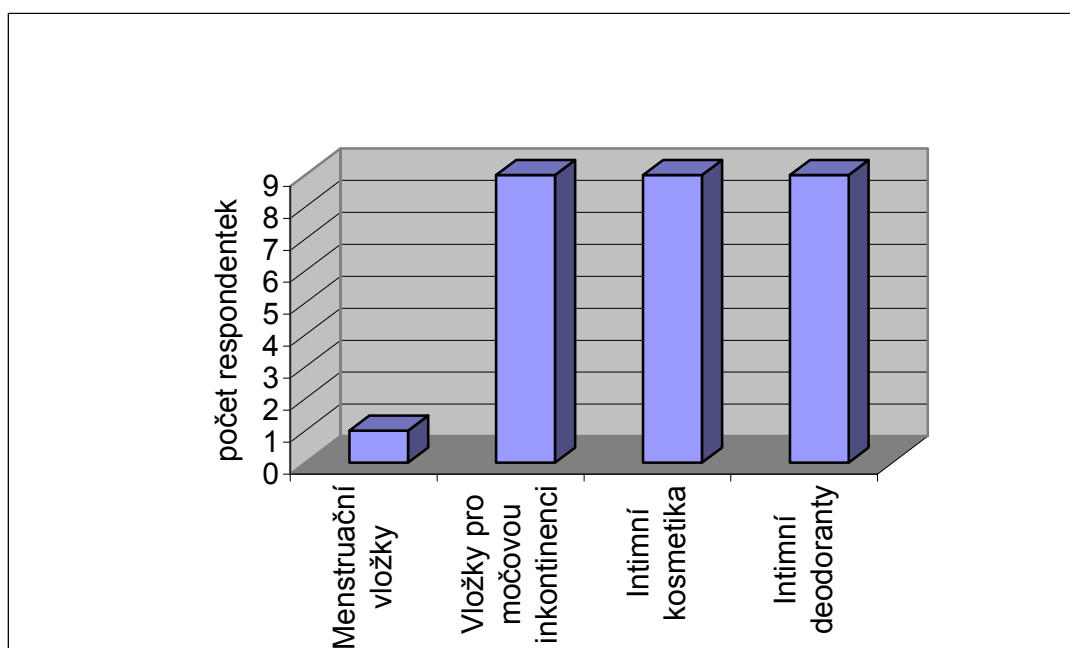
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo devatenáct „ Psychická podpora z okolí“ jsou znázorněny výsledky na otázku: „ Při setkání s kamarádkami hovoříte o svých potížích s udržení moči?“ Osm (80%) respondentek se svěří s potížemi s udržení moči přítelkyním a z jejich strany pociťují psychickou podporu. Dvě (20%) ženy se nemají potřebu o svých potížích hovořit ani s nejbližší přítelkyní.

Odpovědi na otázku číslo dvacet nazývající se: „Byla byste ochotná hovořit o sobě ve skupině sobě blízkých, ale neznámých lidí“ Osm z deseti respondentek se vyjádřilo kladně na tento dotaz. O potížích s vylučováním moči by hovořilo bez zábran a studu, pokud by se jednalo rovněž o ženy s močovou inkontinencí. Tyto ženy by takové setkání přivítaly, a to hlavně z důvodu předání si informací týkajících se možností léčby močové inkontinence, doporučení cviků zpevňujících svalstvo pánevního dna, změn životosprávy a předání kontaktů na odborníky zabývající se

touto problematikou. Jedna respondentka by takovéto setkání odmítla z důvodu studu hovořit před cizími lidmi o problému intimního rázu. Rovněž jedna žena s močovou inkontinencí by se svěřila podobně postiženým ženám, ale mezi nimi by nesměla být žena z příbuzenstva.

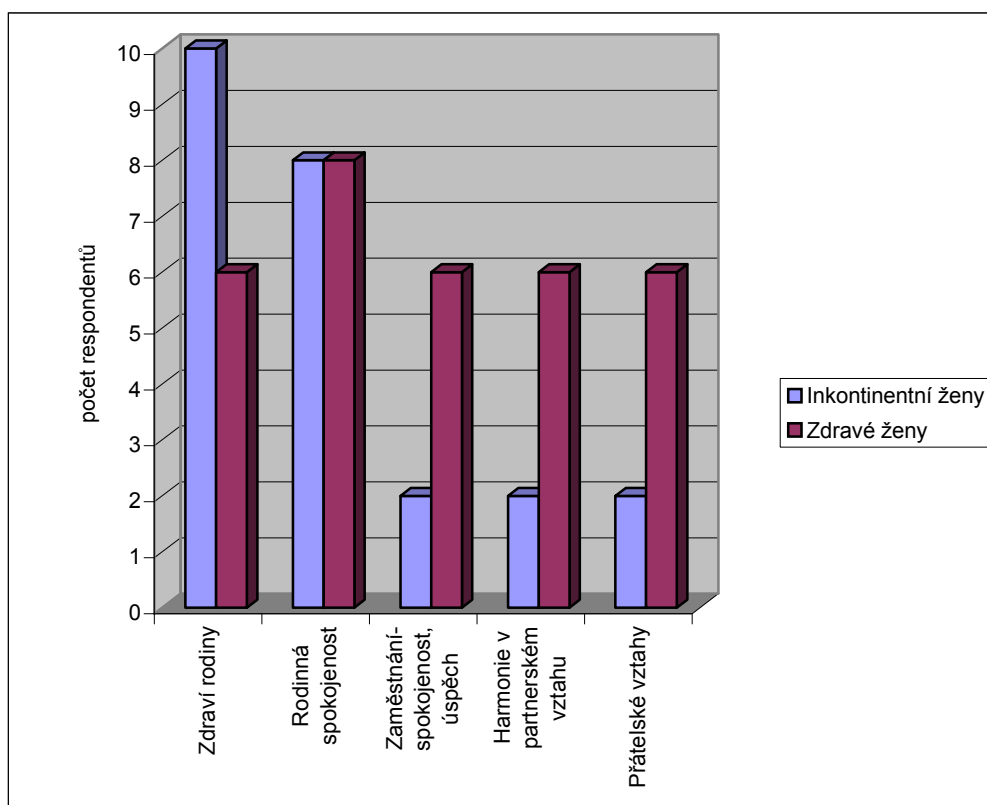
Graf 20: Pomůcky usnadňující hygienickou péči (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo dvacet s názvem „Pomůcky usnadňující hygienickou péči“ zobrazuje výsledky na dotaz: „Které hygienické pomůcky pro ženy znáte a které byste chtěla mít pro případné použití doma?“ Jedna respondentka z důvodu neznalosti speciálních hygienických pomůcek pro močovou inkontinenci používá hygienické menstruační vložky, které jí ovšem nevyhovují z důvodů malé savosti, častého znečištění prádla a zápachu. Devět žen s močovou inkontinencí zná a používá vložky pro močovou inkontinenci, intimní kosmetiku pro péči o močí podrážděnou pokožku devět a intimní deodoranty pro zmírnění zápachu rovněž devět žen s močovou inkontinencí. Vypovídalo všech deset oslovených respondentek.

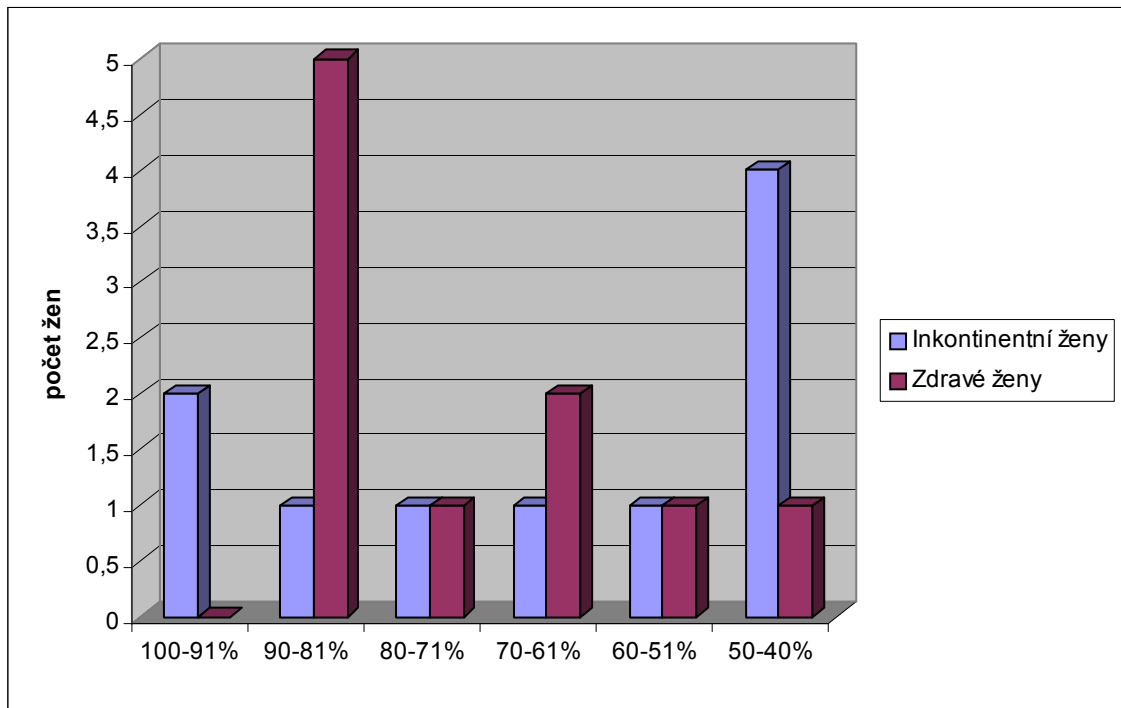
Graf 21: Výčet nejfrekventovanějších životních cílů žen s močovou inkontinencí a žen zdravých – srovnání (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo dvacet jedna informuje o základních životních zájmech - hodnotách, které byly nejčastěji zastoupeny v tabulce dotazníku na zjišťování kvality života metodou SEIQoL. „Zdraví“ je důležité pro všech deset respondentek s močovou inkontinencí a pro šest zdravých žen. Pro „rodinnou spokojenost“ se vyjádřilo celkem osm žen s močovou inkontinencí a osm zdravých žen. „Zaměstnání“, spokojenost a úspěch v něm je důležité pro dvě ženy s močovou inkontinencí a pro šest zdravých žen. Pro „harmonii v partnerském vztahu“ se vyjádřily dvě ženy s močovou inkontinencí a šest žen zdravých. „Přátelské vztahy“ jako životní zájem je podstatný pro dvě ženy s močovou inkontinencí a pro šest zdravých žen. Celkem se vyjadřovalo dvacet oslovených respondentek, z toho deset zdravých žen a stejný počet žen s močovou inkontinencí.

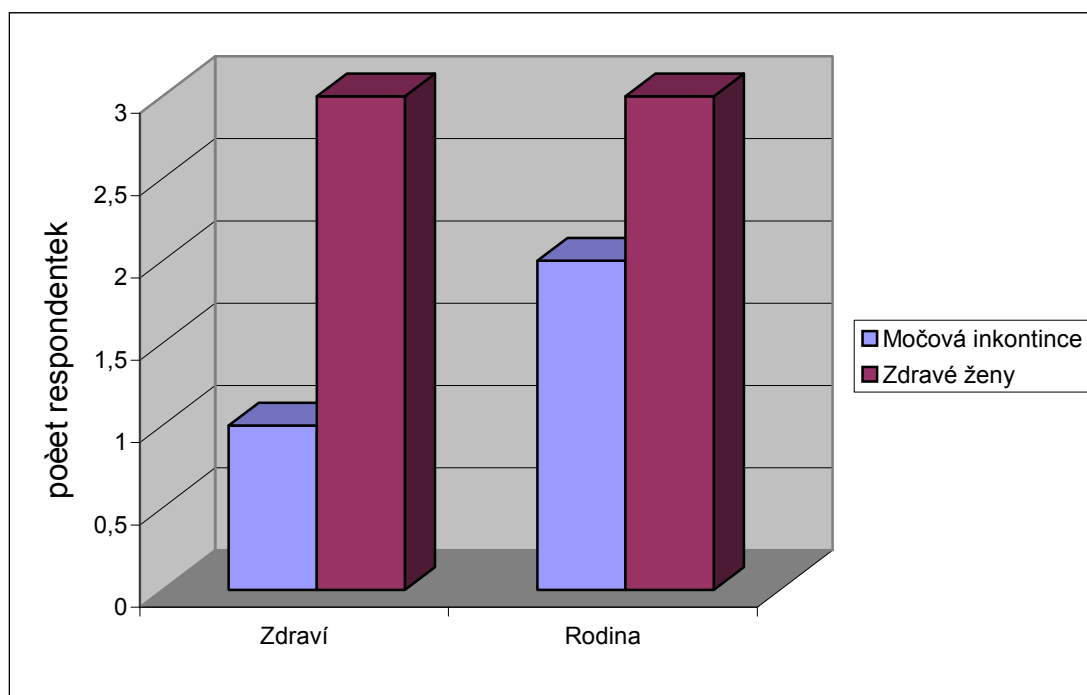
Graf 22: Srovnání míry spokojenosti se životem inkontinentních a zdravých žen (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo dvacet dva je znázorněna procentuální spokojenost se životem žen zdravých a žen s močovou inkontinencí. Na 100-91% jsou spokojeny se životem dvě ženy s močovou inkontinencí, na 90-81% jedna inkontinentní žena a pět zdravých žen. V 80-71% je spokojena jedna žena s močovou inkontinencí a rovněž jedna žena zdravá. V 70-61% jedna žena s močovou inkontinencí a dvě zdravé ženy. Na 60-51% - jedna žena s močovou inkontinencí a jedna zdravá žena. V 50-40% - čtyři ženy s močovou inkontinencí a jedna zdravá žena.

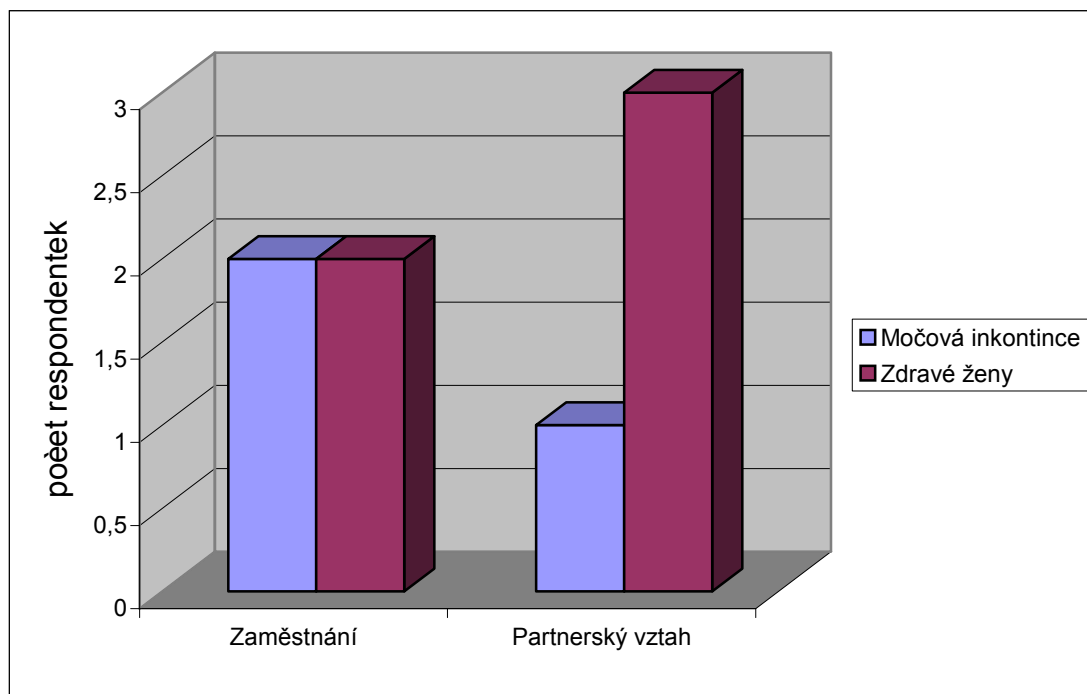
Graf 23: 90 – 100% naplnění spokojenosti dvou životních cílů žen s močovou inkontinencí a zdravých – srovnání (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo dvacet tři jsou zobrazeny dva životní cíle žen zdravých a žen s močovou inkontinencí. Spokojenost s naplněním těchto životních cílů je hodnocena 90-100%. Životní hodnotu „zdraví“ takto ohodnotila jedna inkontinentní žena a tři zdravé. Hodnotu „rodina“ – dvě ženy s močovou inkontinencí a tři zdravé ženy.

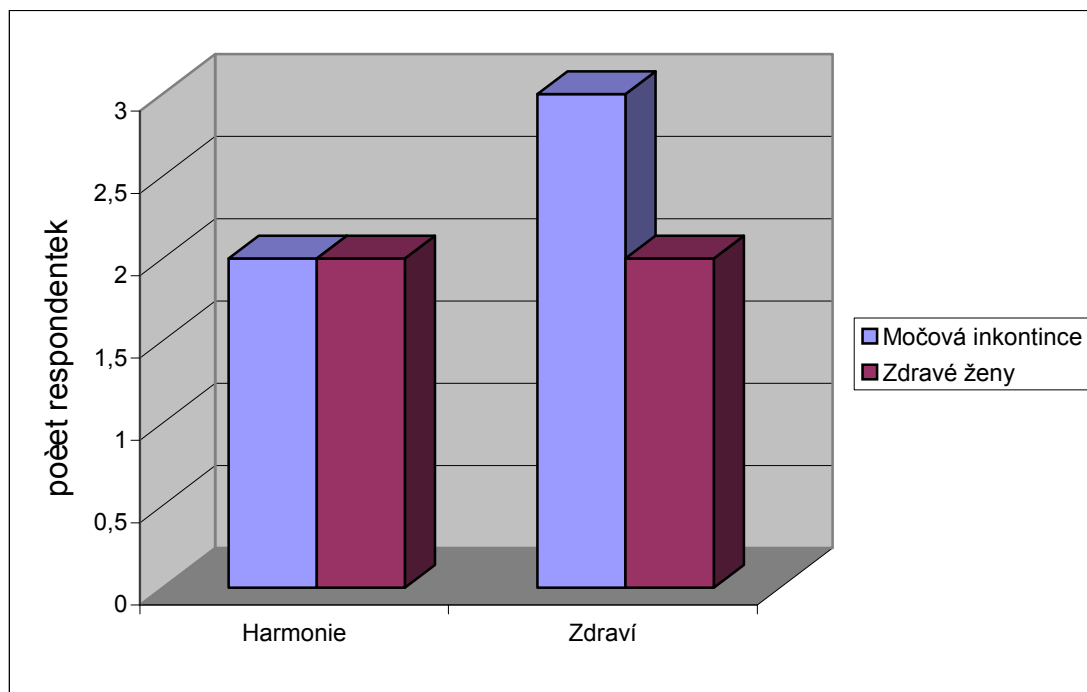
Graf 24: 80 – 89% naplnění spokojenosti u dvou životních cílů žen s močovou inkontinencí a žen zdravých – srovnání (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo dvacet čtyři jsou zobrazeny dva životní cíle žen s močovou inkontinencí a žen zdravých. Spokojenost s naplněním těchto životních cílů je zde hodnocena 80 –89%. Životní hodnotu „zaměstnání“ (úspěch v zaměstnání, udržení si zaměstnání, dobré ohodnocení) ocenily tímto způsobem dvě ženy s močovou inkontinencí a dvě ženy zdravé. Životní cíl „partnerský vztah“ (harmonie mezi partnery, spokojený a vyrovnaný partnerský vztah) - jedna žena s močovou inkontinencí a tři zdravé ženy.

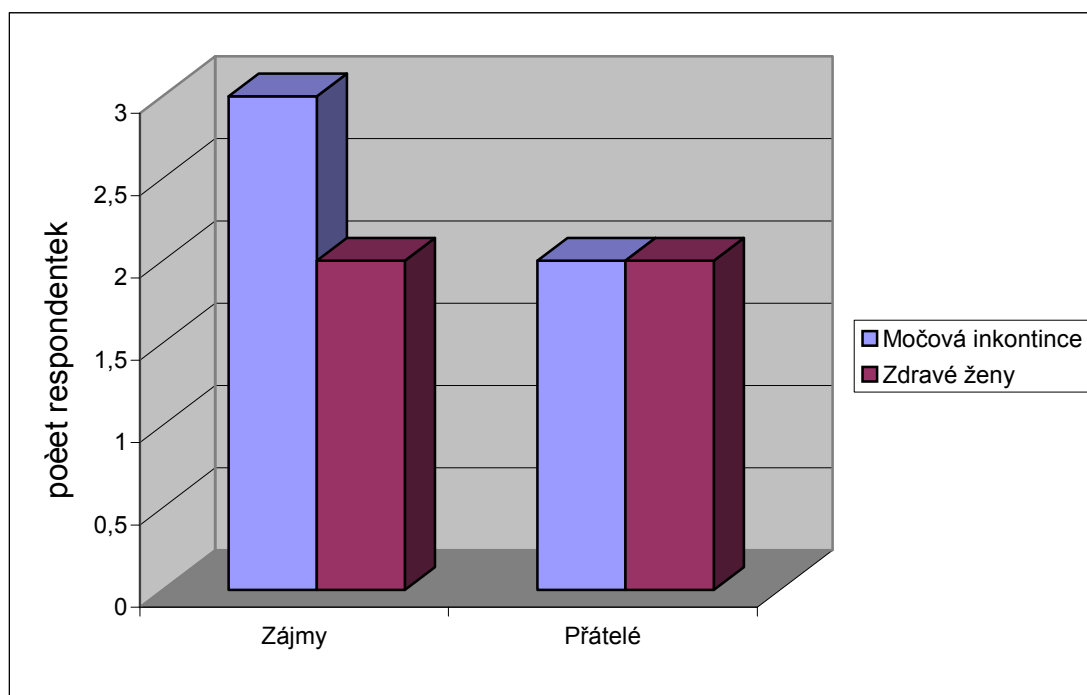
Graf 25: 70 – 79% naplnění spokojenosti u dvou životních cílů žen s močovou inkontinencí a žen zdravých – srovnání (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu číslo dvacet pět jsou zobrazeny dva životní cíle žen s močovou inkontinencí a žen zdravých. Spokojenost s naplněním těchto životních cílů je zde hodnocena 70 – 79%. Dvě ženy zdravé a dvě ženy s močovou inkontinencí vyjádřily zařadily do této kategorie hodnotu „harmonie“, čímž je myšlena hlavně celková životní spokojenost a vyrovnanost. Ve výčtu hodnot se opakuje životní cíl „zdraví“. Pod tímto pojmem je zahrnuto zdraví členů rodiny, přátel a zdraví oslovené respondentky. Pro tuto hodnotu se vyjádřily tři inkontinentní ženy a dvě zdravé.

Graf 26: 50 – 69% naplnění spokojenosti u dvou životních cílů žen s močovou inkontinencí a žen zdravých – srovnání (v absolutních hodnotách)



Zdroj : Vlastní výzkum

V grafu číslo dvacet šest jsou zobrazeny životní cíle žen s močovou inkontinencí a žen zdravých. Spokojenost s naplněním těchto cílů je zde hodnocena 50 – 69%. Tři ženy s močovou inkontinencí a dvě zdravé ženy ocenily tímto způsobem to, jak se věnují svým koníčkům. Dvě ženy zdravé a dvě ženy s močovou inkontinencí takto hodnotí cíl „přátelé“, čímž se myslí udržení a utužování přátelských vztahů.

5. Diskuze

Psychosociální dopad poruch funkce dolních močových cest do různých oblastí života pacientky je závažný a netýká se jen pacientek samotných. Mohou u nich nastat i změny sociálních vazeb a následně může dojít k prohloubení psychopatologických jevů spojených s únikem moči. (Martan 2005)

Problém močové inkontinence je tabuizovaný a veřejnosti nepřístupný, často je toto postižení tajeno i před nejbližšími členy rodiny a bohužel i před samotným zdravotnickým personálem, který je nejvýše povolán k řešení problému, ke zjednání nápravy nebo alespoň k ulehčení situace. Kamenem úrazu je malá informovanost žen o problematice močové inkontinence, o příčinách vzniku, o jejích projevech a možnostech léčby či zmírnění příznaků komplikujících ženám život. Inkontinence moči je časté, obtěžující a nákladné onemocnění. Postihuje miliony žen na celém světě a způsobuje závažné materiální i emoční následky nejen jim, ale i jejich rodinám. (Viktrup 2005)

Močová inkontinence se vyskytuje u všech věkových skupin žen. Vlivem médií je však většina laické veřejnosti přesvědčena, že problém nechtěného úniku moče se týká především seniorů a tvoří nedílnou součást stáří. Tento výzkum byl zaměřen na věkovou skupinu dvacetipětiletých až čtyřicetipětiletých žen. Věkovou strukturou respondentek se zabývala první otázka. Výsledky byly znázorněny v prvním grafu. V rozmezí dvacet pět a třicet let se nacházelo 10% žen, v kategorii třicet jedna až třicet pět let – 30%, mezi třiceti šesti a čtyřiceti lety se nacházelo 30% respondentek a v poslední kategorii čtyřicet jedna a čtyřicet pět let rovněž 30% žen s močovou inkontinencí. Na předešlý dotaz navazovala otázka „Jak mladá se cítíte?“, která měla za úkol zjistit subjektivní vnímání věku žen s močovou inkontinencí. Jako kdyby byly v pubertě se cítí čtyři z deseti oslovených žen, „o deset let méně“ odpověděly tři ženy. Tři vnímají svůj věk jako reálný, odpovídající jejich biologickému věku. Cílem tohoto dotazu bylo zjistit, zda močová inkontinence ovlivňuje vnímání sebe sama po fyzické a psychické stránce. U deseti oslovených respondentek se tento předpoklad nepotvrdil.

Odpovědi na dotaz: „Máte nějaké potíže, jakého druhu?“ jsou zobrazeny v grafu s názvem: „Situace, které vedou k potížím s udržení moče“. Všechny deset respondentek se shodlo na tom, že s vylučováním moči. Z tohoto množství čtyři ženy uvádějí, že k úniku moči u nich dochází při sportovních aktivitách, a to zejména při sportech, kde je zapotřebí skoků, doskoků, při nichž dochází k otřesům těla a při silových cvičeních. U tří žen k tomuto nechtěnému jevu dochází při zapojení břišního lisu při smíchu, s únikem moči při kašli a kýchání mají potíže také tři respondentky, pět žen udává únik moči při těžké fyzické námaze v zaměstnání a při práci v domácnosti (nošení a zvedání břemen, ohýbání se, vytírání podlahy, věšení záclon) a dvě udávají potíže při stresu či při psychické zátěži. Při zapojení břišního lisu dojde k přenosu nitrobřišního tlaku na detrusor močového měchýře. Při poruchách podpůrného a závěsného aparátu tlak v močovém měchýři převyší tlak v třetě, a dojde tak k nekontrolovatelnému a nechtěnému úniku moče, kterým jsou ženy omezovány.

Na předcházející dotaz navazuje svým obsahem otázka, „ Jste soběstačná v péči o domácnost a o svou osobu?“ Domácí práce spojené s úklidem, vařením, nákupy a péčí o prádlo je v plné míře schopno vykonávat šest z deseti respondentek. Tři ženy s močovou inkontinencí tyto práce provádí s obtížemi, k úniku moče u nich dochází při prudkých pohybech, zapojení břišního lisu, zvedání břemen a jedna žena kvůli výše popsaným obtížím domácí práce nevykonává vůbec. Péči o svou osobu bylo schopno vykonávat v plné míře všech deset respondentek. Pět z deseti respondentek s močovou inkontinencí docházelo na pravidelné preventivní prohlídky, sedm dbalo zvýšeně o intimní hygienickou péči z důvodu zvýšeného podráždění pokožky močí. Ženy vykonávaly hygienu víckrát denně, většinou při výměně hygienických pomůcek. Pokožku v oblasti genitálu ošetřovaly intimními mýdly s neutrálním pH, krémy s obsahem zinku a intimními deodoranty. Běžnou péči a hygienu vykonávaly tři ženy, které trpěly jen občasným únikem moči. Výsledky znázorňuje graf číslo 4a a 4b.

Výsledky na dotaz, který se zabývá pracovní činností žen s močovou inkontinencí, zobrazuje graf číslo pět, z něhož je patrné, že tři respondentky nepociťovaly žádná omezení v zaměstnání, jelikož jim pracovní náplň a harmonogram umožňoval navštěvovat toaletu podle jejich potřeb. Sedm z deseti respondentek uvedlo,

že pociťují stud ze zápachu moči, jelikož součástí jejich práce je jednání s klienty a kolektiv. Pět respondentek má ztíženou pracovní činnost díky diskomfortu, který při úniku moči pociťují (pocit vlhka, zápachu, pocit „špinavosti“). Rovněž pět žen má obavy vykonat prudký a spontánní pohyb, protože často znamenají nenadálý únik moči. Z tohoto výzkumu vyplývá, že znevýhodněny v pracovní sféře jsou z hlediska močové inkontinence pomáhající profese, dělnická zaměření v tovární výrobě a pracovnice ve službách. Naopak ulehčenou situaci mají ženy zaměstnané coby úřednice. U žen samostatně výdělečně činných se znevýhodnění odvíjí podle charakteru pracovních činností.

Graf s číslem šest informuje o zájmových činnostech žen s močovou inkontinencí. Odborná literatura uvádí, že řada žen je nucena vzdát se kvůli úniku moči svých koníčků, zejména, pokud jde o sport či cestování. (Huvar 2003) Výsledky tohoto šetření přinesly poznatek, že ženy, které byly nuceny zanechat svých dosavadních zálib, se přeorientovaly na takový způsob trávení volného času, který není provázen nepříjemným únikem moči. Šest z deseti oslovených respondentek omezily své sportovní aktivity na ty, jejichž součástí nejsou poskoky, výskoky, dopady, otřesy, nemusí zapojovat břišní lis a provádět prudké pohyby. Čtyři respondentky nesportují vůbec, celkem čtyři změnilly své zájmy – zabývají se kulturou, četbou a tři respondentky místo sportovních aktivit více vyhledávají společnost přátel a tráví s nimi svůj volný čas. Cestování je jednou z variant aktivně stráveného volného času a odpočinku. V grafu číslo deset jsou zobrazeny výsledky odpovědí na dotaz: „Cestujete ráda, jak často a kam?“ I v této sféře je viditelné ovlivnění močovou inkontinencí. Ženy se z větší části (šest žen) vydávají pouze na pobytové zájezdy, a to proto, že mají zajištěný veškerý komfort, hlavně hygienické zázemí, pobyt tráví na jednom místě, tudíž jim odpadá stres z úniku moči, mokrého prádla a pocitu ztrapnění kvůli zápachu. Tři respondentky svoji dovolenou tráví na poznávacím zájezdu, ale dopravní prostředek musí splňovat požadavky na hygienické zázemí, během cesty je to možnost přestávek a vydávají se pouze na kratší vzdálenosti. Jedna žena s močovou inkontinencí necestuje, svůj volný čas tráví na chatě nedaleko trvalého bydliště. Má obavy z výše uvedených komplikací, které nemůže překonat.

Jakým způsobem ženy s močovou inkontinencí pečují o své tělo a zdraví popisuje graf číslo osm. Všechny deset respondentek se snaží udržovat ideální hmotnost, což vedle estetické stránky je mimo jiné velice přínosné pro zmírnění negativních doprovodných projevů močové inkontinence. Většina (osm) žen uvedlo, že se vždy snaží o dodržování léčebného režimu při onemocnění, čímž předcházejí např. chronickému kašli, který zhoršuje močovou inkontinenci a může být i spouštěcím mechanismem vzniku chronických uroinfekcí a i antibiotické resistance. Předpokladem dobré fyzické a psychické kondice je odpočatost, které se pomocí dostatečného spánku snaží docílit dvě respondentky. I přes svůj problém s únikem moči vypijí alespoň dva litry tekutin denně dvě respondentky. Šest žen se snaží o racionální stravování, v němž jsou svou rodinou podporovány a ve většině rodin je změna jídelníčku vítána. Sport, i když v omezené míře, provozuje šest respondentek a psychickou pohodu pomocí relaxace si udržuje pět žen s močovou inkontinencí. Na pravidelné preventivní prohlídky dochází pět z deseti oslovených respondentek. Je známo, že nic neexistuje samo o sobě. Stejně tak lidský organismus je propojený a provázaný celek, kdy správná péče o tělo navozuje duševní harmonii a naopak. Podle Mastiliakové: „Osoba, která je vyvedena z psychické rovnováhy, mívá zvýšený počet kontrakcí močového měchýře a pocit nucení na močení.“(Mastiliaková 1999)

Jeden z okruhů dotazů byl zaměřen na rodinný a partnerský život. Graf číslo devět informuje o rodinných vztazích respondentek. Sedm žen s močovou inkontinencí nevedlo, že by docházelo k problémům v rodinných vztazích, tři respondentky shledávají vztah k příbuzným komplikovaný, a to z důvodu nevyjasněných majetkových poměrů, rozvodu či rozdílnosti názorů. Studie ukazují, že močová inkontinence je častou příčinou partnerských neshod a sexuálních dysfunkcí. Podle Horčičky trpí ženy „snížením sexuální apetence v důsledku úniku moči při sexuálním vzrušení.“ (Horčička 1999) Tímto výzkumem bylo na vybraném vzorku žen zjištěno, že únikem moči při pohlavním styku byly omezovány čtyři partnerské páry, jejich vztah tím však nebyl nijak negativně poznamenán. O tomto vypovídá graf číslo jedenáct. Dalším úkolem inkontinentních žen bylo pohovořit o rodinném životě. Sedm žen uvedlo, že se nemohou účastnit rodinného života tak, jak by chtěly. Tyto ženy z něj byly vyloučeny,

hlavně, pokud se týkal sportovních akcí s dětmi, delších výletů, účasti na koncertech a navštěvování příbuzných. Podrobnější popis znázorňuje graf dvanáct.

Graf číslo třináct pojednává o tom zda, ženy s močovou inkontinencí musejí více myslet na některé fyziologické funkce. Všech deset žen v rozhovoru uvedlo, že více přemýšlejí o vyprazdňování močového měchýře. Čtyři ženy mají strach z úniku moči při kašli a kýchání, tři ženy udávají únik moči při pohlavním styku a rovněž tři při pohlavním styku, kašli a kýchání. Odborná literatura uvádí, že únik moče při sexuálním styku je častější, než je číselně vyjádřeno, a z důvodu skrývání těchto potíží- ať již před partnerem nebo lékařem – dochází ke vzniku sexuálních dysfunkcí. (Viktrup 2005) Močová inkontinence zasahuje do všech oblastí lidského života a jestliže není včas medicínsky řešena, dochází u postižené ženy k postupnému přizpůsobování životního rytmu, omezování se a psychickému i fyzickému strádání.

Na dotaz „ Pijete denně alespoň dva litry tekutin, více či méně?“ se vyjádřily dvě ženy s močovou inkontinencí tak, že se neomezují v příjmu vhodných tekutin, usměrňují jejich požívání v závislosti na fyzické aktivitě, okolní teplotě, či metabolických nárocích organismu. Vědí však, že minimálně by měly za den vypít alespoň dva litry tekutin. Osm oslovených žen je nuceno omezovat se v příjmu tekutin z různých důvodů. Jsou to například: v šesti případech snižování objemu tekutin před plánovanou dalekou cestou, dvě ženy sniží požívání nápojů před pohlavním stykem a šest před sportovní akcí, zvláště, jedná-li se o míčové hry, běh, silová cvičení a aerobic. Z mého předchozího výzkumu bylo patrné, že většina inkontinentních žen z výzkumného souboru padesát žen ve věku 25-55let (68%) je nucena omezovat příjem tekutin hlavně z výše uvedených důvodů. Stává se, bohužel, že lékař doporučí pacientce jako jednu z „léčebných metod“ snížení příjmu tekutin. Přitom léčba u většiny klientek není složitá a přináší dobré výsledky.(Neumannová 2004)

Spánek je další ze základních potřeb lidského organismu. Díky kvalitnímu spánku se člověk cítí odpočínutý, je v dobré fyzické a psychické kondici. Inkontinentním ženám byla položena otázka, týkající kvality spánku. Dvě ženy uvedly, že spí kvalitně a během spánku nejsou rušeny žádnými podněty. Tři respondentky mají potíže s usínáním kvůli pracovním povinnostem a narušeným rodinným vztahům. Pět

žen je rušeno ve spánku častým nočním nucením na močení, respondentky uvedly, že toaletu během noci navštíví až pětkrát. Je jisté, že druhý den pocítují únavu, v zaměstnání jsou nevýkonné, nesoustředěné, vůči okolí podrážděné a nervózní. Výsledky jsou znázorněné v grafu číslo šestnáct.

Psychosociální dopad poruch funkce dolních močových cest do různých oblastí života pacientky je závažný a netýká se jen pacientek samotných. Mohou u nich nastat i změny sociálních vazeb a následně může dojít k prohloubení psychopatologických jevů spojených s únikem moči. (Martan 2005) Ženy s močovou inkontinencí pohovořily na toto téma, když jim byla položena otázka, „Jaká je Vaše obvyklá nálada?“ Čtyři ženy z deseti respondentek uvedly, že jejich nálada je většinou depresivní, pesimistická či smutná. U tří se na psychickém rozpoložení podílel zdravotní stav, protože potíže s únikem moči byly v té době špatně snesitelné a život limitující. (graf 14,15) K této problematice se vyjadřuje odborná literatura: „Neurotismus a psychogenní faktory doprovázejí inkontinenci, ale rozhodně nejsou v příčinné souvislosti. Avšak všichni pozorujeme, že zmenšení ataků inkontinence vede k redukci psychogenních symptomů, a tak se ženám zlepšuje kvalita života, zejména opětovnou možností zúčastnit se znovu společenského života.“ (Horčíčka 1999)

Až 80% (osm) žen s močovou inkontinencí pomáhá, jestliže se svěří se svými problémy přítelkyním, které často také prožívají podobné problémy. Podle mého názoru je ventilace problémů důležitá nejen pro duševní harmonii, ale i proto, že dochází jakoby ke vzniku svépomocných neformálních skupin až komunit, kde funguje vzájemná pomoc, předávání zkušeností a výměna názorů o dané problematice. Při rozhovoru jedna žena s močovou inkontinencí uvedla, že díky setkání s přítelkyní se dozvěděla o odborné pomoci a možnosti vyřešení jejích potíží s vyprazdňováním moči. Výsledky jsou graficky znázorněny v grafu číslo devatenáct. Během rozhovoru jsem se s respondentkami dotkla i možnosti, že by byly vytvořeny oficiální svépomocné skupiny či kluby žen s močovou inkontinencí. Osm žen by tuto možnost přivítalo, i když jde o potíže intimního charakteru, byly by ochotné svěřit se ostatním ženám. Jedna z respondentek pocítuje zábrany hovořit o svých potížích s vylučováním moči a jedna žena by nemohla hovořit před příbuznými. Močová inkontinence je problém, o

kterém se mnoho nemluví, a možná i proto jsem měla během výzkumu pocit, že ženy, které jsem oslovila, mé otázky přijaly ochotně a rády si o této problematice pohovořily.

Důvěra v lékaře je stěžejní předpoklad k tomu, aby žena s močovou inkontinencí byla co nejdříve léčena. „Prevalence močové inkontinence v populaci žen nad třicet let věku je udávána kolem 14%. Až 70% postižených žen nikdy nevyhledá odbornou pomoc.“ (Fait 1999) Devět z deseti oslovených respondentek se vyjádřilo ve prospěch důvěry ve svého ošetřujícího lékaře. Jedna respondentka není ochotna hovořit o svých intimních potížích. Výsledky jsou znázorněny v grafu číslo osmnáct.

V současné době jsou k dostání pomůcky usnadňující hygienu ženám s močovou inkontinencí. Je řada firem, které prostřednictvím reklam informují veřejnost o savých pomůckách pro inkontinentní ženy. Myslím si, že mít vědomosti tohoto druhu je prospěšné, pacientky vědí, jakým způsobem je získat, jak používat, jakými kritérii se řídit při jejich volbě. Na druhou stranu si řada žen myslí, jestliže si pořídí tyto „ideální“ pomůcky, je jejich problém vyřešen a nehledají další informace, jak skutečně redukovat nepříjemné příznaky spojené s močovou inkontinencí nebo se jich dokonce zcela zbavit. Některé ženy volí tento postup z neznalosti, jiné nepovažují své problémy za tak závažné, jiné se obávají operačního zákroku. K zahájení účinné terapie stačí pouze provést několik ambulantních vyšetření a zahájit terapii „šitou každé pacientce na míru“. (Viktrup 2005) Z deseti respondentek jedna používala menstruační vložky, devět žen absorpční vložky pro močovou inkontinenci. Devět žen používalo intimní kosmetiku a deodoranty. Grafické znázornění je v grafu číslo dvacet. Výdaje spojené s poruchou vyprazdňování moči nejsou zanedbatelné. Pokud se ženy trpící močovou inkontinencí nespějí se svými potížemi lékaři, jsou nuceny samy si hradit hygienické pomůcky. Pro příklad, jedno balení o dvaceti kusech vložek pro první stupeň inkontinence, se pohybuje okolo 120 Kč. Zdravotní pojišťovna uhradí 80 kusů vložek za měsíc. (Hartmann) Denní spotřeba ženy, která trpí tím nejlehčím stupněm, je 2-5 kusů vložek za den. Jedním ze způsobů léčby močové inkontinence je zavedení TVT pásky, přičemž její cena se pohybuje mezi 12-15000 Kč, celou částku by měla uhradit zdravotní pojišťovna nad rámec paušální platby. Zdravotní pojišťovna plně hradí výdaje spojené s hospitalizací, operačním zákrokem, medikací. S tímto zákrokem souvisí

pracovní neschopnost v délce třech týdnů. K této problematice se vztahuje hypotéza H2 - „Ženy s močovou inkontinencí jsou vystaveny větší finanční zátěži.“

K doplnění výzkumu byla použita metodologie SEIQoL, jejímž prostřednictvím byla zjišťována spokojenost s realizací životních cílů a kvalita života v osobní rovině. Oslovené respondentky byly požádány, aby se zamyslely nad pěti pro ně nejdůležitějšími cíli. Tyto „cues“ – doslova do češtiny přeloženo jako cílové podněty snažení, jsou jedním z klíčových pojmů metodiky SIEQoL. Aby bylo možné objektivně posoudit eventuální změny v kvalitě života inkontinentních žen, oslovila jsem deset zdravých žen ve věkovém rozpětí dvacet pět až čtyřicet pět let. Oba soubory žen uváděly nejčastěji tyto životní hodnoty: zdraví, rodinná spokojenost, zaměstnání (spokojenost v zaměstnání, úspěch), harmonie v partnerském vztahu a přátelské vztahy. Pro srovnání, hodnotu zdraví volilo deset žen s močovou inkontinencí a šest žen ze zdravé populace. Rodinnou spokojenost volilo osm žen s močovou inkontinencí a stejný počet zdravých žen. Spokojenost a úspěch v zaměstnání volily dvě inkontinentní ženy a šest zdravých žen. Harmonii v partnerském vztahu a dobré přátelské vztahy zvolilo stejné množství respondentek jako u předešlého cíle. Zdraví bylo nejfrekventovanější životní hodnotou, i když je zde patrný rozdíl v poměru inkontinentních a zdravých žen. Myslím si, že tento výsledek je zcela pochopitelný, protože všechny ženy s močovou inkontinencí byly na cestě za zlepšením kvality zdraví. Některé se nacházely po malém operačním zákroku, některé ambulantně prodělávaly vyšetření kvůli diagnostice močové inkontinence. Všechny očekávaly, že jejich potíže budou vyřešeny nebo alespoň zmírněny. Zdraví pro ně momentálně znamenalo cíl, který byl v dané situaci považován jako zdroj motivačních sil. Dosažení cíle, případně setkání se s překážkou na cestě k cíli je samo o sobě považováno za emocionálně důležitý moment. (Křivohlavý 2002) „Lidé, kteří jsou nemocní, nemohou uskutečnit svůj cíl, ať je jakýkoliv. Aby lidé mohli dělat to, co dělat chtějí, potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb. Zdraví je tak chápáno jako prostředek k dosažení cíle.“ (Křivohlavý 2001, s.29) Naproti předchozí hodnotě týkající se zdraví, je rodinná spokojenost a harmonie jako životní hodnota důležitá pro obě dvě skupiny respondentek bez rozdílu.

U každé ženy jde o to, aby rodinný život plynul co nejlépe, bez výrazných výkyvů a zvratů, aby partnerský život fungoval k plné spokojenosti muže i ženy a výchova dětí byla naplněna respektem, porozuměním a láskou. Mezi dalšími vyvolenými životními hodnotami respondentek obou skupin jsem nezaznamenala výraznější rozdíly, jako další cíle byly uvedeny například: koníčky, finanční zabezpečení, vlastní bydlení, splacení dluhů a jiné. Výsledky jsou zobrazeny v grafu číslo dvacet jedna.

Graf číslo dvacet dva zobrazuje procentuální hodnoty, kterými obě skupiny respondentek vyjádřily celkovou spokojenost se životem. Respondentky udělaly křížek na čáře, která byla určitým druhem „teploměru životní spokojenosti“. Začátek škály znázorňoval nejnižší spokojenost – 0, konec škály znamenal nejvyšší ohodnocení – maximální spokojenost se životem – 100%. Dvě ženy s močovou inkontinencí vyjádřily svou spokojenost se životem 100-91%, do této kategorie se nezařadila žádná zdravá žena. Jedna inkontinentní žena a pět zdravých žen ohodnotily životní spokojenost 90-81%. Stejný počet žen – jedna zdravá a jedna inkontinentní vyjádřily spokojenost 80-71%, do kategorie 70-61% se zařadily – jedna žena s močovou inkontinencí a dvě zdravé ženy. Opět stejný poměr žen jedna zdravá a jedna inkontinentní ohodnotily svoji životní spokojenost v rozmezí 60-51 %. Poslední, 50-40% vyjádření je znázorněno od čtyř inkontinentních a jedné zdravé ženy. Shrnou-li se tyto údaje, vidíme, že nejmarkantnější rozdíly jsou ve třech procentuálních kategoriích, a to v prvních dvou a v poslední, té nejnižší. Z pohledu na graf je zřejmé, že ženy, které netrpí močovou inkontinencí vyjádřily častěji vyšší životní spokojenost (81-100%). Naproti tomu, ženy s močovou inkontinencí vykazaly vícekrát nižší spokojenost se životem. Tato měření jsou sice subjektivní záležitostí, ale zdravotní stav hraje rozhodující roli v hodnocení, zda je život prožíván kvalitně, či nikoliv. K této části práce se vztahuje hypotéza H3 – „Močová inkontinence má negativní dopad na kvalitu života postižených žen.“

Pro názornější představu, je v grafech dvacet tři, dvacet čtyři, dvacet pět a dvacet šest vyobrazeno naplnění spokojenosti životních cílů žen s močovou inkontinencí a žen zdravých. Spokojenost s realizací životních cílů je důležitou součástí dotazníku pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL. Míra spokojenosti s daným

cílem se vyjadřuje v procentech, a to tak, že 0 je nejnižší možná hodnota a 100 nejvyšší možná hodnota. Pro účely výzkumu jsem rozdělila škálu po desítkách, aby bylo možno vytvořit jednotlivé kategorie procentuální spokojenosti s realizací jednotlivých cílů a poté jsem podle hodnot tyto cíle do jednotlivých kategorií zařazovala. Jedna žena s močovou inkontinencí ohodnotila spokojenost s cílem „zdraví“ 90-100%, ze skupiny zdravých žen – tři respondentky. Dvě inkontinentní ženy také touto hodnotou vyjádřily spokojenost s cílem „rodina“, z okruhu zdravých žen - tři. 80-89% spokojenost s realizací životního cíle „zaměstnání“ uvedly dvě ženy inkontinentní a dvě ženy zdravé. Druhou nejčastěji uvedenou životní hodnotou v této kategorii je „partnerský vztah“. Pro něj se vyslovila jedna inkontinentní žena a tři zdravé ženy. 70-79% spokojenost s realizací životního cíle „ životní harmonie, spokojenost“ uvedly dvě ženy s močovou inkontinencí a dvě zdravé ženy. Druhou takto ohodnocenou životní hodnotou je opět „zdraví“, pro který se vyjádřily tři inkontinentní ženy a dvě ženy ze zdravé populace. Kategorie 50-69% spokojenost s realizací životních cílů jsou uvedeny následující cíle: „ zájmy, koníčky“, pro které se vyjádřily tři inkontinentní ženy a dvě zdravé ženy, „ přátelé – udržení dosavadních přátelských vztahů“, pro které se vyjádřily dvě ženy s inkontinencí a rovněž dvě ženy zdravé.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit a stanovit, zda a jakým způsobem ovlivňuje močová inkontinence kvalitu života žen po stránce duševní, sociální a tělesné. Cíl jsem splnila, pomocí polostandardizovaného rozhovoru a metodiky SEIQoL se mi podařilo hlouběji prozkoumat tento problém a více se zabývat jednotlivými oblastmi života, do kterých močová inkontinence zasahuje. Na základě výzkumu jsem stanovila tyto hypotézy:

H1 – „Ženy s močovou inkontinencí jsou vystaveny větší finanční zátěži.“

H2 – „Močová inkontinence má negativní dopad na kvalitu života postižených žen.“

Na závěr je možno říci, že močová inkontinence je opravdu multidimenzionální problém, zasahující do všech životních sfér. Žena s močovou inkontinencí je nucena díky tomuto znevýhodnění přizpůsobovat a měnit řadu svých návyků a stereotypů, životních hodnot, svůj životní styl. Močová inkontinence, ač její příznaky zůstávají pro okolí skryté, má negativní dopad pro rodinný život, činnosti spojené s výchovou dětí, kontakty s rodinnými příslušníky, způsob trávení volného času s partnerem a osobní zájmy a koníčky. Inkontinentní žena je do určité míry omezena v sociálních kontaktech, což vede bezpochybně k pocitům nízkého sebevědomí až frustracím. Nezanedbatelná je i ekonomická stránka onemocnění. Ze zdravotnického systému plynou nemalé položky na hrazení pomůcek pro inkontinentní, nemluvě o omezení v pracovní činnosti žen. Nedostatečná informovanost inkontinentních žen vede často ke zbytečným psychickým a tělesným traumatům. Ženy kvůli strachu z ostudy otálejí řadu let s návštěvou lékaře, „ordinují“ si samoléčbu, která je spíše ke škodě. Omezují se v příjmu tekutin, trpí častými uroinfekcemi, kvůli častějšímu provokovanému močení přicházejí o přirozený vyprazdňovací reflex.

Podle informací, ke kterým jsem se dopracovala na základě rozhovorů s inkontinentními ženami, bych mohla předpokládat, že celková spokojenost se životem, tedy kvalita života bude u inkontinentních žen snížena. Šetření, kdy byla použita metodika SEIQoL, však tento můj předpoklad jednoznačně nepotvrdila. Při srovnání obou souborů - žen s močovou inkontinencí a zdravých žen - při použití

metodologie SEIQoL došlo pouze k výraznějším rozdílům při preferenci a hodnocení realizace jednotlivých životních cílů.

Termín „kvalita života“ u inkontinentních žen není pouhou frází, je to fakt, kterým je potřeba více se zabývat a řešit ho. Močová inkontinence svým průběhem připomíná chronické onemocnění, které sice nebolí, ale může způsobit mnoho šrámů na duši. Stěžejní je, aby každá žena, u které se objeví tento problém, měla dostatek informací a vědomostí, aby ho s pomocí kvalifikovaného pracovníka dokázala řešit a ušetřila si množství zbytečných negativních zážitků.

7. Seznam použité literatury

Baumová, I. Močová inkontinence-řešitelný problém. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o., 2004, roč. XIV, č.9, s. 20. ISSN 1210-0404

Bercík, R. *Nové postupy úpravy vaginálního prolapsu*. [online] [13.01.2007] URL <<http://www.medical-tribune.cz/src/es/archio/gpp/65/1531>>

Bergsma, J., Engel, G.L. *Quality of life: does measurement help?*. Health Policy: 1988, vol. 10, Nr. 3, s. 267 – 279

Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7

Citterbart, K. a kol. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0

Doenges, M.E., Moorhouse, M.I. *Kapesní průvodce zdravotní sestry* 2.vyd. Praha: Grada Publishing spol.s.r.o. 2001, 568 s. Přel. Z. Nurse's Pocket Guide Diagnoses, Interventions and Rationales ISBN 80-247-0242-8

Dragomirecká, E. Nemoc a kvalita života. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. 2006, roč. 16, č.9, s.8. ISSN 1210-0404

Drábková, K. Močová inkontinence: proč ženy nevyhledávají pomoc. *Florence*. Praha: Galén 2006, roč.2, č.9, s. 26-28. ISSN 1801-464X

Fait, T., Lochman, P. Prevence v urogynélogii. *Praktická Gynekologie*. Praha: Medica Publishing and Consulting s.r.o. 1999, č.2, s. 51-53. ISSN 1211-6645

Feyreisl, J. a kol. Perimenopauza. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret s.r.o., 2003, roč.12, č.4,s. 707-720. ISSN 1214-2093

Feyreisl, J. a kol. Hyperaktivní měchýř. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha : Levret s.r.o. 2006, roč. 15, č. 2, s. 311-331. ISSN 1211-1058

Fišerová, Z. Optimální péče o inkontinentní pacienty. *Diagnóza v ošetrovatelství..* Praha: Promediamotion, 2007, roč. 3, č. 1, s. 22. ISSN 1801-1349

Fitzpatrick,R. *Quality of life in health care*. Greenwich: Iai Press, 1994, s.159-180. ISBN1-55938-838-2

Halaška, M. Moderní operační přístupy v urogynologii. *Lékařské listy*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o 2004, roč. 53, č. 38, s.8-10. ISSN 004-1996

Halaška, M. Ambulantní diagnostika močové inkontinence. *Gynekologie po promoci*. Praha: Medical Tribune cz s.r.o. 2005, roč. 5, č.1, s. 15-20. ISSN 1213-2578

Halaška, M. Historie urogynologie. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 3-4. ISSN 1210-04-04

Halaška, M. Terapie syndromu hyperaktivního měchýře. *Lékařské listy*. Praha: *Mladá fronta. a.s.* 2006, roč. 55, č. 16, s. 29-33. ISSN 0044-1996

Halaška, M. OAB-Choroba (téměř) pětiny populace. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. 2006, roč. 16, č. 9, s. 12-13. ISSN 1210- 0404

Hartmann.cz[online] [20.03.2007]URL</b2c/?acc-inkontinence>

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum - Základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál 2004, 408 s. ISBN 80-7367-040-2

Holý, P. Driák, D. Ženské poruchy mikce: závažný sociální problém. *Lékařské listy*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o. 2004, roč.53, č.38, s.20-22. ISSN 0044-1996

Horčička, L. Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta a.s. 2006, roč.55, č. 5, s.6-8. ISSN 0044-1996

Horčička, I. Účinnost a bezpečnost TVT operace. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Turkyňe, 2003, roč.68, č.2, s.94-98. ISSN 1210-7832

Horčička, L. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí*. [online] [14.10.2006] URL<<http://mocova-inkontinence.cz/clanky/1.html>>

Hurt, R. Zobrazovací metody struktur pánevního dna. *Lékařské listy*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o 2004, roč.53, č.38, s.23-25. ISSN 0044-1966

Huvar, I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. Brno: Medica Publishing and Consulting s.r.o, 2003, č.1, s.18-25. ISSN 1211-6645, MK ČR 7630

Chmel, R. Hyperaktivní měchýř. *Gynekologie po promoci*. Praha: Medical Tribune cz, s.r.o. 2005, roč.5, č.4, s.57-59. ISSN1213-2578

Chmel, R. Inkontinence a uroinfekce u žen v postmenopauze. *Lékařské listy*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o. 2004, roč.53, č.24, s.13-16. ISSN 0044-1966

Chmel, R. *Chirurgická léčba ženské stresové močové inkontinence*. [online] [05.02.2007] URL< <http://mocova-inkontinence.cz/clanky/1.html>, >

Chmel, R. *Konzervativní terapie ženské močové inkontinence- možnosti a efektivita.*
[online] [05.02.2007] URL < [http:// mocova-inkontinence.cz/clanky 1.html](http://mocova-inkontinence.cz/clanky 1.html)>

Ježek, D., Hrubeš, P. Řešení smíšené inkontinence moči. *Gynekologie po promoci.*
Praha: Medical Tribune cz. 2007,roč.7, č. 1, s.61. ISSN 1213-2578

Klein, M. Mokránová, K. Léčebná gymnastika při stresové inkontinenci moči u žen.
Praktická gynekologie. Brno: . Medica Publishing and Consulting s.r.o., 1998,
č.1, s.21 - 24. ISSN 1211-6645, MK ČR 76 30

Klevetová, D. Péče o inkontinentní ženy. *Sestra.* Praha: Sanoma Magazines s.r.o. 2004,
roč. XIV, č.1, s.18-20. ISSN 1210-0404

Kobilková, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví.* 1. vyd. Praha: Galén 2005,
368 s. ISBN 80-7262-315-X

Kolařík, D. Konzervativní možnosti léčby potíží s močením. *Lékařské listy.* Praha s.r.o.:
Sanoma Magazines Praha s.r.o 2004, roč.53, č.38, s.14-16. ISSN 0044-1996

Komárková, R., Slaměnik, I, Výrost, I. *Aplikovaná sociální psychologie III.* Sociálně
psychologický výcvik. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 224 s.
ISBN 80-247-0180-4

Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo I.* 1.vyd. Martin:
Vydavatelstvo Osveta 1995, 836 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process
and Practice. ISBN 80-217-0528-0

Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo II.* 1.vyd. Martin:
Vydavatelstvo Osveta 1995, 638 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process
and Practice. ISBN 80-7013-277-9

Krhut, J. Inkontinence moči v geriatrici. *Zdravotnické noviny.Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta 2005, roč.54, č.46,s.4-9. ISSN 0044-1996

Krhut, J. Fyzioterapie inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. 2005, roč.54, č.46, s.4-9. ISSN 1210-0404

Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2

Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

Loučná, A. *Inkontinence*. [online][20.11.2006]URL<<http://www.pharmanews.cz/200502/inkonti.htm>,>

Martan, A. a kol. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. 1.vyd. Praha: Pan Med 2001. 190s. ISBN 80-9030-49-07

Martan, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 1.vyd. Praha: Jessenius Maxdorf 2005. 79s. Farmakoterapie pro praxi. Sv.8 ISBN 80-7345-076-3

Martan, A. a kol. Novinky v léčbě inkontinence moči u žen. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. 2005, roč. 15, č.7-8,s.8-9. ISSN 1210-0404

Martan, A. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf 2006. 83 s. Farmakoterapie pro praxi. sv.14. ISBN 80-7345-094-1

Mastiliaková, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDV PZ 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9

Matějková, M. *Inkontinencemočová*. [online][05.01.2007]URL <<http://www.nemjbe.cz/cs/o-nemocich/inkontinence-mocova.html>>

Miklica, J. *Nemoci ženského močového traktu z pohledu urogynekologa*. [online] 07.07.2006 [09.03.2007] URL < www.medicina-pro-praxi.cz/pdfs/med/2006/07/07 >

Morrowová, L. Směrnice sign pro postupy ke zvládnání močové inkontinence v primární péči. *Florence*. Galén. Praha: Galén 2006, roč. II, č.5, s.36-38. ISSN 1801-464X

Neumannová, P. *Močová inkontinence u žen jako ošetrovatelský problém*. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2004. Bakalářská práce. 80 s. vedoucí práce Němcová, I.

Porges, R. Feyreisl, J. Pokles pánevních orgánů: výběr vhodného operačního řešení. *Gynekologie po promoci*. Praha: Sanoma Magazines 2003, roč. III, č.5, s.30-35. ISSN 1213-2578

Příbylková, K. Využití SANS v léčbě hyperaktivního měchýře. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s 2006, roč. 16, č.9, s.8. ISSN 1210-0404

Sbírka zákonů č.40/2000, vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., Zákon o důchodovém pojištění

Šettner, O. Fyziologie, anatomie a patofyziologie mikce. *Lékařské listy*. Sanoma Praha.: Sanoma Magazines s.r.o 2004, roč.53, č.38, s.18-19. ISSN 0044-1996

Štrajtová, A. Kontinentní či inkontinentní? *Florence*. Praha: Galén 2006, roč.2, č.3, s. 49-53. ISSN 1801-464X

Topinková, E. Kvalita života u inkontinentních seniorů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s 2006, roč. 16, č. 9, s.14-15. ISSN 1210-0404

Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2001 ISBN 80-7013-324-4

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

Viktrup, L. Ambulantní diagnostika močové inkontinence. *Gynekologie po promoci*. Praha: Medical Tribune CZ, s.r.o. 2005, roč. 5, č.1, s. 15-24. ISSN 1213-2578

Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003., 400s. ISBN 80-7178-740-X

Zachoval, R. Kvalita života při močové inkontinenci. *Postgraduální medicína*. Sanoma Magazines s.r.o. Praha: Sanoma Magazines s.r.o., 2002, roč. 4, č. 7, s. 710-716. ISSN 1210-0404

Zikmund, J. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret s.r.o. 1999, 59 s. ISSN 1211-1058

Zikmund, J. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Karolinum 2001, 132 s. ISBN 80-246-0146-8

Zmrhal, J. Inkontinence moče a miniinvazivní uretropexe TVT. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o. 2003, roč. XIII, č.4, s.37-38. ISSN 1210-0404

Zmrhal, J. Urogynekologická diagnostika. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s 2005, roč. 15, č. 7,-8, s.6-7. ISSN 1210-0404

8. Klíčová slova

močová inkontinence

inkontinentní žena

kvalita života

míra spokojenosti

životní cíle

močový měchýř

informovanost

terapie

9. Přílohy

Příloha 1 - Anatomie a fyziologie mikce

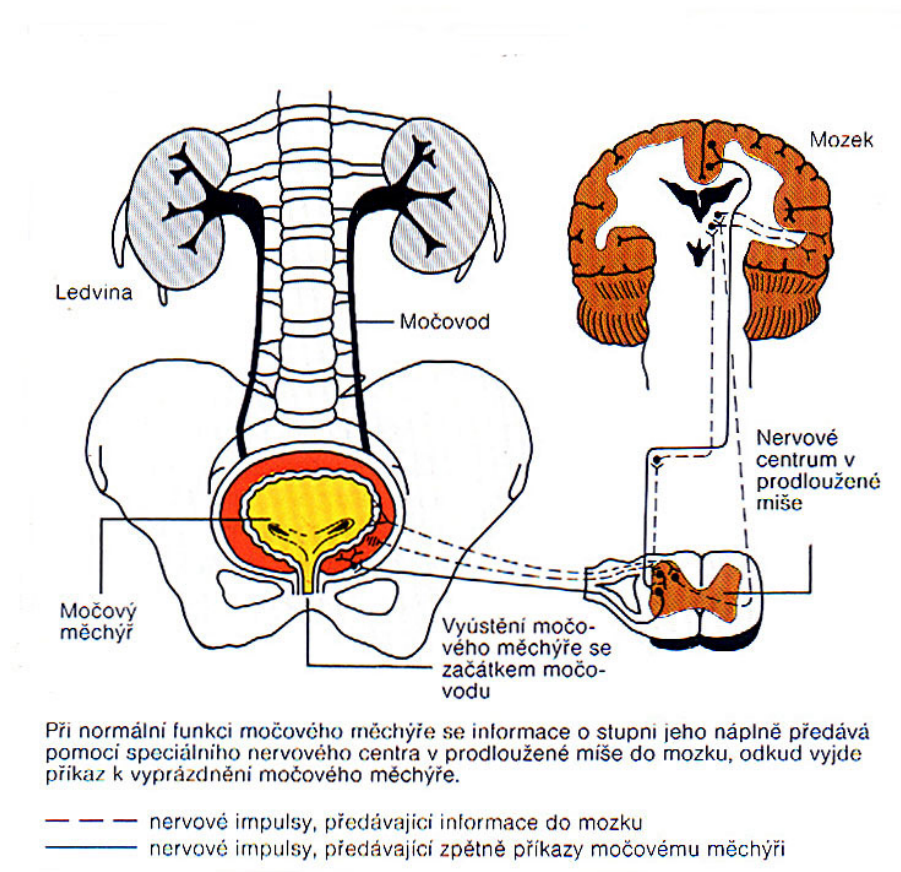
Příloha 2 - Kegelovy cviky

Příloha 3 - Vaginální konusy, kolpexin, elektrostimulační přístroj

Příloha 4 - TVT – obturatorní páska

Příloha 5 – Savé hygienické pomůcky pro močovou inkontinenci

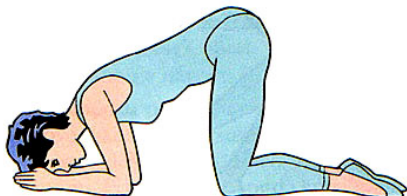
Příloha 1: Anatomie a fyziologie mikce



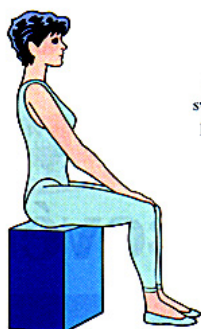
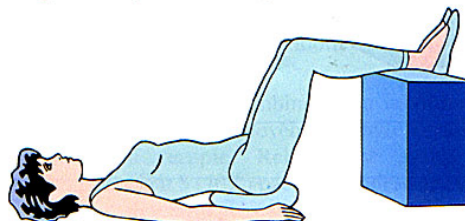
Zdroj: Hartmann online

Příloha 2: Kegelovy cviky

Klekněte si a předkloňte se. Předloktím se opřete o podlahu, hlava spočívá v rukou.



V lehu na zádech položte lýtka na stoličku nebo židli. Pánev podložte polštářem, aby zůstala lehce vyvýšená.



Sed zpřímá ulehčuje stažení svalů kolem močové trubice a pochvy. Soustřeďte svou pozornost na dno pánevní a při výdechu stiskněte svaly.

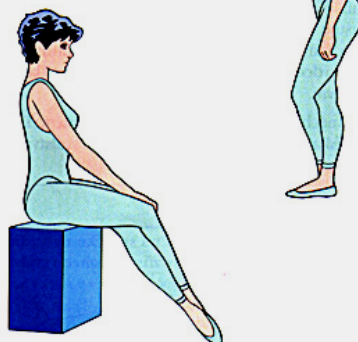


Při cvičení proti silnému odporu v jezdeckém sedu je napětí ulehčeno cílovým protitlakem a je dobře cítelné. Posadte se na pevně svinutý ručník a při výdechu stiskněte svaly.



V sedu roznožmo pokrčte nohy, roznožte, rukama tlačte kolena k sobě. Nyní se pokuste stehna proti odporu rukou rozevřít. Přitom vydechněte.

Ve stoje, v sedu nebo lehu zkřížte nohy a při výdechu tlačte vnější strany nohou proti sobě.

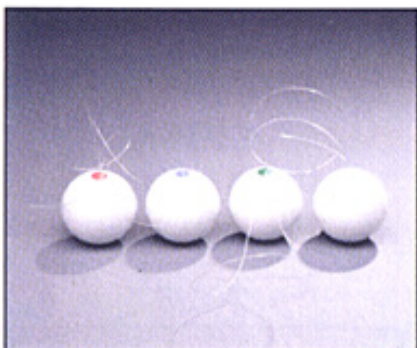


Sedněte si na tvrdou židli, mírně se nahnberte a uvolněte se. To ulehčí stažení svalstva v oblasti konečnicku. Soustřeďte se na dno pánevní a při výdechu stáhněte svaly.



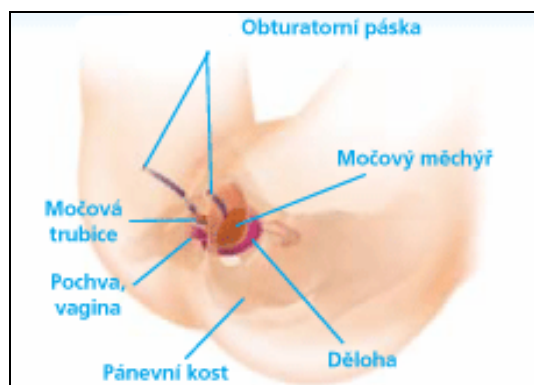
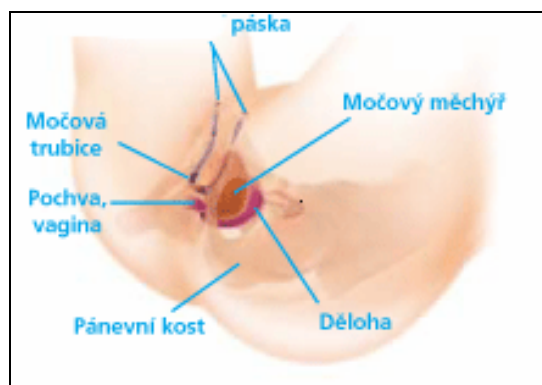
Zdroj: Martan 1998

Příloha 3: Vaginální konusy, kolpexiny, elektostimulační přístroj



Zdroj: Citterbart 2001, Krhut 2005

Příloha 4: TVT- obturatorní páska



Zdroj: Chmel online

Příloha 5: Savé hygienické pomůcky pro močovou inkontinenci



Inkontinentní vložku lze použít při všech stupních inkontinence.



Inkontinentní vložka pro lehčí stupeň inkontinence.



Inkontinentní poduška používaná při lehké inkontinenci.



Inkontinentní kalhotky používané pro těžký stupeň inkontinence.

Zdroj: Hartmann online

Příloha 6: Mikční deník

**KONTROLA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE:
SEBEPOSUZOVACÍ DOTAZNÍK**
(Czech version of the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire)

jste muž žena
Do čtverečků označených šipkou prosím napište číslo 0 - 3 odpovídající vaší situaci.
Vycházejte z následující stupnice:

vůbec ne = 0 trochu = 1 středně = 2 hodně = 3

PŘÍZNAKY	POTÍŽE
<input type="checkbox"/> < Je pro vás těžké udržet moč, když cítíte nutkání jít na záchod?	Jak moc vám to vadí? <input type="checkbox"/>
+ <input type="checkbox"/> < Máte problémy s příliš častým chozením na záchod během dne?	Jak moc vám to vadí? <input type="checkbox"/>
+ <input type="checkbox"/> < Budíte se v noci, protože musíte jít močit?	Jak moc vám to vadí? <input type="checkbox"/>
+ <input type="checkbox"/> < Dochází u vás k úniku moči?	Jak moc vám to vadí? <input type="checkbox"/>

Nyní sečtěte oba sloupce a napište skóre do těchto čtverečků

Mé skóre příznaků Mé skóre potíží

skóre příznaků	toto skóre příznaků znamená:	toto skóre potíží znamená:	skóre potíží
0	Máte štěstí a nemáte problém s močením.	Potíže s močovým měchýřem vás netrápí.	0
1-3	Vaše příznaky jsou mírné.	Vaše příznaky vás trápí mírně.	1-3
4-6	Máte středně těžké příznaky.	Vaše příznaky vás trápí středně.	4-6
7-9	Máte významné příznaky.	Vaše příznaky vás trápí značně.	7-9
10-12	Máte velmi významné příznaky.	Vaše příznaky jsou pro vás závažným problémem.	10-12

Jestliže je vaše skóre příznaků (nahore) 4 nebo více, měl(a) byste vyhledat pomoc lékaře.

Jestliže je vaše skóre potíží (nahore) 1 nebo více, mohlo by být pro vás prospěšné vyhledat pomoc lékaře.

Zdroj: Matějková online

