

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové
inkontinence**

Bakalářská práce

Vedoucí práce

Autor

Mgr. Andrea Festová

Dita Jodasová

2010

Women's awareness of comprehensive solution of urinary incontinence

Urinary incontinence is a biological as well as psychological and social problem, representing a significant source of sickness rate; at the same time it is reported that more than 50% of incontinent women never seek medical assistance. Regulation of urinary incontinence means a substantial improvement in the quality of life. At present, the only acceptable situation is full continence of each individual.

I work in the Institute of Care for Mother and Child, where we have recently been engaged with the issues of urinary incontinence. The possibilities of treatment of involuntary leakage of urine have been developing and broadening. Pharmacological and surgical methods prevail.

The theoretical part of the thesis describes the anatomy of lower urinary tract, classification of urinary incontinence, prevention and causes of urine leakage. The conclusion of the theoretical part deals with the role of midwives in this issue.

The aim of the thesis is to survey women's awareness of comprehensive solution of urinary incontinence with respect to their age, education and place of residence. The hypothesis was that education influences awareness of comprehensive solution of urinary incontinence. Another hypothesis was that women from cities get better information, as well as women older than 50 years.

Quantitative research was chosen in the form of a questionnaire for women who visited urogynecological office. The data were collected during February and March 2010. The results of the survey suggest that education influences the awareness of women of comprehensive solution of urinary incontinence. The hypothesis that women from cities get better information, as well as women older than 50 years has been confirmed too.

The conclusion was drawn from the results of the survey suggesting communication between women suffering from urinary incontinence and nursing staff should improve. Nurses and midwives should more empathize with women suffering from this problem and better educate and inform women within the framework of nursing care application.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji, své vedoucí práce Mgr. Andree Festové.

Dále děkuji MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc. za připomínky a cenné rady při zpracování teoretické části. Mé poděkování patří všem přátelům, kteří mi pomohli zpracovat získaná data. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým rodičům za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce	4
1.1.1 Anatomie dolních močových cest u ženy	4
1.1.2 Fyziologie mikce	6
1.2 Močová inkontinence	6
1.2.1 Klasifikace močové inkontinence	7
1.2.2 Příčiny močové inkontinence	8
1.2.3 Prevence močové inkontinence	9
1.2.4 Diagnostika močové inkontinence	10
1.3 Způsoby řešení močové inkontinence	13
1.3.1 Léčba stresové inkontinence moči.....	13
1.3.2 Léčba urgentní inkontinence moči	17
1.5 Role porodní asistentky v edukaci žen.....	19
2. Cíl práce a hypotézy.....	23
2.1 Cíl práce	23
2.2 Hypotézy	23
3. Metodika	24
3.1 Metodika výzkumu	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24
4. Výsledky	25
4.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření	25
4.2 Grafy pro srovnání výsledků.....	37

5. Diskuse	46
6. Závěr	52
7. Seznam použité literatury	54
8. Klíčová slova.....	57
9. Přílohy	58

Úvod

Věk populace se prodlužuje a s touto potěšující skutečností narůstá i výskyt některých nepříznivých stavů - mezi nimi i inkontinence moči u žen (7).

Inkontinence moči je biopsychosociální problém, který je významným zdrojem nemocnosti a uvádí se, že více jak 50% inkontinentních žen nikdy nevyhledá lékařskou pomoc nebo tak učiní až po mnoha letech strádání. K tomuto faktu přispívá i skutečnost, že mnoho žen, které se odhodlají vyhledat odbornou pomoc je odbýváno s konstatováním normálnosti stavu ve vztahu ke stáří. Mnohdy dochází pouze k poučení o gymnastice svalů dna pánevního, eventuálně k přechodné preskripci anticholinergik bez bližšího vyšetření pacientky a bez následných kontrol. Tak se bohužel vytvoří skupina pacientek, které svoji nespokojenost s neúspěchem léčby přenášejí na své okolí a vytvářejí tak negativní mínění o řešitelnosti problému (13).

Pracuji na gynekologicko-porodnickém operačním sále v Ústavu pro péči o matku a dítě, kde se v posledních letech zabýváme chirurgickým řešením močové inkontinence, jehož provedení je elegantní a úspěšnost prokázaná studii je vysoká. Vybrala jsem si toto téma, protože mne zajímá, do jaké míry jsou ženy o možnosti řešení močové inkontinence informovány. V současné době existuje celá řada diagnostických metod, kterými je možné rozlišit jednotlivé typy močové inkontinence a podle typu je pak možné zvolit vhodný léčebný postup. Současná medicína nabízí velké možnosti řešení úniku moči. Metody mohou být konzervativní a chirurgické a podle toho, která léčba je pro ženu v dané chvíli optimální, se volí i její druh.

Močová inkontinence není normální součástí života ženy a na prahu třetího tisíciletí je jediným možným požadavkem plná kontinence každého jedince (16).

1. Současný stav

1.1 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce

1.1.1 Anatomie dolních močových cest u ženy

Močový měchýř (*Vesica urinaria*) je dutý roztažitelný orgán z hladké svaloviny, uložen na svalovém dnu pánevním za sponou stydkou. Má dvojí funkci-shromažďování moče při nízkém napětí stěny močového měchýře a naopak za mikce se močový měchýř kontrahuje a moč je aktivně vypuzována (9, 23).

Stěna měchýře se skládá ze tří vrstev hladkého svalů – detruzoru. Rozlišení na takto popsané tři vrstvy je však zřetelné pouze na úrovni trigona (ta část močového měchýře, která se nachází mezi ústími močovodů a vnitřním ústím močové trubice). Jinak je detruzor tvořen spleť vláken, kde jednotlivé vrstvy lze jen těžko diferencovat. Z vnitřní strany je měchýř kryt epitelem vícevrstevným přechodným. Výška epitelu se mění v závislosti na náplni měchýře. Zevně je močový měchýř pokryt řídkým vazivovým obalem (adventicií), přes vrchol a horní část zadní stěny přechází v pobřišnici, které přechází na dělohu. Celková kapacita močového měchýře činí 500 – 700 ml. Při objemu 300 – 400 ml začíná pocit nutkání na močení. Uzávěr močového měchýře zabezpečují dva svěrače, vnitřní tvořený hladkou svalovinou je vůlí neovladatelný a zevní tvořený příčně pruhovanou svalovinou je vůlí ovladatelný. Tepny (*Arterie*) k měchýři přicházejí z arteria (dále jen a.) a. iliaca interna. Jsou to a. vesicales superiores a inferiores. Spolu s nimi se na výživě zúčastňují spojky s a. uterina a a. obturatoria. Žilní síť je bohatá a zvláště při bázi močového měchýře tvoří bohaté plexy (28, 33).

Močová trubice (*Uretra*) začíná svým vnitřním ústím přibližně v úrovni středu symfýzy a pokračuje dolů pevně spojená s přední poševní stěnou. Normální délka močové trubice u ženy je asi 3 – 5 cm.

Podle průběhu se močová trubice dělí na čtyři části: intramurální (ve stěně měchýře), pelvickou (mezi měchýřem a diafragmatem urogenitálním), perineální (pod diafragmatem) a distální (membranózní) (9).

Pro uzavírací funkci močové trubice má významnou funkci mukóza a hlavně submukóza. Epitel, který vystýlá vnitřní plochu močové trubice, je v horní části vrstevnatý přechodný stejně jako v měchýři. Distálně tento epitel přechází ve vrstevnatý dlaždicový, který je pokračováním epitelu poševního introitu. V oblasti močové trubice jsou četné venózní plexy zvláště v oblasti hrdla měchýře, které ve stáří mizí a tato skutečnost se dává do souvislosti se změnami v uzavírací schopnosti uretry ve stáří.

Močová trubice je cévně zásobena z a. vesicales inferiores a a. vaginalis, která je větví a. uterina. Zevní část močové trubice je zásobena z a. pudenda interna (33).

Pochva (*Vagina*) sousedí s dolním močovým ústrojím a tudíž je její význam pro diagnosu a léčbu močové inkontinence velký. Jedná se o fibromuskulární dutý orgán jdoucí od cervixu dělohy k introitu. Relativně avaskulární prostory, které k ní přiléhají, dávají pánevním orgánům možnost posunu, což jednak umožňuje jejich funkci, ale zároveň i patologické změny polohy pochvy, které mohou vést k inkontinenci.

Pánevní dno se skládá z diafragma pelvis, kterou tvoří tři části párového svalu análního levátoru (pars pubica, pars ilica, musculus coccygeus) a z urogenitálního diafragmatu, které je tvořeno téměř výlučně pojivovou tkání, nazývajícím se také perineální membrána a upínající se mezi oběma dolními rameny kosti stydké a ke kostem sedacím. Funkce těchto svalů a fascií spočívá v tom, že pomáhají pánevnímu dnu odolávat zvýšení intraabdominálního tlaku a vlivu gravitace (2).

Neurologická kontrola mikčního reflexu zahrnuje jak centrální, tak i periferní nervový systém. Mikční centrum v mozkové kůře je uloženo ve frontálním laloku a dostává podněty z periferie a také z jader mozkového kmene. Obráceně vysílá signály zpět do mozkového kmene. Při poškození tohoto reflexního oblouku se často objeví porušení funkce močového měchýře. Další oblast, která se účastní řízení mikčního reflexu je mícha. Eferentní vlákna z mozkového kmene vedou do šedé hmoty sakrální míchy, kde je mikční centrum situováno do míšních segmentů S2 – S4, což v dospělosti

odpovídá na páteři asi Th12 – L1. Dolní močový trakt je pod kontrolou vegetativního nervového systému. Působí na něj jak sympatická tak i parasympatická složka (33).

1.1.2 Fyziologie mikce

Na počátku mikce se kontrahuje detruzor močového měchýře, dále pak bránice a svaly stěny břišní. Tím se zvyšuje intraabdominální tlak. V důsledku toho dochází k poklesu uretrovezikální junkce a relaxuje se vnitřní uretrální sfinkter. Následně je potlačena inhibice sakrálního míšního centra z mozkového centra a parasympatikus vyvolá kontrakci detruzoru a svalových vláken v močové trubici, která zkracují a otevírají její vnitřní ústí. Potom rychle klesá intrauretrální tlak, moč naplňuje proximální uretru, intraabdominální tlak naopak stoupá a ve chvíli, kdy se vyrovnají, začíná mikce. Během ní trvá vysoký tlak v měchýři, snižuje se napětí jeho stěny a se zkrácením svalových vláken roste efektivita kontrakce detruzoru, takže síla potřebná k mikci se snižuje. Na konci mikce probíhá děj opačně: pánevní dno, externí a interní svěrače močové roury se kontrahují, baze měchýře se zvyšuje, tok moči je přerušen ve střední třetině močové trubice. Nálevkovité rozšíření močové trubice mizí odspodu nahoru, obsah moči v horní třetině je vypuzen zpět do měchýře a je obnovena kortikální mozková inhibice sakrálního mikčního centra. Mikce je za normálních okolností vůlí iniciována, ovládána a je možné ji vůlí přerušit (9).

1.2 Močová inkontinence

Definice inkontinence moče podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci – ICS (International Continence Society) zní: „Inkontinence je stav, při kterém mimovolní úniky moče jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné (9, s. 5)“.

Termínem inkontinence moče označujeme: 1. příznak (symptom) - pacientka konstatuje mimovolní ztrátu moči, 2. projev (sign) - objektivní průkaz úniku moče, 3. stav (condition) - urodynamický průkaz ztráty moče (25).

Seriózní zájem o problematiku inkontinence moče u žen se datuje od roku 1870.

Inkontinence moče není onemocnění v pravém slova smyslu, ale příznakem s různými příčinami. Onemocněním se stává, způsobuje-li své nositelce zdravotní, psychické, hygienické, sociální či jiné komplikace. Nejčastěji se tato porucha vyskytuje mezi čtyřicátým až šedesátým rokem života, tedy v období největší pracovní výkonnosti a společenského uplatnění. Znemožňuje tak ženám plnohodnotný soukromý, společenský i profesní život. Hlavním problémem močové inkontinence bývá její tabuizování, což vede ke stavu, kdy se ženy vyčleňují ze společnosti a uzavírají se do sebe (7, 24)

1.2.1 Klasifikace močové inkontinence

V současnosti se podle příčiny rozlišují u žen dvě základní formy inkontinence moče. První je způsobena anatomicky podmíněnou nedostatečností uzávěrového systému močového měchýře a to je tzv. *stresová inkontinence (SIM)*. K úniku moče dochází zvýšením intraabdominálního tlaku při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu, zvedání břemene aj. Nárůst intravezikálního tlaku není spojen s kontrakcí detruzoru močového měchýře. Tento typ inkontinence obtěžuje 70% žen majících problém s udržení moče.

V klinické praxi se ujala klasifikace stresové inkontinence podle Ingelmana – Sundberga. Rozděluje se podle závažnosti do 3 stupňů:

I. stupeň - unikání moči při kapkách po kašli, smíchu, kýchnutí a při zvedání těžkých předmětů. K unikání moči dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku. Moč odtéká přerušovaně.

II. stupeň - při něm moč uniká v situacích s podstatně mírnějším vzestupem nitrobřišního tlaku. K úniku moči dochází při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci.

III. stupeň - k úniku moči dochází již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká téměř pořád při pomalé chůzi nebo i v klidu ve vzpřímené poloze

Druhá forma močové inkontinence, která souvisí s abnormální činností detruzoru, se nazývá *urgentní inkontinence (UIM)*. Jedná se o nechtěný únik moče

spojený s neovladatelným nucením na močení, kterému musí žena vyhovět. Uzávěrový systém močového měchýře je zde, na rozdíl od SIM, neporušen. Tento typ močové inkontinence je také známý jako hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder - OAB), což je relativně nově definovaná mikční porucha. Jde o soubor 4 příznaků. Hlavním symptomem je urgence (nepřekonatelná potřeba močit). Dalším příznakem je polakisurie, kdy žena pociťuje nutnost mikce nejméně 8 krát denně. Dále se objevuje nykturie tj. potřeba močit v noci. A poslední příznak, který není konstantní, je únik moče, tedy inkontinence. Dojde-li k úniku moče, jde o tzv. „mokrou“ formu a v opačném případě se jedná o „suchou“ formu OAB. „Mokrý“ forma OAB je totožná s UIM.

Při současném výskytu SIM a UIM mluvíme o *smíšené inkontinenci*. Existuje ještě *neurogení (reflexní) inkontinence*, kdy se jedná o únik moče v důsledku různých neurologických onemocnění a postižení. A *paradoxní ischurie*, kdy k úniku moči dochází z přetékání v důsledku závažného zúžení dolních močových cest. Močový měchýř je stále maximálně naplněný. Jeho objem dosahuje někdy i přes litr moči. Léčba spočívá v odvedení moči z močového měchýře buď cévkou nebo suprapubickou drenáží (9, 10, 27, 32, 33).

1.2.2 Příčiny močové inkontinence

Příčinu stresové inkontinence není možné hledat pouze v jediném faktoru, je multifaktoriální. Etiologie stresové inkontinence souvisí s anatomickou slabostí pánevního dna. Podíl na rozvoji dysfunkčních struktur má vaginální porod, stárnutí, zvýšený intraabdominální tlak při chronickém kašli a při obezitě, vrozená chabost pojivové tkáně. V posledních letech se mluví o vaginálním porodu jako o nejrizikovějším faktoru. Dochází k drobným, skrytým poraněním svalů dna pánevního, která se hojí jizvou, kdy funkce přetržených svalových vláken je nahrazena vazivovými složkami, a poranění zůstávají na čas nemá. Defekt podpůrné svaloviny se může projevit až po mnoha letech postupnou elongací závěsného aparátu. Je to stejný mechanismus jako u ušního lalůčku prodlouženého těžkou náušnicí. Tato situace

nastává i v důsledku hormonálních změn v postmenopauze. Proto se se stresovou inkontinencí setkáváme převážně u žen vyššího věku. Dále existuje, zvláště po klešťových porodech, prolongovaných porodech a porodech velkých plodů, descensus pánevních orgánů, který se často vyskytuje spolu s inkontinencí (26, 33).

Dalšími rizikovými faktory pro vznik inkontinence jsou nedostatek pohybu nebo naopak zvýšená tělesná námaha, velké gynekologické operace, obezita. Alarmující je, že již zvýšení BMI o 5 zvyšuje riziko inkontinence 60 – 100 %. Obezita představuje rizikový faktor i při chirurgickém řešení SIM, vyskytuje se 2x vyšší riziko selhání operační metody (29).

Příčinou urgentní inkontinence mohou být jak nadměrné podněty vycházející ze sensorických receptorů ve stěně močového měchýře, tak i pokles tlumivého vlivu kontrolních mozkových center na mikční centrum v míše. To vede k nedostatečnému potlačení mikčního reflexu a abnormální aktivitě detruzoru močového měchýře. Nezanedbatelnou úlohu má vliv emočních faktorů a neurotické nadstavby s psychosomatickým pozadím. Neuroticky stigmatizované osoby mají k této poruše větší náchylnost (12).

1.2.3 Prevence močové inkontinence

Přestože zaznamenáváme úspěchy v diagnostice a léčbě močové inkontinence u žen, představuje inkontinence značný psychosociální problém. Vzhledem k velkému procentu postižených žen v populaci je vhodná prevence, která začíná již v dětství navozením správných mikčních návyků (10).

Vycházíme-li z faktu, že vaginální porod představuje největší rizikový faktor pro rozvoj stresové inkontinence, musíme mít na paměti šetrné vedení porodu s následným pečlivým ošetřením porodního poranění a snahu o posílení svalstva pánevního dna v šestinedělí. Při hodnocení vlivu operativních porodů na pánevní dno není v současné době jasný názor, kromě klešťového porodu, kde je jednoznačně riziko poranění. První porod císařským řezem riziko vzniku inkontinence snižuje, avšak u následných řezů se rozdíl stírají. Existuje teorie, že k uchránění jedné ženy od rozvoje inkontinence stresového typu po vaginálním porodu by připadlo devět zbytečných císařských řezů.

Nicméně plod porodní váhy nad 4000g, rodička s hodnotou BMI nad 30, vyšší věk prvorodičky (nad 30 let) a prolongovaná druhá doba porodní jsou stavy, které si ukončení císařským řezem zaslouží. Nejkontroverznější z tohoto pohledu je epiziotomie. Odpůrci této intervence argumentují tím, že epiziotomie nesnižuje riziko závažných poranění struktur pánevního dna. Zastánci tvrdí, že její výhodou je redukce tlaku hlavičky na nervově svalové struktury, který má za následek denervaci svalstva dna pánevního (7, 26).

Další opatření spočívá ve včasné zahájené estrogenní lokální vaginální terapii krátce po menopauze. V neposlední řadě je na místě dodržování správné životosprávy, aby nedošlo, k již jmenovaným příčinám tzn. zvláště udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost, dbát o dostatek pohybu, vyvarovat se těžké, stereotypní, fyzické námaze a dbát o dostatečnou hygienu zevních rodidel. Dodržovat pitný režim. Mnoho žen nesprávně omezuje příjem tekutin, což postupně vede ke snížení kapacity močového měchýře. Naopak zvýšený příjem tekutin na noc zhoršuje projevy nykturie. Dále je důležitá eliminace kouření, omezení příjmu kofeinu a alkoholu, léčba kašle, alergií a obstipace, užívání vzdušného a volného prádla (12).

1.2.4 Diagnostika močové inkontinence

Nejdůležitější pro správné stanovení léčebného plánu je zjištění příčiny inkontinence. K tomu je třeba odebrat pečlivě anamnézu, provést fyzikální vyšetření, klinické testy, laboratorní vyšetření, endoskopie, urodynamické a zobrazovací metody (25).

Osobní anamnéza se zaměřuje na otázky, které se týkají kvality života, zda a jak jí inkontinence zhoršuje. Dále se zjišťuje kvalita a kvantita přijímaných tekutin, rizikové faktory (obezita, kašel, sestup pánevních orgánů), užívání léků, prodělané nebo stávající onemocnění a operace. Důležitá je porodnická anamnéza (průběh porodu, porodní hmotnost plodu, poranění). Je nutno zvážit věk ženy, poruchy hybnosti, prostředí, ve kterém žije, zhodnotit její duševní stav. Musí být vyloučen diabetes mellitus a infekce močových cest a eventuálně neurologická onemocnění. Užitečnou pomůckou mohou

být mikční deníky, kde si žena zaznamenává dobu močení, příjem tekutin, epizody inkontinence, množství moče a další údaje popisující poruchy mikce. Existuje velké množství modifikací deníků, ale jeho podstata zůstává stejná. Data se mohou získat pomocí strukturovaných dotazníků jako anamnestický dotazník, příznakový dotazník a dotazník na kvalitu života, který zkoumá psychosociální dopady onemocnění a v současné době se využívá nejvíce. Na první příznaky močové inkontinence by se nemělo čekat, ale aktivně se ptát a vzbudit v klientkách důvěru, aby o nich začaly samy hovořit (31).

Základem pro *laboratorní vyšetření* je chemické a bakteriologické vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu k vyloučení pyurie, glykosurie, hematurie a proteinurie. Vzhledem k častému zdroji infekce v poševním prostředí by mělo laboratorní vyšetření obsahovat bakteriální vyšetření pochvy (11).

Fyzikální vyšetření zahrnuje palpační vyšetření malé pánve, vyšetření per rektum, kalibraci močové trubice. Při gynekologickém vyšetření v zrcadlech je nutné posouzení změn ve smyslu descensus či prolapsu poševních stěn a dělohy, estrogenizace vaginální sliznic. Jelikož inkontinence může být v některých případech příznakem neurologického onemocnění je na místě vyšetření neurologické.

Klinické testy slouží k upřesnění příčiny vzniku obtíží a patří k nim:

Pad-weight test, který určuje ztrátu moči vážením vložek během doby, kdy žena po naplnění močového měchýře provádí řadu aktivit, které mohou únik moči provokovat jako např. opakované vstávání ze sedu, opakované kašláni, chůze, včetně chůze do schodů, minutový běh na místě, zvedání předmětu z podlahy, mytí rukou v tekoucí vodě po dobu jedné minuty.

Stress test, který se provádí v sedě, ve stoje nebo v gynekologické poloze. Při naplnění močového měchýře vyzveme ženu ke kašli. Jestliže dojde k úniku moči, považuje se výsledek za pozitivní pro průkaz stresové inkontinence.

Při *Q-tip testu* se do močové trubice zavede sterilní lubrikovaná vatová štětička. Při zvýšeném intraabdominálním tlaku a při hypermobilitě hrdla močového měchýře štětička opíše polokruh o více jak 30 stupňů.

Marschalův-Bonneyho test se snaží stanovit pravděpodobnost vyléčení stresové inkontinence pomocí poševních plastik. Při náplni močového měchýře a vyzvání ženy ke kašli moč odtéká, poté se dvěma prsty elevuje přední poševní stěna v místě uretrovezikální junkce a při opětovném zakašlání by již k úniku dojít nemělo (11, 34, 35)

Moderní urodynamika hodnotí tři principy a to tlakové poměry v dolních močových cestách, průtok a elektrické svalové potenciály. Tyto metody popisují transport moči a jeho poruchy.

Plnicí cystometrie sleduje změny tlaku v závislosti na měnícím se objemu náplně močového měchýře.

Při *profilometrii* je podstatou měření intrauretrálního tlaku v klidu, při zvýšeném intraabdominálním tlaku a během močení.

Techniky „*leak point pressure*“ umožňují orientaci o kvalitě uretrálního odporu měřením intravezikálního tlaku, při kterém dojde k úniku moči. Jedná se o nejnižší hodnotu detruzorového tlaku při němž se objeví únik moči bez zvýšení intraabdominálního tlaku (9, 33).

Uroflowmetrie je vyšetření hodnotící kvalitativně a kvantitativně močový proud v uretře. Uroflow křivka znázorňuje rychlost protékající moči v čase.

Elektromyografie je metoda, která za použití povrchových nebo jehlových elektrod sleduje elektrické potenciály vyvolané depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního.

Mikční cystouretrografie je zobrazovací metoda, kdy se provádí série RTG snímků během mikce. Dnes to je již obsoletní metoda. Je nahrazena sonografií (25).

Endoskopické metody jako cystoskopie a kalibrace močové trubice jsou obecně známé urologické techniky. Z hlediska diagnostiky inkontinence moči nejsou velkým přínosem. Jsou však nezbytné k vyloučení jiných, závažných patologií, které mohou být inkontinencí maskovány (9, 25).

Ultrazvukové vyšetření je metoda, kdy pacientka není ozářena, většinou není katetrizována, neexistuje potenciálně alergická reakce na kontrastní látku, vyšetření je dostupné, méně invazivní a je lépe přijímáno pacientkami. Navíc získáme informace o

pánevních orgánech a lze provést kontrolu léčebného efektu. Umožňuje vizuální zpětnou vazbu a metoda je levnější než ostatní metody zobrazovací. Nevýhodou je, že chybí celkový pohled na močový měchýř.

Magnetická rezonance poskytuje v současné době nejlepší rozlišovací možnosti ze všech zobrazovacích metod. Vyšetření je absolutně neinvazivní a obraz je možno získat z kterékoliv roviny. Pro její časovou a hlavně finanční náročnost se v praxi používá jen v rámci výzkumu nebo při analýze obtížných případů (34).

1.3 Způsoby řešení močové inkontinence

Močová inkontinence může být v převážné většině případů správně zvolenou terapií vyléčena anebo alespoň podstatně zlepšena. Na základě výsledků vyšetření inkontinentní ženy musí být rozhodnuto o konkrétní formě léčby. Úspěch léčby spočívá v první řadě na kvalitní spolupráci lékaře a pacientky. Důkladně poučená a dobře motivovaná žena chápe, že pozitivní výsledek se dostaví většinou až za delší dobu od začátku léčby (22).

1.3.1 Léčba stresové inkontinence moči

Při léčbě stresové močové inkontinence se doporučuje začít nejprve konzervativními postupy. Ve většině případů je léčebný efekt pouze dočasný. Cílem konzervativní léčby při SIM je posílení svalů dna pánevního fyzioterapeutickými postupy. Fyzioterapii lze použít samostatně nebo v kombinaci s dalšími metodami. K fyzioterapeutickým postupům náleží:

Kinestetické cviky pánevního dna, při kterých jsou cílem volní kontrakce svalových struktur pomocí cviků s vaginálními kónusy, které se žena snaží co nejdéle udržet v pochvě. Je to velmi jednoduchý způsob, kdy si žena uvědomí, které svaly je třeba ovládat při přerušení mikce. Dalším způsobem vedoucím ke komplexnímu zlepšení stavu dna pánevního je tzv. němá gymnastika, která je prováděna, aniž by byla

zaregistrována okolím. Žena se v jakékoliv poloze snaží rychle za sebou kontrahovat a relaxovat pánevní dno.

Gymnastika pánevního dna pomocí tzv. Kegelových cviků. Na možnost léčby inkontinence pomocí cviků poukázal již v 50. letech minulého století dr. Arnold Kegel (Kegelovy cviky). Ženu je třeba náležitě poučit o pravidelnosti cvičení. Efekt posilování svalstva je patrný až po dlouhé době. Musíme apelovat na trpělivost a upozornit na minimálně tříměsíční cvičení bez odezvy. Je optimální zajistit návaznost na zkušeného rehabilitačního pracovníka. Konkrétní popis a ukázky cviků je možné najít ve fyzioterapeutických příručkách (22, 33),(Příloha 3).

Biofeedback je biologická zpětná vazba, kdy se používá změn intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity k získávání zpětné vazby. Intenzita změny při kontrakci svalů pánevního dna je demonstrována opticky, akusticky nebo formou grafu na displeji přístroje. Principem metody je získání povědomí o činnosti jednotlivých svalových skupin k nácviku kontrakce či relaxace svalů (11).

Elektroterapie je založena na aktivaci nervů zásobujících sval. Využívá se ke zlepšení trofiky pánevních svalů a posilování svalů pánevního dna. Je užíváno několik způsobů podle délky aplikace a intenzity elektrického proudu. K aplikaci elektrického proudu jsou nejčastěji užívány vaginální sondy. Nevýhodou bývá iritace poševní sliznice a dočasný efekt stimulace, který odezní s ukončením stimulace. Mnohdy bývá tato metoda označována jako pasivní gymnastika pánevního dna.

Pesaroterapie je stará metoda užívaná v gynekologii při léčbě poruch dna pánevního, která díky novým materiálům a tvarům prožívá renesanci. Mechanismus účinku pesarů spočívá ve vyzdvižení krčku močového měchýře, jeho imobilizaci a kompresi močové trubice. Výjimečně se používá jako definitivní léčba převážně paliativního charakteru u žen, které nereagují na jiný způsob konzervativní terapie anebo nemohou být ze závažných důvodů operovány. Pesar se zavádí i jako test úspěšnosti plánované operace (9, 16, 33)

Farmakologická léčba nemá u stresové inkontinence zpravidla větší význam. V konzervativní léčbě u žen po menopauze podává celková nebo lokální hormonální léčba.

Chirurgická léčba je dominantní metodou v léčbě SIM. Antiinkontinentní operace nejsou život zachraňující operace a pacientka se pro ně rozhoduje po podrobném seznámení s úspěchy a komplikacemi daného chirurgického výkonu (33).

Při volbě chirurgického operačního postupu musí být každá žena posuzována individuálně s ohledem na její celkový zdravotní stav, věk, paritu a sexuální život.

U velkého počtu žen se stresovou inkontinencí je používána chirurgická léčba, jejímž cílem je dosažení kontinence zajištěním polohy močové trubice proti poklesu při zvýšeném intraabdominálním tlaku. Operační techniky lze rozdělit do 4 skupin: přední poševní plastika, kolpopexe, jehlová suspenze a smyčka.

Na výsledek operace, který se nejlépe hodnotí po pěti letech, má vliv několik faktorů: erudovanost operátora, správně stanovená diagnosa typu a závažnosti močové inkontinence, současné řešení jiných patologických nálezů v oblasti malé pánve a zdravotní stav klientky (9,16).

Přední poševní plastika (kolporrhaphia anterior): cílem operace je znovuobnovit pozici uretrovezikální junkce vytvořením pevného valu pod junkcí z urogenitálního diafragmatu. V současné době nelze již tuto operaci považovat za výkon primárně řešící stresovou inkontinenci. Je zatížená velkým procentem komplikací od krvácení, poranění močového měchýře až po vznik močové inkontinence u původně kontinentních žen nebo objevení se demaskované inkontinence pooperačně. Dnes se tato operační technika používá u inkontinentních žen s velkým sestupem přední poševní stěny a kombinuje se s TVT metodou.

Kolpopexe sec. Burch: principem tohoto operačního výkonu, který je stále považován za zlatý standard, je elevace a závěs hrdla močového měchýře a proximální močové trubice pomocí nevstřebatelných stehů. Operace se provádí z abdominálního přístupu. Úspěšnost se udává až 90%. Burchova operace se nově provádí také z laparoskopického přístupu za použití síťky a stapleru na místo stehů.

Vzhledem k velkému rozvoji miniinvazivní suburetrální pásky (TVT, TOT), která se těší již dlouhé historii úspěchu a bezpečí, není třeba popis všech dnes již zastaralých metod nutný (6, 8).

TVT (tension-free vaginal tape): tato metoda volné pásky bez tahu a napětí představuje poslední revoluci v chirurgické léčbě stresové inkontinence. První operace byly provedeny ve Švédsku v roce 1994 a v České republice se začalo touto metodou operovat v roce 1998. Operace se provádí ve spinální nebo lokální anestézii kombinovanou analgosedací, aby žena zůstala při vědomí a mohla spolupracovat při konečné úpravě pásky. Páska, která je vyrobena z nevstřebatelného síťového strukturovaného Prolenu, je zavedena speciálním kovovým vodičem pod distální část močové trubice. Močová trubice se tak vrátí do své fyziologické polohy a při zvýšeném intraabdominálním tlaku se opře o pásku, která jí brání v sestupu. Peroperačně se provádí cystoskopie, která slouží k detekci eventuálního poranění močového měchýře, jenž představuje nejčastější komplikaci této metody. Výhodou TVT operace je krátká doba výkonu a rekonvalescence. Po odeznění anestézie žena vstává a snaží se o spontánní močení. TVT metoda vykazuje až 93% úspěšnost. (Příloha 4)

TOT (transobturator tape): tato novější metoda znamená krok ke zdokonalení páskových operací. TOT páska svojí transobturatorní aplikací eliminuje případné komplikace TVT pásky, jelikož neprostupuje břišní stěnou a retropubickým prostorem, snižuje tak riziko poranění močového měchýře a významnějšího krvácení. Páska, která je připevněna k jehle, je vyvedena incizí v inquinaích. Doba výkonu se zkracuje na 10 – 15 min. (6, 13,16), (Příloha 4).

Implantáty: jedná se o aplikaci gelu do močové trubice za účelem jejího zúžení. Tato metoda je minimálně invazivním výkonem u žen se stresovou inkontinencí, které chtějí ještě родit, žen s reziduální inkontinencí po chirurgickém výkonu nebo žen, u kterých nelze z důvodu špatného zdravotního stavu provést klasický operační výkon. Bulkamid (polyakrylamidový gel) je vstříkovan do submukózní tkáně proximální části močové trubice mezi vnitřní svěrač močové trubice a hrdlo močového měchýře pod endoskopickou kontrolou (8), (Příloha 4).

1.3.2 Léčba urgentní inkontinence moči

Terapie tohoto typu inkontinence je převážně konzervativní. Léčba symptomů urgentní inkontinence vždy vyžaduje aktivní přístup klientky. Pouze komplexní léčba, zahrnující úpravu životosprávy, behaviorální terapii, elektrostimulaci a farmakologickou podporu může zajistit úspěch.

Ovlivnění chování močového měchýře: tento typ léčby se snaží o znovuzískání kortikální kontroly nad funkcí močového měchýře. Do této skupiny patří trénink močového měchýře, jehož podstata spočívá ve znovunarození kortikální inhibice prodlužováním pravidelných intervalů mezi mikcemi.

Dále sem patří *psychoterapie*, jelikož nesmíme zapomínat na významnou psychogenní závislost příznaků urgentní inkontinence. U těchto klientek lze častěji pozorovat i sexuální dysfunkce. Správná diagnostika psychické příčiny močové inkontinence závisí na citlivém přístupu k ženě a mezioborové spolupráci, kterou můžeme klientce ušetřit neúspěšnou léčbu a frustrace s ní spojené. Podle čínského přísloví je močový měchýř zrcadlem duše. (9, 22)

Farmakoterapie je nejrozšířenější metodou léčby hyperaktivního měchýře. K inhibici kontraktility svalové buňky detruzoru lze využít několik způsobů.

Anticholinergika a antimuskarinika jsou nejužívanější farmaka v léčbě urgentní inkontinence. Mezi jejich klady patří vysoká efektivita, přijatelná cena a rychlý nástup účinku. Na straně druhé mají množství nežádoucích účinků jako je zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění, zvýšení srdeční frekvence a zhoršené soustředění.

Tricyklická antidepresiva, která mají slabý centrální anticholinergní účinek a přímý tlumivý účinek na svalovou buňku detruzoru.

Estrogeny jsou jeden z nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje morfologii a funkci dolních močových cest u ženy. V léčbě estrogenního deficitu jsou užívány krémy, masti a čípky (22,15).

Chirurgické řešení urgentní inkontinence se provádí absolutně výjimečně v situaci, kdy jsou potíže extrémní a předchozí efekt léčby nulový. Jako poslední možnost (16)

Na závěr bych ještě zmínila *jednorázové zevní pomůcky* pro inkontinenci. Jedná se o hygienické vložky, pleny a kalhotky, jejichž nabídka je v současné době široká, ale jejich využití přichází na řadu jako poslední možnost udržení hygienické péče u inkontinentních klientek, které jsou neléčitelné (10).

1.4 Psychosociální aspekty močové inkontinence

Inkontinence moče ovlivňuje většinu potřeb na všech úrovních pater pyramidy životních potřeb, která vychází z hierarchie potřeb podle Maslowa (Příloha2). Na nejnižší úrovni zasahuje do fyziologických potřeb, kdy strach z úniku moče vede ženy k omezení příjmu tekutin a vysazení diuretik. Nechtěný únik moče má však největší dopad na nejvyšší patro psychosociálních potřeb - na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Ženy vnímají inkontinenci jako projev selhání, ztráty důstojnosti a sebeúcty, změn v sebepojetí, zásah do somatické a psychické intimity. Prožívají pocity méněcennosti, nejistot, studu, strachu z pomočení a ze zápachu. Sociálně se izolují, omezují své dosavadní aktivity, kontakty, často rezignují a upadají do depresí (14).

Močová inkontinence není jen problém jednotlivce, ale lze na ní pohlížet jako na problém celospolečenský, který vyplývá především z její nezanedbatelné ekonomické nákladnosti ve zdravotnictví a v sociální péči, která se dotýká jak institucí financujících veřejné zdravotnictví, tak i individuálních plátců. Snadno vyčíslitelné jsou náklady, souvisejí s léčbou, ale i s použitím inkontinentních kompenzačních pomůcek, mírnících důsledky inkontinence. Nemůžeme však také opomenout nepřímé finanční náklady, které vyplývají z pracovních-společenských a psychosociálních důsledků močové inkontinence (1).

Inkontinence moče není onemocnění, které by ženu ohrožovalo na životě, ale významně ovlivňuje jeho kvalitu. Kvalita života je jedním z nejpoužívanějších termínů moderní medicíny. V současné době, kdy prodloužování délky života a převaha chronických onemocnění nad nemocemi akutními, není za hlavní cíl medicíny považováno jen zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale i zachování nebo zlepšení kvality života (3).

„Při definování kvality života je hlavně míněna kombinace aspektů zdraví, hodnocených klientem, včetně fyzických a sociálních funkcí, emočního a duševního stavu, zatížení příznaky nemoci a pocit celkové pohody.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví nejen jako absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody (12, s. 22)“.

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav, který zvyšuje nemocnost ve společnosti. Až 30 % žen je ovlivněno močovou inkontinencí ve všech oblastech svého života – fyzické, psychické, sociální i profesní. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného života, dochází tak k poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a nakonec i celkové spokojenosti. Starost o domácnost, zájmová činnost a odpočinek jsou také ovlivněny a ženy, trpící inkontinencí organizují svůj život podle rozmístění toalet.

Přestože naprostá většina inkontinentních žen se se samovolným a nechtěným únikem moče špatně vyrovnává, v mnoha případech to svému lékaři vůbec neoznámí. Některé ženy se stydí svěřit lékaři svůj intimní problém, jiné se obávají nákladů na léky a pomůcky a některé se domnívají, že léčba jejich potíží není vůbec možná (12).

1.5 Role porodní asistentky v edukaci žen

Málo profesí prodělalo v poslední době takové změny jako povolání sestry a porodní asistentky. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester a porodních asistentek stále nové požadavky na vědomosti a dovednosti. Velký důraz se zvláště v dnešní době klade na zdokonalení komunikačních schopností, jelikož práce sestry a porodní asistentky vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku klienta, ale v čím dál větší míře se ošetrovatelská péče o klienta týká také psychosociální a spirituální stránky (5, 19).

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je edukace, která se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství. Každý den jsou do zdravotnické praxe zaváděny nové vyšetřovací a léčebné metody. Ženy přicházející do zdravotnického zařízení se mnohdy v neznámém prostředí špatně orientují a tento vstup je pro ně často stresující. Stres

většinou prohlubuje nedostatek kvalitních informací o způsobech léčby a zásadách správné životosprávy. Úkolem porodní asistentky je poskytnout ženám takové vědomosti a dovednosti, které jim pomůžou obnovit zdraví nebo jej alespoň udržet na přijatelné úrovni. K tomu, aby výchovné působení na klientky bylo úspěšné je třeba, aby porodní asistentka navázala kontakt s ženou, získala zájem ženy, získala ženu pro spolupráci, a aby měla vhodné vlastnosti. Edukace se zpravidla dělí na čtyři fáze: fáze zhodnocení klientky, kdy by se měla porodní asistentka snažit odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů ženy. Druhou fází je projektování, kde by se měla edukátorka věnovat naplánování cílů a zvolit metody, obsah a formu edukace. Další fází je realizace, která by měla vycházet z plánu edukace, který byl stanoven v předchozí fázi, a vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Poslední fází edukačního procesu je fáze hodnocení výsledků, kterých bylo dosaženo. Jedině správně vedená edukace, která bere zřetel na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby klientky, zvýší zdravotní osvětu obyvatelstva a zdraví jedinců ve společnosti. Předpoklady porodní asistentky a sestry v roli edukátorky jsou dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti, empatie a ochota ženám pomoci a správné komunikační schopnosti. Základem edukace je správná komunikace mezi zdravotníkem a klientkou. (20, 36)

Komunikace je nedílnou součástí edukačního procesu a nejčastěji ji dělíme na verbální a nonverbální komunikaci. Do verbální komunikace patří vyjadřování pomocí slov. Při jejím vedení by zdravotníci měli dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a přizpůsobená schopnostem a znalostem ženy, se kterou ji vedeme. Porodní asistentky musí ovládat umění mluveného slova, při komunikaci by měly dávat přednost českým výrazům před odbornými termíny. Při slovním projevu musí mít vždy na paměti, proč komunikují, ke komu mluví, kde, kdy a jakou dobu mají na komunikaci vyhrazenou. Předávání informací by mělo být vždy srozumitelné, logicky uspořádané a zajímavé pro druhou stranu. Nonverbální komunikace se uskutečňuje mimoslovně, doplňuje verbální projev a zesiluje jeho účinek. Oba druhy komunikace jsou ovlivněny kulturou. Do nonverbální komunikace patří mimika (pohyby obličejových svalů), proxemika (přiblížení, oddálení), gestika (pohyby horních

končetin, haptika (doteky), kinetika (pohyby těla), pohled z očí do očí, posturologie (postoj těla) a úprava zevnějšku. (20)

Problém močové inkontinence není v léčebných možnostech, ale právě v umění komunikace. A to jak ze strany porodních asistentek, tak ze strany žen trpících mimovolným únikem moči, který považují za „neslušnou“ nemoc a stydí se o ní mluvit. Mnohé ženy svůj problém přisuzují vícečetným porodům, velké fyzické zátěži a často se také domnívají, že se s inkontinencí nedá nic dělat, že patří k přibývajícím létům a že nezbyvá nic jiného, než se s ní smířit. Ženy také často uvádějí, že jsou nevyslyšeny nebo, že se zdravotník na jejich problém nezeptal. Je prokázáno, že od objevení prvních příznaků inkontinence do zahájení léčby uplynou průměrně 3 roky. To je doba, kdy klientka pomalu ztrácí naději v kvalitní, uspokojivé řešení. A tak je inkontinence moči jedním z posledních medicínských tabu (30, 12).

A tady se nabízí účinná pomoc ze strany porodních asistentek, které si důvěru ženy s již zmíněnými obtížemi, musí snažit získat, protože není nic příjemného vykládat někomu o tom, že vám při každém pohybu uniká moč, že máte strach ze zápachu, že je pro vás hrozbou dlouhá cesta v dopravních prostředcích bez toalety, že lístky do kina si kupujete pouze na kraj. Pokud žena zjistí, že porodní asistentka je vstřícná, laskavá a umí vést rozhovor, dává najevo snahu porozumět, ráda se s problémy svěří. Sestra nebo porodní asistentka tak může odebrat anamnézu a předat ji lékaři (4, 21).

Jedním ze základních znaků moderního ošetrovatelství je jeho preventivní charakter. Proto se porodní asistentka aktivně podílí na edukaci žen. Doporučí ženě omezení příjmu kávy, čaje a alkoholu vzhledem k jejich diuretickému účinku, který může vést k distenzi močového měchýře. Porodní asistentka poučí ženu o správném pitném režimu a životosprávě. Žena musí být také informována o vhodnosti sportů jako je plavání, jízda na kole a běžné cvičení a naopak nedoporučuje účastnit se nevhodných sportovních aktivit s tvrdými doskoky, protože při těchto činnostech dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku. Obézním ženám porodní asistentka doporučí redukci hmotnosti a nabídne program ke snížení tělesné váhy. Dále porodní asistentka informuje ženu o nevhodnosti zvedání a nošení těžkých předmětů a ženu kuřačku upozorní na negativní dopad kouření v souvislosti s únikem moči. Současně je klientka poučena o

správné hygieně, žena by měla dávat přednost sprchování před koupelemi, vyvarovat se koupání v nečisté vodě, vyvarovat se prochladnutí. V neposlední řadě porodní asistentka požádá ženu, aby si všímala podnětů vedoucích k úniku moči a edukuje jí o vedení mikčního deníku. Dále pomáhá ženě osvojit si postupy k posílení svalů dna pánevního. Porodní asistentka musí poskytovat po celou dobu ženě s inkontinencí psychickou podporu. Odměnou za její práci a psychické vypětí jsou jí klientky, vracející se s úsměvem a děkující za to, že zase mohou žít naplno (5, 18).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1 - Zmapovat informovanost žen o komplexním řešení močové inkontinence.

Cíl 2 - Porovnat informovanost o komplexním řešení močové inkontinence u žen z venkova a z měst.

Cíl 3 - Porovnat informovanost o komplexním řešení močové inkontinence u žen s ohledem na jejich vzdělání a věk.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 – Vzdělání žen má vliv na úroveň informovanosti o komplexním řešení močové inkontinence

Hypotéza 2 – Ženy z měst jsou informovány více o komplexním řešení močové inkontinence než ženy z venkova

Hypotéza 3 – Ženy do 50 let mají méně informací o komplexním řešení močové inkontinence než ženy nad 50 let.

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum. Ke sběru dat byla použita dotazníková metoda. Dotazníkové šetření je způsob písemného kladení otázek a získávání odpovědí. Je určena pro hromadné získávání údajů. Pomocí dotazníku lze získat velké množství informací v krátkém časovém období a respondentky zůstávají v anonymitě. V otázkách, které se týkají problému inkontinence moče, jsem považovala zachování anonymity jako velkou výhodu.

Dotazníky, byly rozdány v období měsíce února a března 2010 v urogynekologické ambulanci v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 Podolí (ÚPMD). Dotazník (Příloha 1) obsahuje 20 otázek. V dotazníku byl využit polootevřený, uzavřený a filtrační typ otázek. Otázky na sebe logicky navazují. Na začátku jsou otázky identifikační a dále otázky týkající se močové inkontinence. Celý dotazník je sestavený tak, aby vyplňování otázek nebylo složité a nezabralo mnoho času. Bylo rozdáno 110 dotazníků. Vrátilo se jich 92.

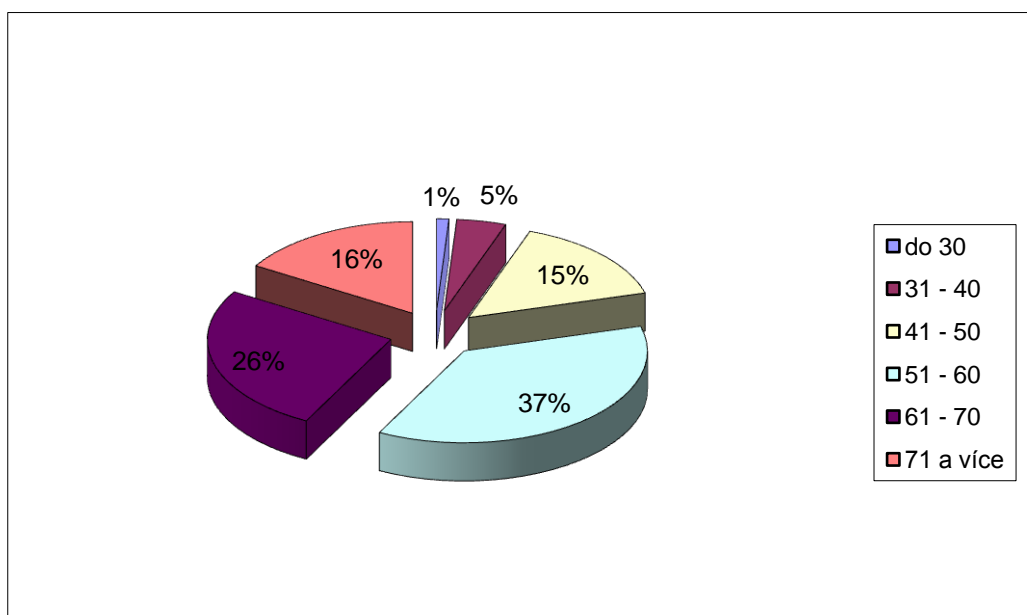
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentkami byly ženy, které dochází do urogynekologické ambulance v Ústavu pro péči o matku a dítě. Jednalo se o ženy, které trápí močová inkontinence bez ohledu na stádium léčby a na typu inkontinence.

4. Výsledky

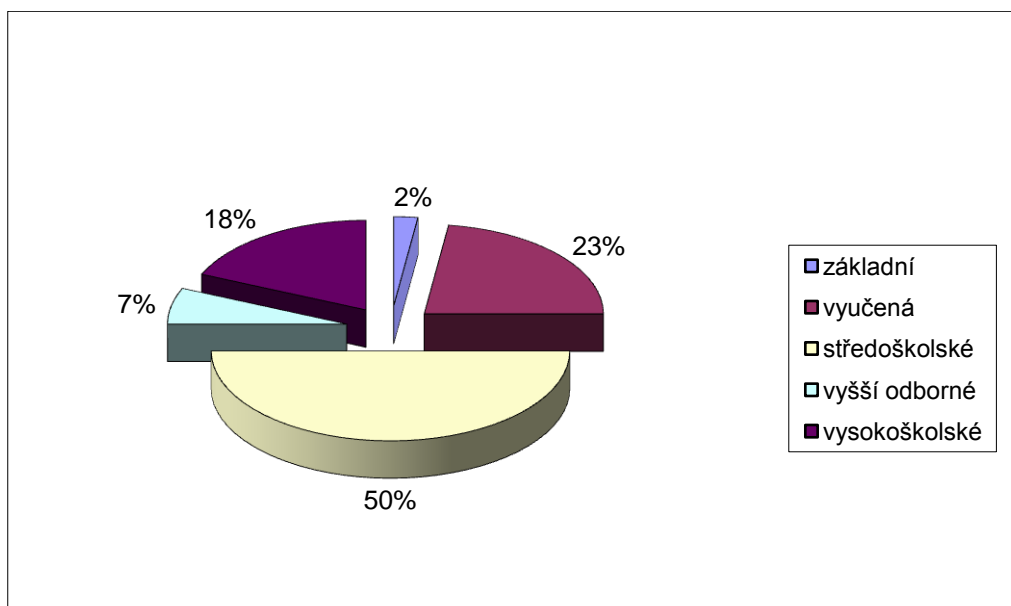
4.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Graf 1 Věk respondentek



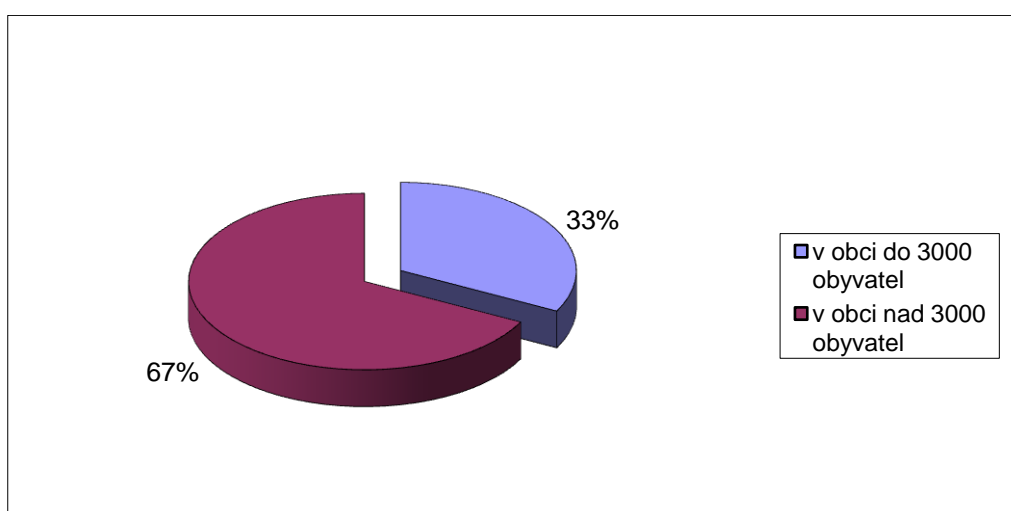
Graf 1 znázorňuje, že ve věkové kategorii do 30 let byla 1 (1 %) žena, ve věkové kategorii 31-40 let byly 4 (5 %) ženy, ve věkové kategorii 41-50 bylo 14 (15 %) žen, ve věkové kategorii 51-60 bylo 34 (37 %) žen, ve věkové kategorii 61-70 bylo 24 (26 %) žen a ve věkové kategorii 71 a více let bylo 15 (16 %) respondentek.

Graf 2 Vzdělání respondentek



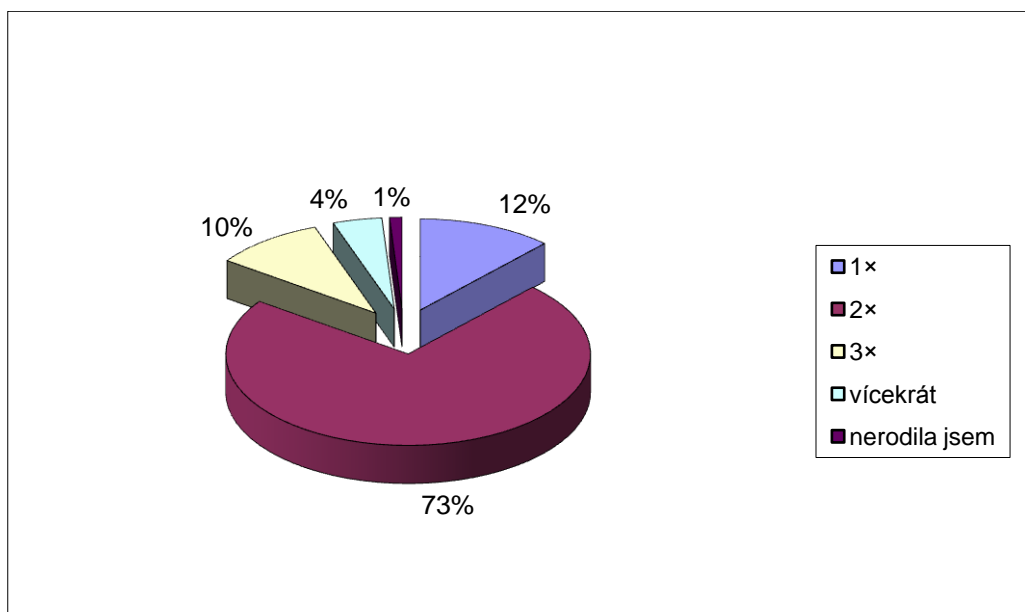
Graf 2 znázorňuje, že 2 (2 %) ženy měly základní vzdělání, 21 (23 %) žen bylo vyučených, středoškolsky vzdělaných žen bylo 46 (50 %), vyšší odborné vzdělání mělo 6 (7 %) žen a vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 17 (18 %).

Graf 3 Místo bydliště



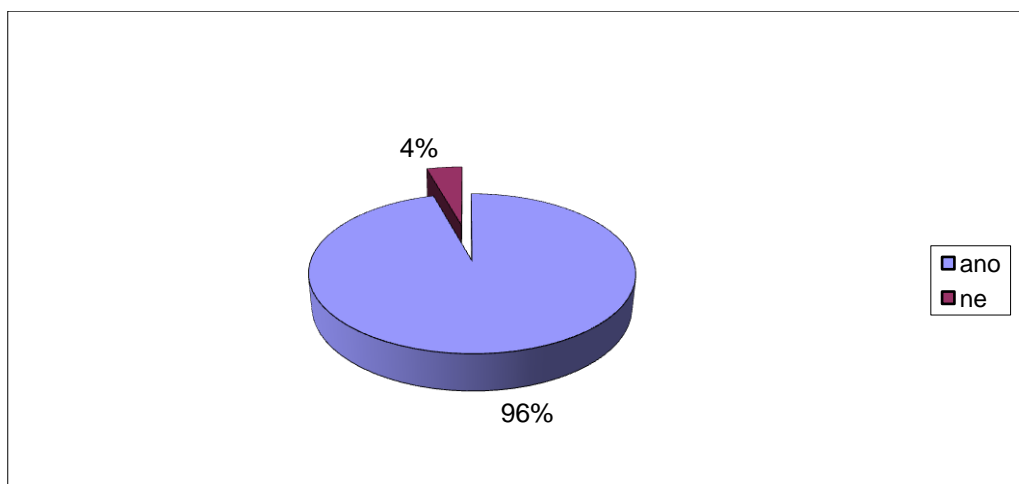
Graf 3 znázorňuje, že 62 (67 %) žen bydlelo v obci nad 3 000 obyvatel a 30 (33 %) žen bydlelo v obci do 3 000 obyvatel.

Graf 4 Počet spontánních porodů



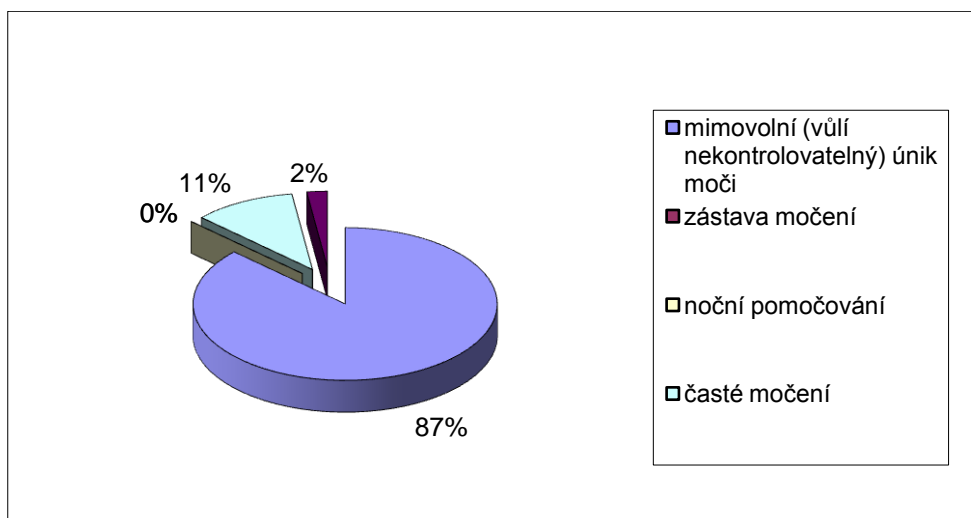
Graf 4 znázorňuje, že 11 (11 %) rodilo 1x, 67 (73 %) rodilo 2x, 9 (10 %) rodilo 3x, 4 (4 %) rodily vícekrát a 1 (1 %) žena nerodila nikdy.

Graf 5 Znalost pojmu močová inkontinence



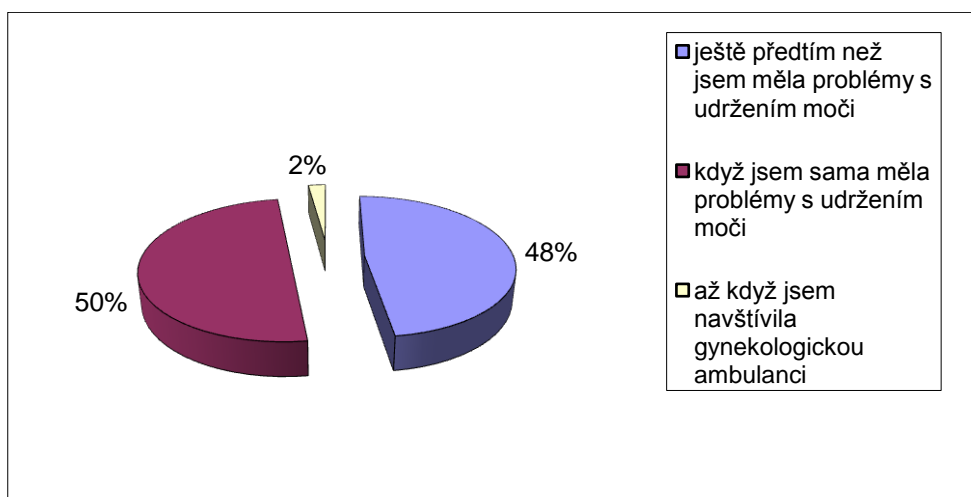
Graf 5 znázorňuje, že 88 (96 %) žen uvedlo, že znají pojem močová inkontinence a 4 (4 %) žen pojem močová inkontinence neznaly.

Graf 6 Přesné definování pojmu močová inkontinence



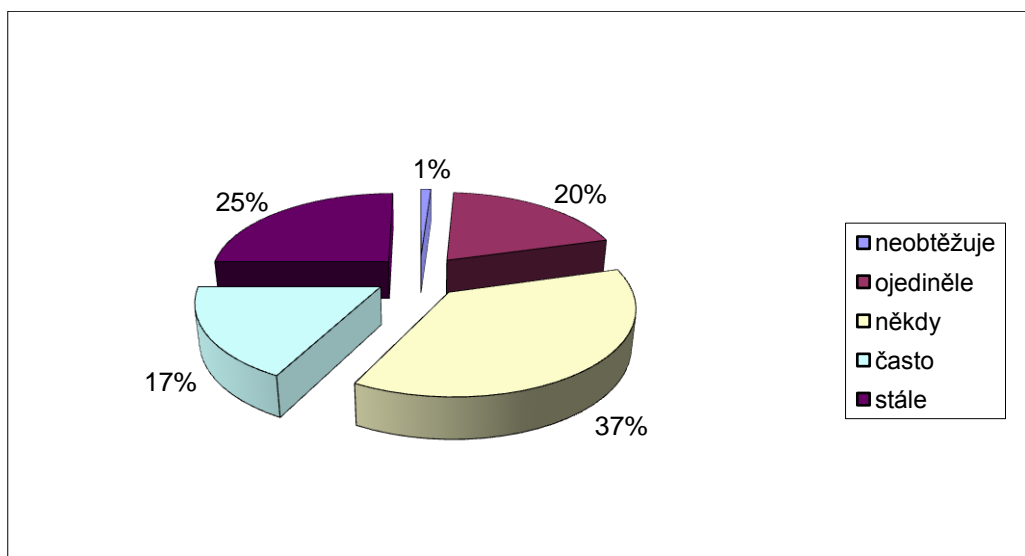
Graf 6 znázorňuje, že 80 žen (87 %) znalo definici pojmu močové inkontinence, 10 (11 %) žen uvedlo jako definici pojmu močová inkontinence, časté močení a 2 ženy (2 %) definici pojmu neznaly.

Graf 7 První setkání respondentky s pojmem močová inkontinence



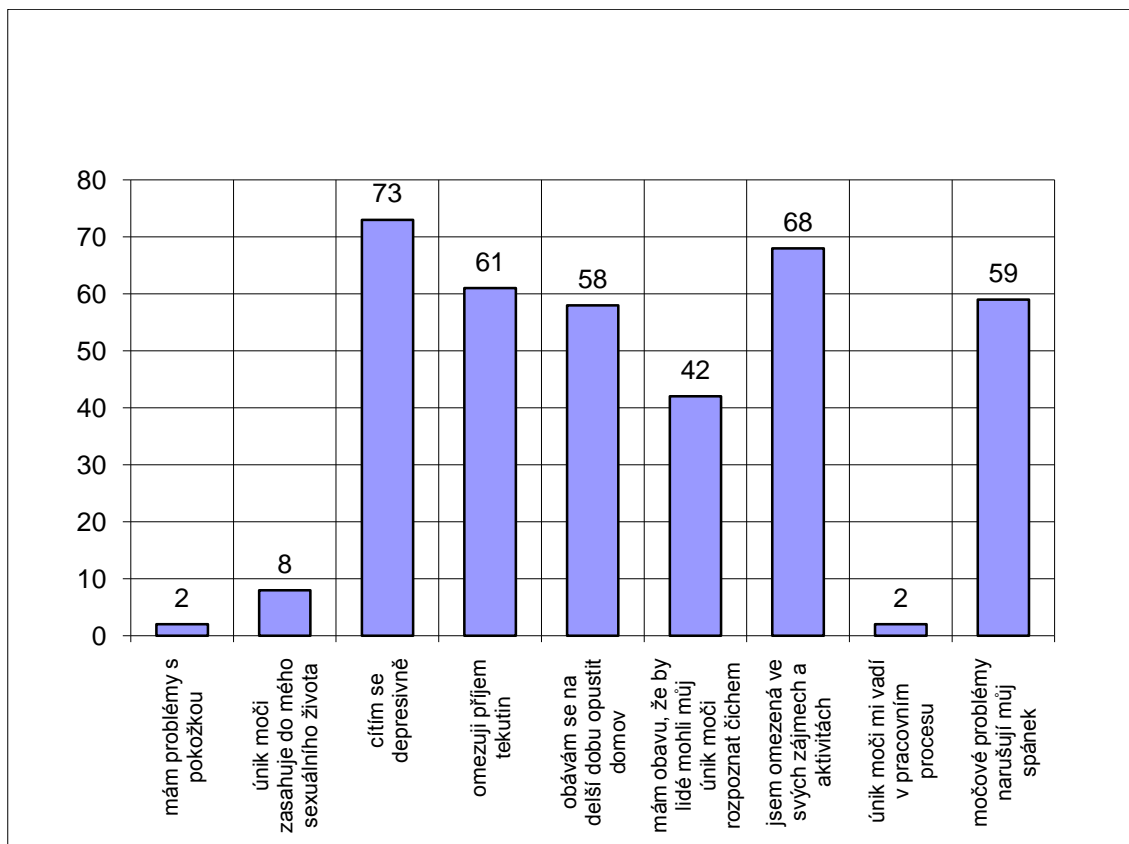
Graf 7 znázorňuje, že 44 (48 %) žen se setkala s pojmem močová inkontinence ještě před tím, než měly problémy s udržení moče, 46 (50 %) žen se setkala s pojmem močová inkontinence, až když samy měly problémy s udržení moče a 2 (2 %) žen se setkaly s tímto pojmem, až když navštívily gynekologickou ambulanci.

Graf 8 Míra obtěžování únikem moče



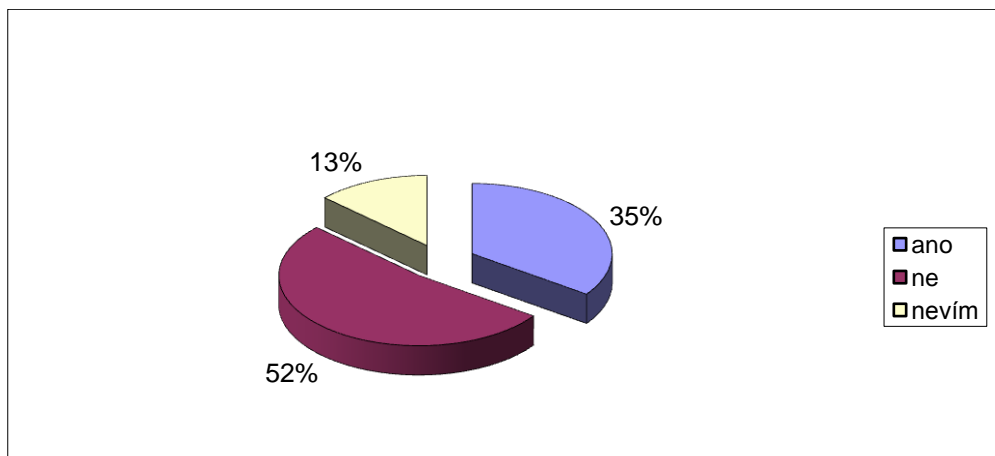
Graf 8 znázorňuje, že 18 (20 %) žen únik moči obtěžuje ojediněle, 34 (37 %) žen únik moči obtěžuje někdy, 16 (17 %) žen únik moči obtěžuje často, 23 (25 %) žen únik moči obtěžuje stále a 1 (1 %) ženu únik moči neobtěžuje.

Graf 9 Problémy, které únik moči respondentkám přináší



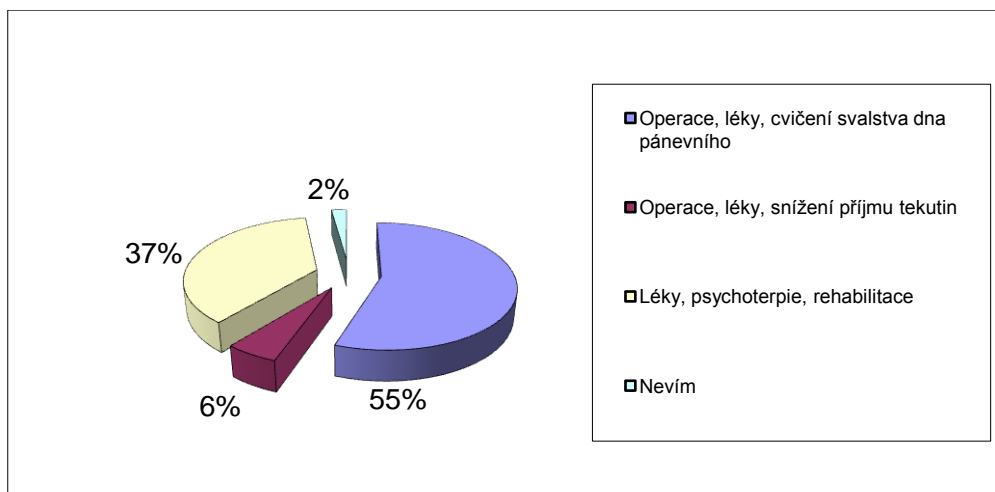
Graf 9 znázorňuje, že jako problém úniku moče uvedly 2 ženy problémy s pokožkou, 8 žen uvedlo, že únik moči zasahuje do jejich sexuálního života, 73 žen uvedlo pocity deprese, 61 žen omezuje příjem tekutin, 58 žen se obává na delší dobu opustit domov, 42 žen má obavu, že by lidé mohli únik moči rozpoznat čichem, 68 žen je omezeno ve svých zájmech a aktivitách, 2 ženy pociťují únik moči jako překážku v pracovním procesu a 59 ženám narušuje únik moči spánek.

Graf 10 Problém s udržením moče je přirozenou součástí stáří



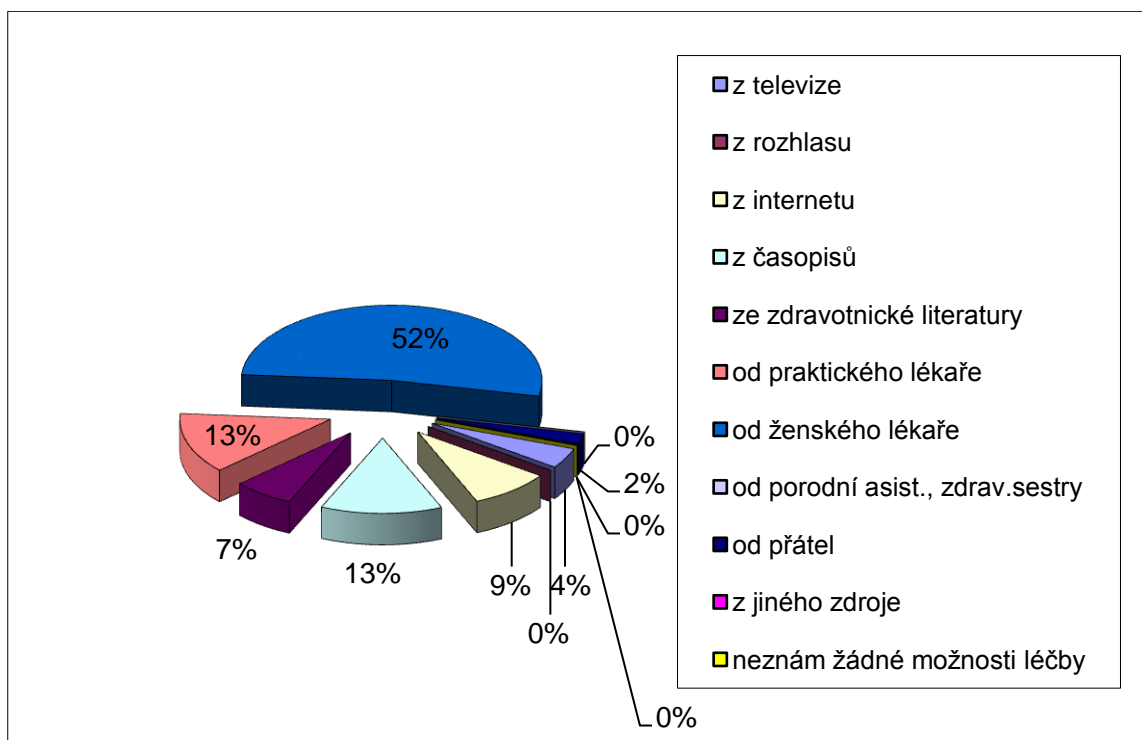
Graf 10 znázorňuje názor žen, zda problém s udržením moči je přirozenou součástí stáří. 3 (35 %) ženy si myslely, že ano. 48 (52 %) žen si myslelo, že ne a 12 žen (13 %) nevědělo.

Graf 11 Znalost možnosti komplexního řešení močové inkontinence



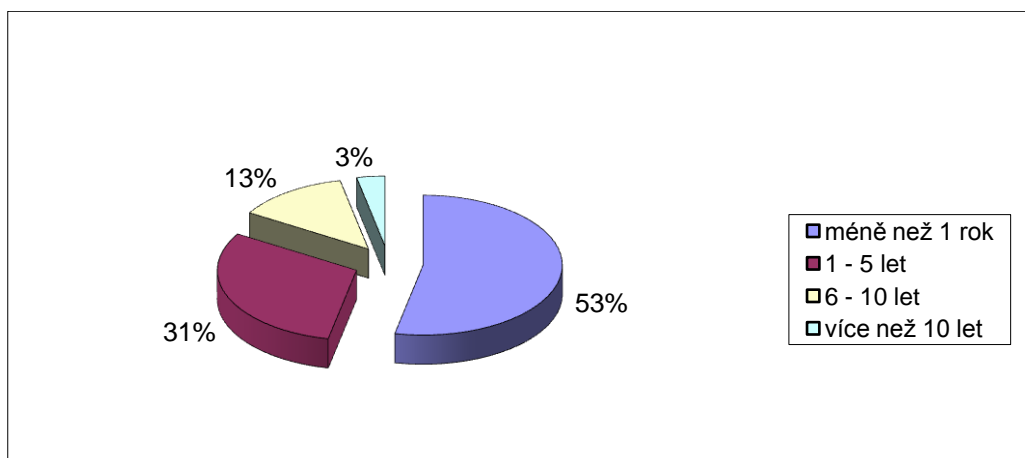
Graf 11 znázorňuje, že správnou volbu řešení tzn. operace, léky, cvičení svalstva dna pánevního močové inkontinence, uvedlo 51 (55%) žen. Kombinaci, kde byla uvedena jako možnost řešení snížení příjmu tekutin, uvedlo 5 (5 %) žen. Další nesprávnou volbu, kde chyběla možnost operačního řešení uvedlo 34 (37 %) žen. 2 (2 %) ženy nevěděly o žádné možnosti léčby.

Graf 12 Zdroj informací o možnostech léčby močové inkontinence



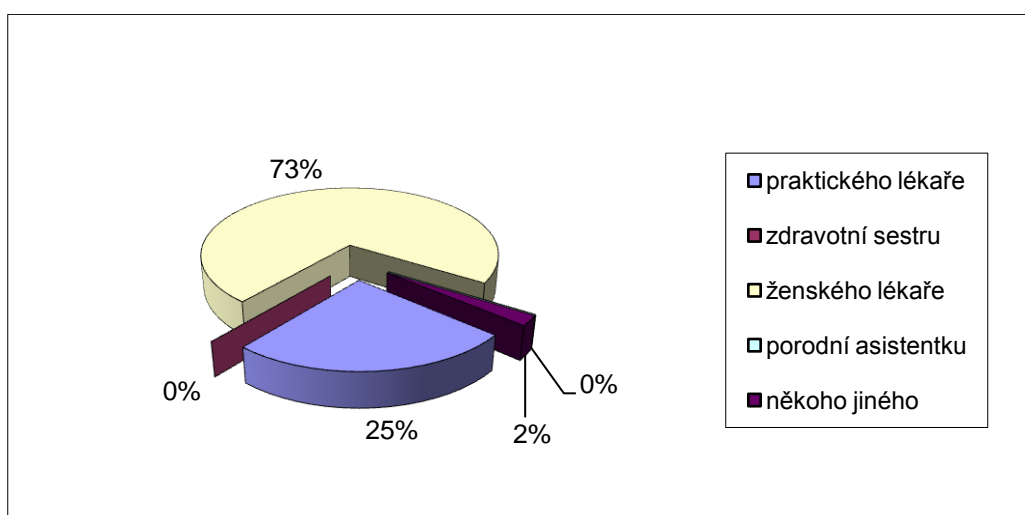
Graf 12 znázorňuje, že 4 (4 %) ženy získaly informace o léčbě močové inkontinence z televize, 8 (9 %) žen získalo informace z internetu, 12 (13 %) žen našlo informace v časopisu, 6 (7 %) žen mělo informace ze zdravotnické literatury, 12 (13 %) žen bylo informováno od praktického lékaře, 48 (52 %) bylo informováno od ženského lékaře a 2 (2 %) ženy se dozvěděly o možnosti léčby od přátel.

Graf 13 Trvání obtíží do vyhledání odborné pomoci



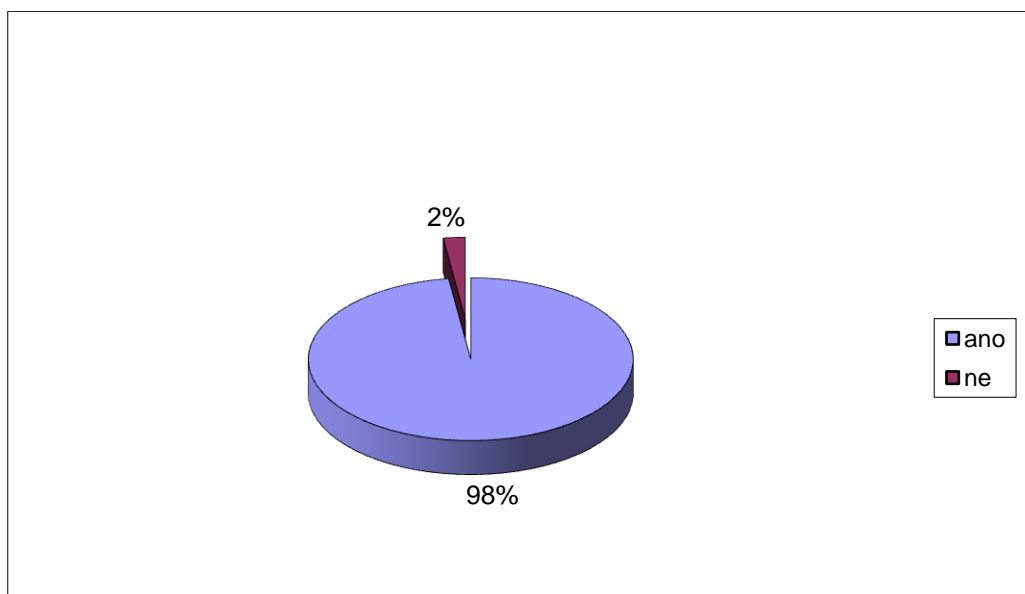
Graf 13 znázorňuje, že 49 (53 %) žen se obrátilo na odbornou pomoc po méně než 1 roce trvání obtíží s únikem moči, 28 (31%) žen vyhledalo pomoc po 1-5 letech, 12 (13 %) žen se obrátilo na odbornou pomoc po 6-10 letech trvání obtíží a 3 (3 %) ženy vyhledaly odbornou pomoc po více než 10 letech trvání obtíží pro únik moči.

Graf 14 Koho respondentka požádala prvního o pomoc s problémem úniku moči



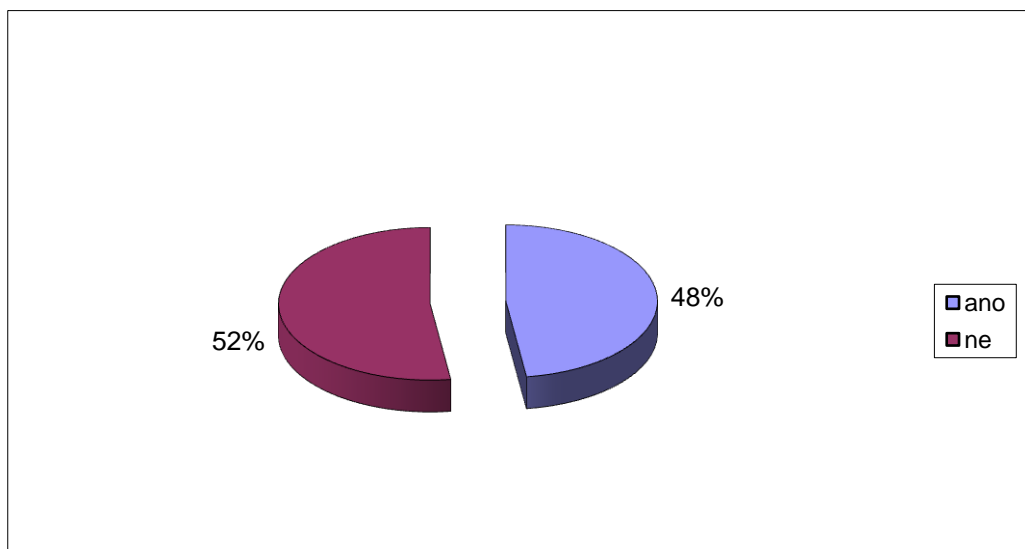
Graf 14 znázorňuje, že 67 (73 %) žen požádalo o pomoc ženského lékaře 23 (25 %) žen požádalo jako prvního o pomoc praktického lékaře a 2 (2 %) ženy vyhledaly pomoc u někoho jiného (u urologa).

Graf 15 Podstoupení operačního zákroku



Graf 15 znázorňuje, že 90 (98 %) žen by podstoupilo operaci, pokud by se tím jejich problém s únikem moči vyřešil. 2 (2 %) ženy by operaci nepodstoupily.

Graf 16 Používání pomůcek pro močovou inkontinenci



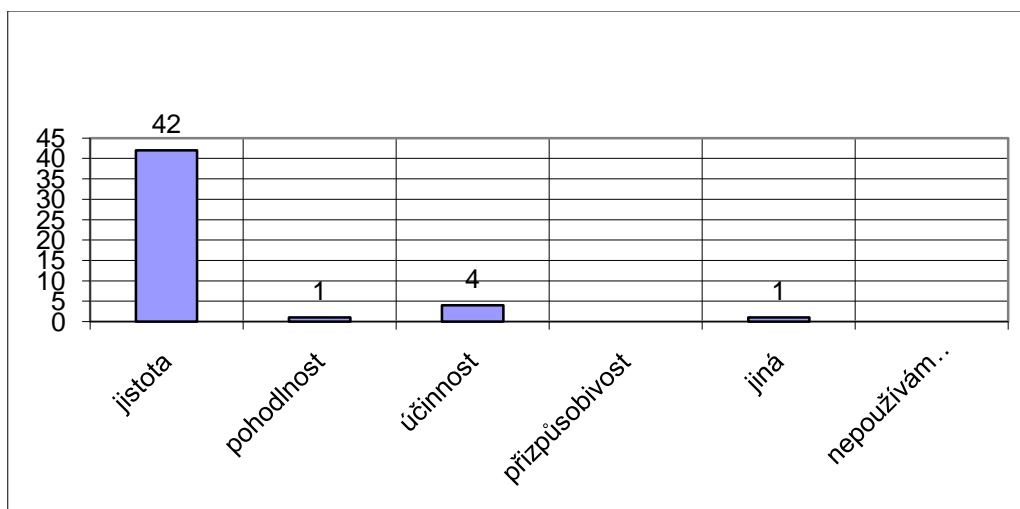
Graf 16 znázorňuje, že 44 (48 %) žen používá nějaký typ pomůcek pro inkontinenci a 48 (52%) žen nepoužívá žádné pomůcky pro inkontinenci.

Graf 17 Druh pomůcek pro močovou inkontinenci (zde mohly respondentky uvést více možností)



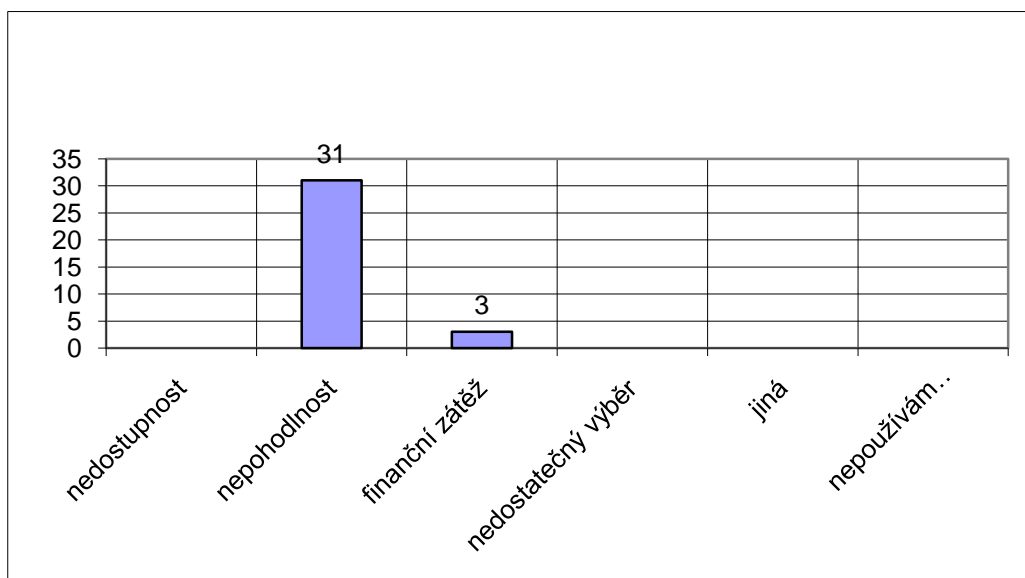
Graf 17 znázorňuje, že 39 respondentek, které používají pomůcky pro inkontinenci moče, zvolily vložky, 5 žen uvedlo jiné (menstruační vložky)

Graf 18 Výhoda pomůcek pro močovou inkontinenci (zde mohly respondentky uvést více možností)



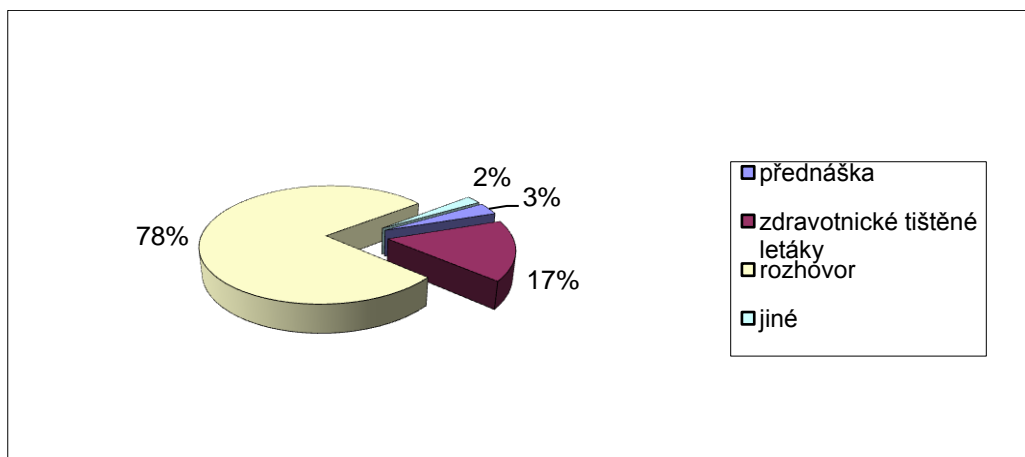
Graf 18 znázorňuje, že 42 žen, zvolilo jako výhodu vložek jistotu, 1 žena pohodlnost, 4 ženy účinnost a 1 žena udala jiné (psychická podpora).

Graf 19 Nevýhoda pomůcek pro močovou inkontinenci (zde mohly respondentky uvést více možností)



Graf 19 znázorňuje, že 31 žen udalo nepohodlnost jako nevýhodu a 3 ženy udaly finanční zátěž.

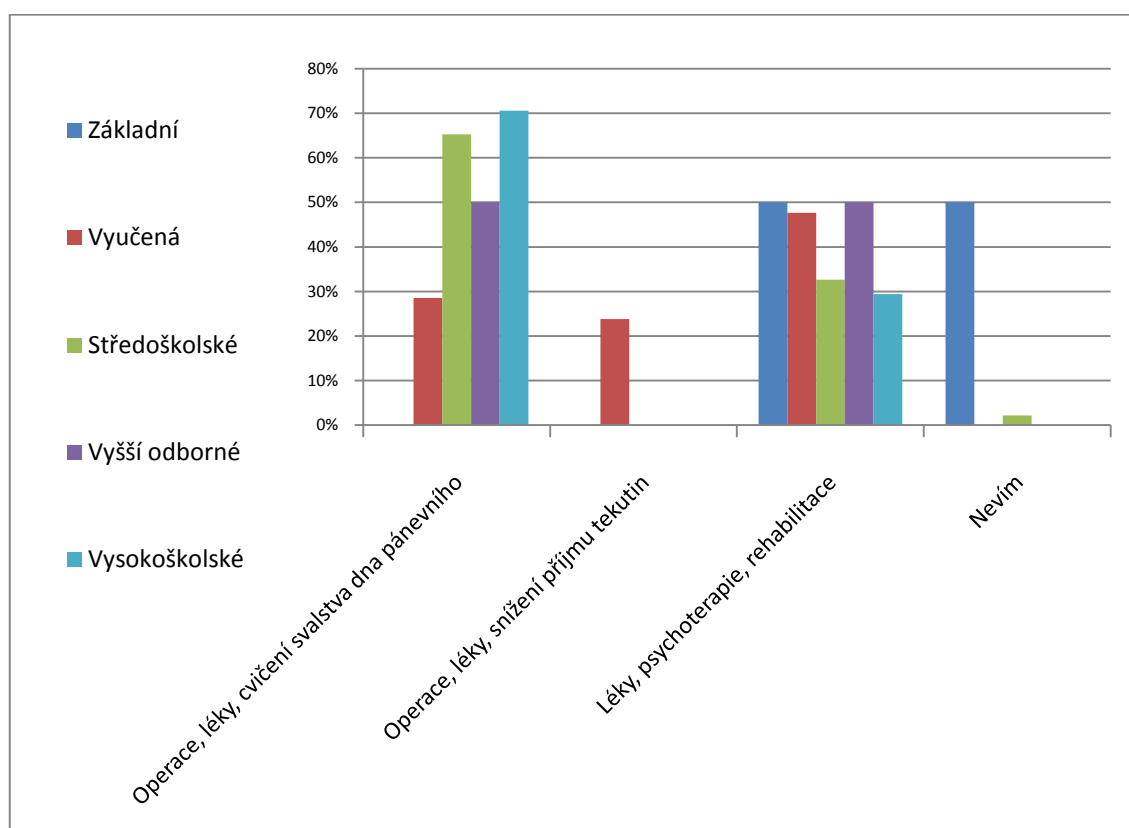
Graf 20 Způsob podání informací o inkontinenci moče



Graf 20 znázorňuje, že 3 (3 %) ženy zvolily jako nejlépe vyhovující podání informací o inkontinenci moči přednášku. 15 (17 %) ženám vyhovuje jako zdroj informací zdravotnické letáky. Rozhovor preferovalo 72 (78%) žen. Jiné podání informací uvedly 2 (2 %) ženy (rozhovor s lékařem).

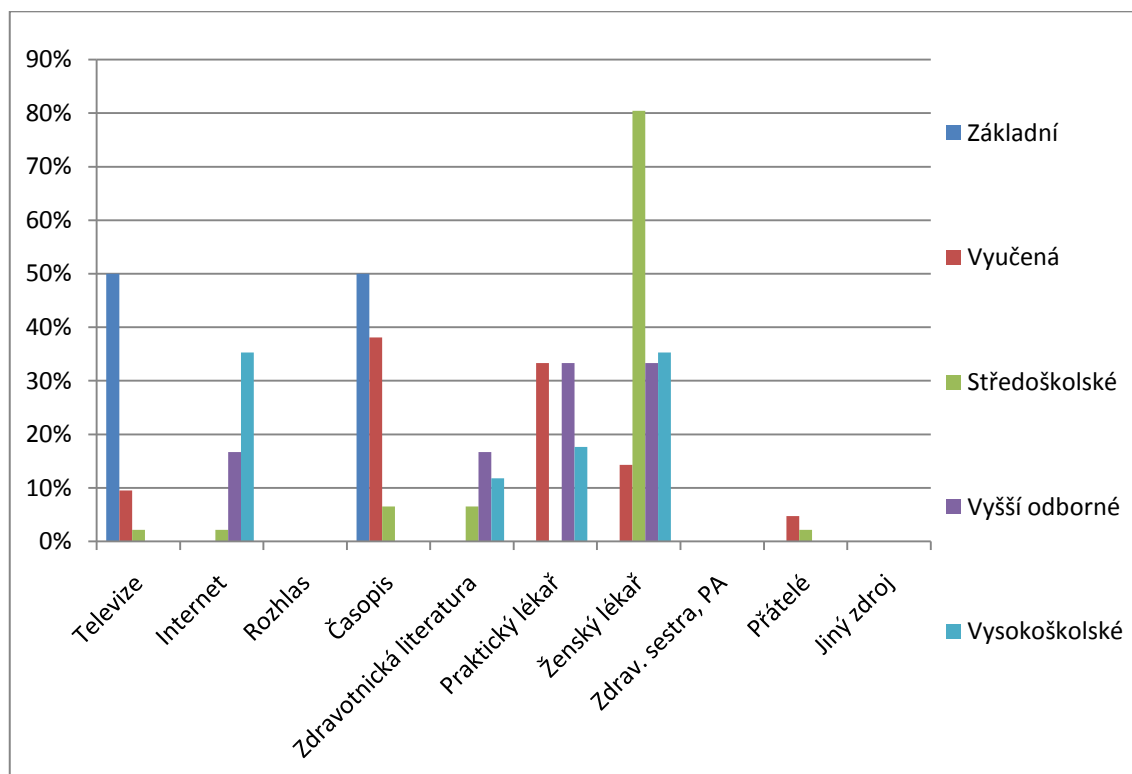
4.2 Grafy pro srovnání výsledků

Graf 21 Vliv vzdělání na úroveň informací o komplexním řešení močové inkontinence



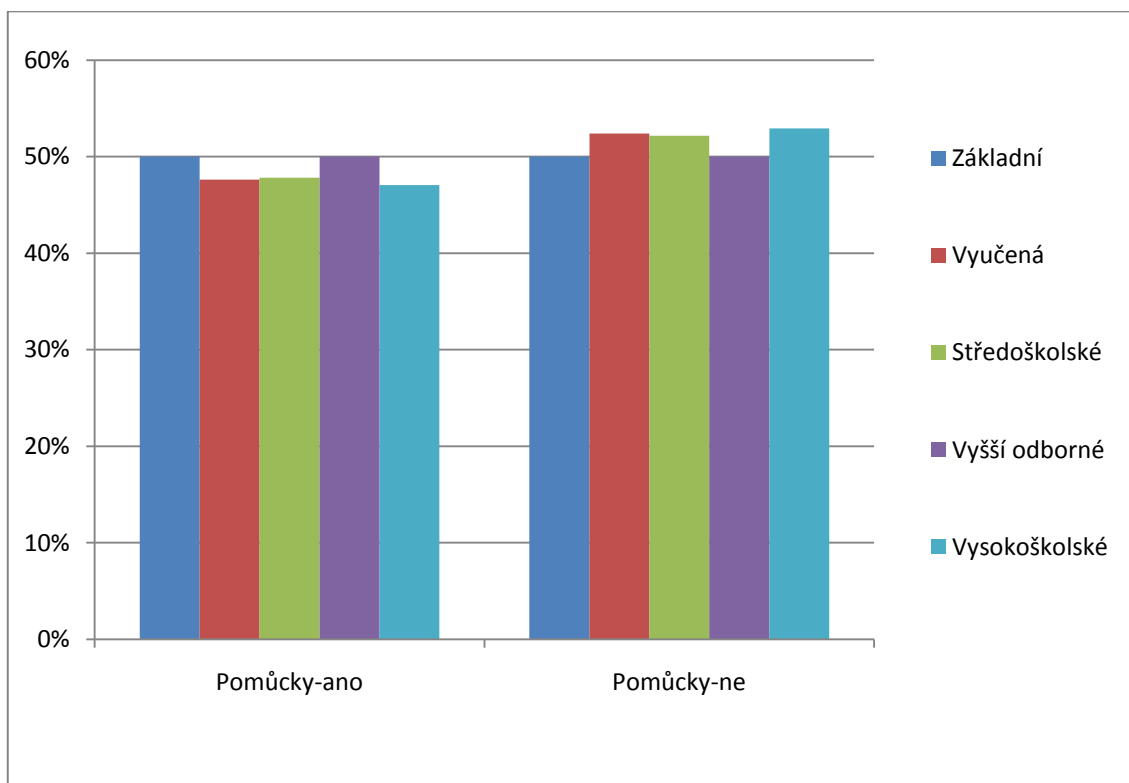
Z grafu 21 vyplývá, že správnou možnost řešení močové inkontinence tzn. operace, léky, cvičení svalstva dna pánevního, znalo 6 (28 %) žen vyučených, 30 (65 %) žen středoškolsky vzdělaných, 3 (50 %) ženy s vyšším odborným vzděláním a 12 (71 %) žen vysokoškolsky vzdělaných. Možnost řešení, která zahrnovala snížení příjmu tekutin a byla nesprávná, udalo 5 (24 %) žen vyučených. Třetí možnost řešení, ve které nebyla obsažena operace a byla také nesprávná, zvolila 1 (50 %) žena se základním vzděláním, 10 (48 %) žen vyučených, 15 (33 %) středoškolsky vzdělaných žen, 3 (50 %) ženy s vyšším odborným vzděláním a 5 (29 %) žen s vysokoškolským vzděláním. O žádné možnosti řešení močové inkontinence nevěděla 1 (50 %) žena se základním vzděláním, 1 (2 %) žena se středoškolským vzděláním.

Graf 22 Vliv vzdělání na způsob získání informací o možnosti léčby



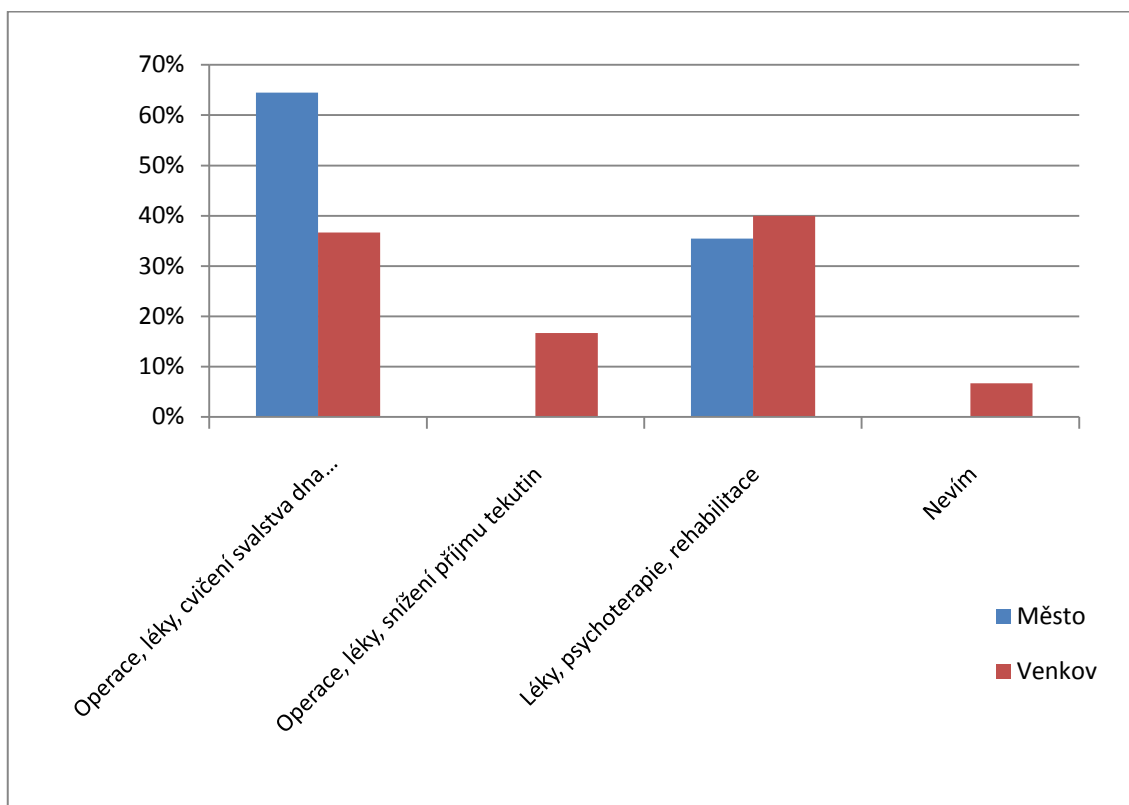
Z grafu 22 vyplývá, že televize byla jako zdroj informací pro 1 (50 %) ženu se základním vzděláním, 2 (10 %) ženy vyučené a 1 (2 %) středoškolačku. Na internetu našly informace 1 (2 %) žena se středoškolským vzděláním, 1 (17 %) žena s vyšším odborným vzděláním a 6 (35 %) vysokoškolaček. Časopis byl zdrojem informací pro 1 (50 %) ženu ze základních vzdělání, 8 (38 %) žen vyučených, 3 (7 %) středoškolaček. Zdravotnická literatura byla zdrojem informací pro 3 (7 %) středoškolsky vzdělané ženy, 1 (17 %) ženu s vyšším odborným vzděláním a 2 (12 %) vysokoškolsky vzdělané ženy. U praktického lékaře našly informace 7 (33 %) žen vyučených, 2 (33%) ženy s vyšším odborným vzděláním a 3 (18 %) ženy s vysokoškolským vzděláním. U ženského lékaře našly informace 3 (14 %) ženy vyučené, 37 (80 %) středoškolsky vzdělaných žen, 2 (33 %) žen s vyšším odborným vzděláním a 6 (35 %) vysokoškolaček. Přátelé byli zdrojem informací pro 1 (5 %) ženu vyučenou a 1 (2 %) středoškolsky vzdělanou ženu.

Graf 23 Vliv vzdělání na používání pomůcek pro řešení močové inkontinence



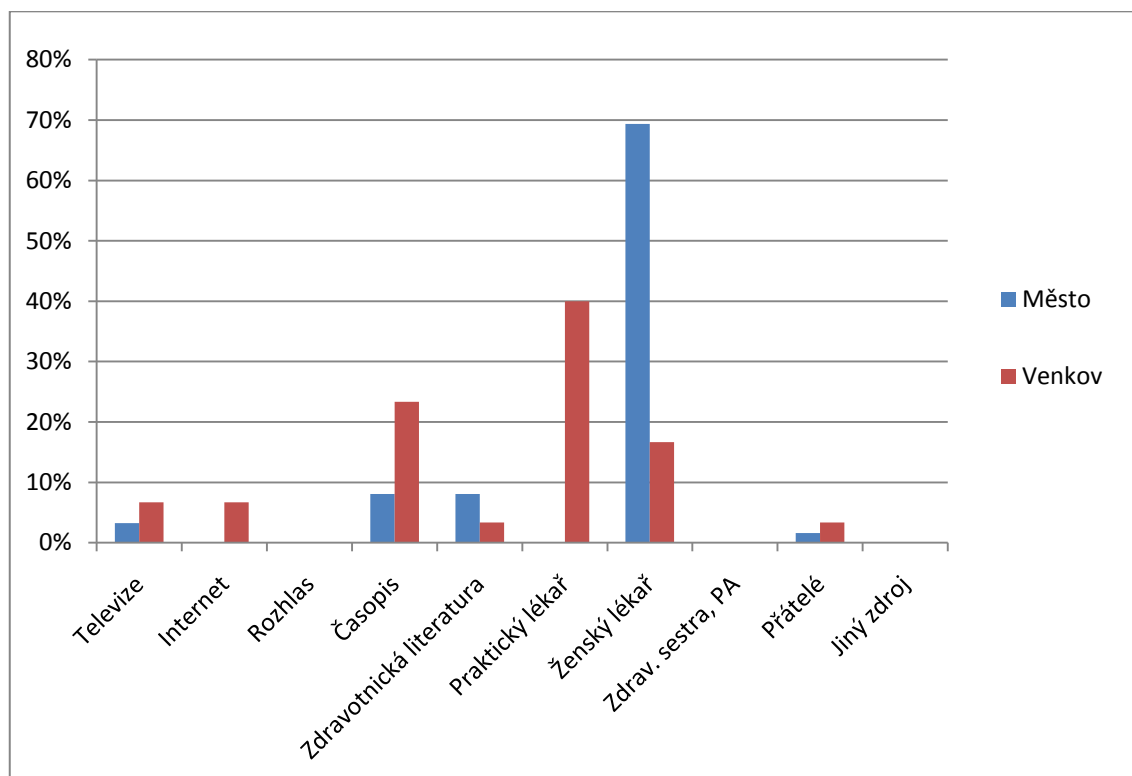
Z grafu 23 vyplývá, že pomůcky pro inkontinenci moče používaly 1 (50 %) žena se základním vzděláním, 10 (47 %) žen vyučených, 22 (48 %) žen se středoškolským vzděláním, 3 (50 %) žen s vyšším odborným vzděláním a 8 (46 %) žen s vysokoškolským vzděláním. Pomůcky pro inkontinenci moče nepoužívá 1 (50 %) žena se základním vzděláním, 11 (53 %) žen vyučených, 26 (52 %) žen středoškolsky vzdělaných, 3 (50 %) ženy s vyšším odborným vzděláním a 9 (54 %) žen s vysokoškolským vzděláním.

Graf 24 Vliv místa bydliště na úroveň informací o komplexním řešení močové inkontinence



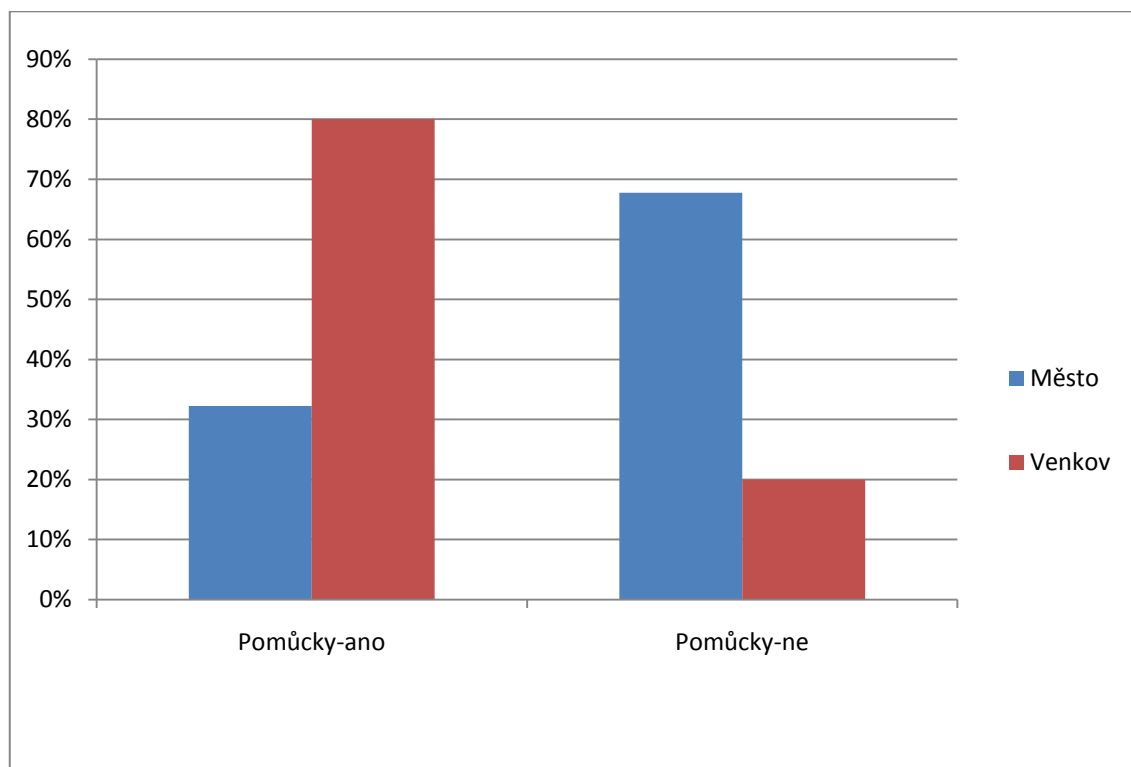
Z grafu 24 vyplývá, že 40 (65 %) žen z města má správnou informaci o nejúčinnějších možnostech léčby močové inkontinence tzn. operace, léky cvičení svalů dna pánevního. Zatímco pouze 11 (37%) žen z vesnice má správnou informaci o nejúčinnějších formách léčby močové inkontinence. Druhou možnost léčby, která zahrnovala snížení příjmu tekutin a byla nesprávná, uvedlo 5 (16 %) žen z venkova. Třetí možnost, v které chyběla operace a byla také nesprávná, uvedlo 22 (35 %) žen z města a 12 (40 %) žen z venkova. O žádné možnosti nevěděly 2 (7 %) žen z venkova.

Graf 25 Vliv bydliště na způsob získání informací o možnosti léčby



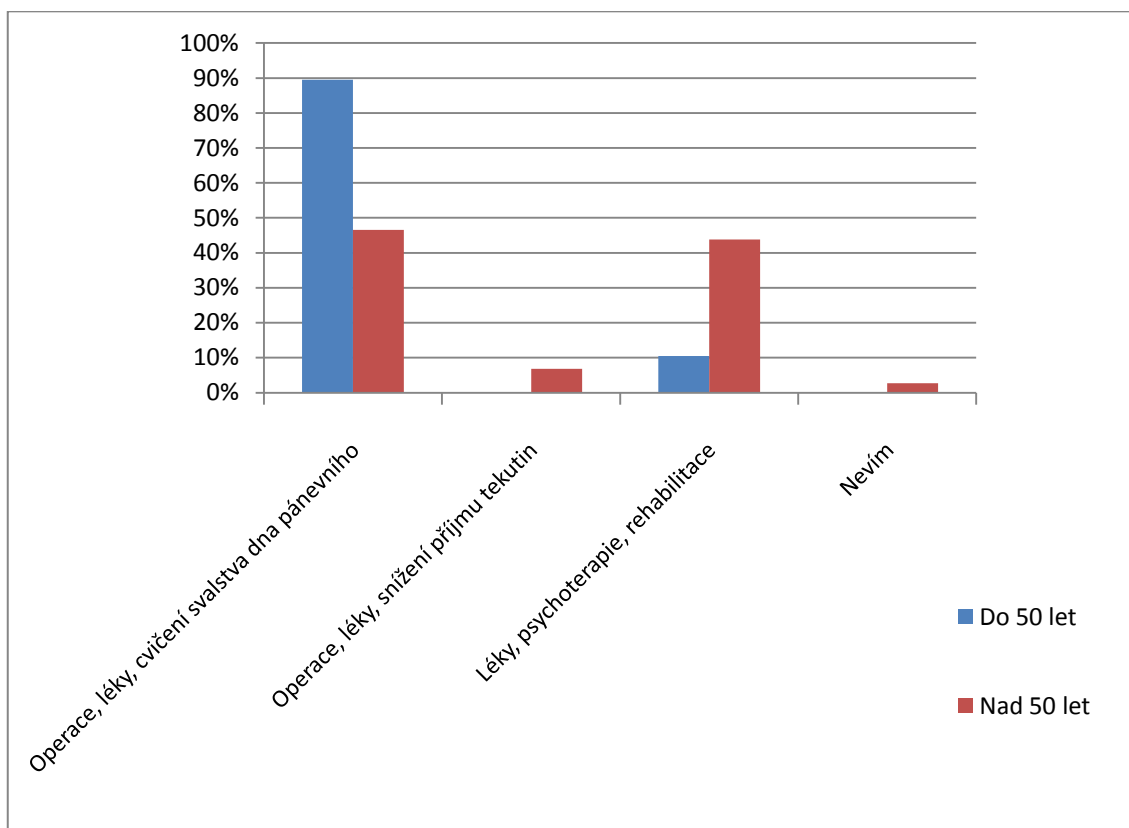
Z grafu 25 vyplývá, že 43 (69 %) žen ve městě získalo informace o možnosti léčby od ženského lékaře, 6 (10 %) žen získalo informace z internetu, 5 (8 %) žen získalo informace ze zdravotnické literatury, 5 (8%) žen získalo informace z časopisu a 2(3 %) ženy získaly informace z televize a 1 (2 %) žena uvedla jako zdroj informací přátele. Na venkově bylo 12 (40 %) žen informováno o možnosti léčby inkontinence moče od praktického lékaře, 7 (23 %) žen mělo informace z časopisu, z televize byly informovány 2 (7 %) ženy, od ženského lékaře bylo informováno 5 (17 %) žen, 2 (7 %) ženy měly informace z internetu, 1 (3 %) žena měla informace ze zdravotnické literatury a od přátel získala informaci 1 (3 %) žena.

Graf 26 Vliv bydliště na používání pomůcek pro řešení močové inkontinence



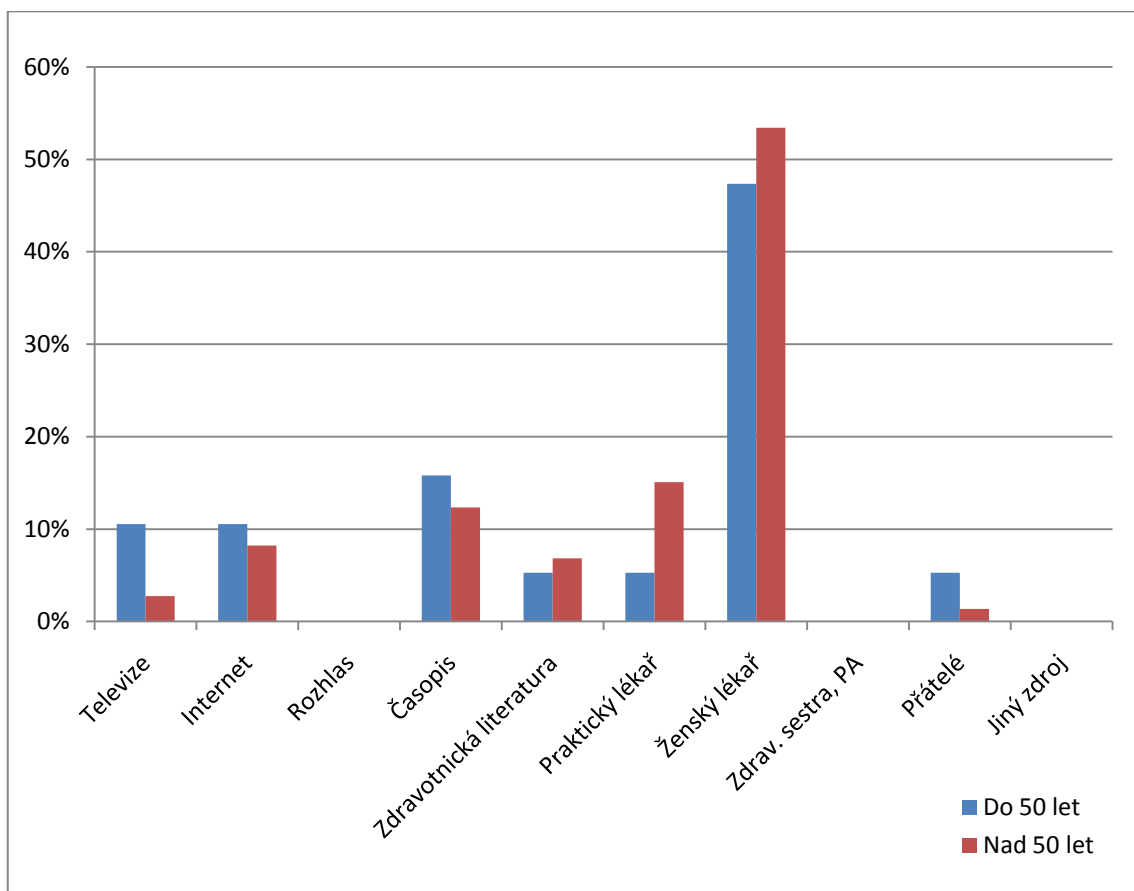
Z grafu 26 vyplývá, že 24 žen (80 %) z venkova používá pomůcky pro inkontinenci moče a 6 žen (20 %) je nepoužívá. Mezitím co ve městě používá pomůcky pro inkontinenci 20 žen (32 %) a 42 žen (68 %) je nepoužívá.

Graf 27 Vliv věku na úroveň informací o komplexním řešení močové inkontinence



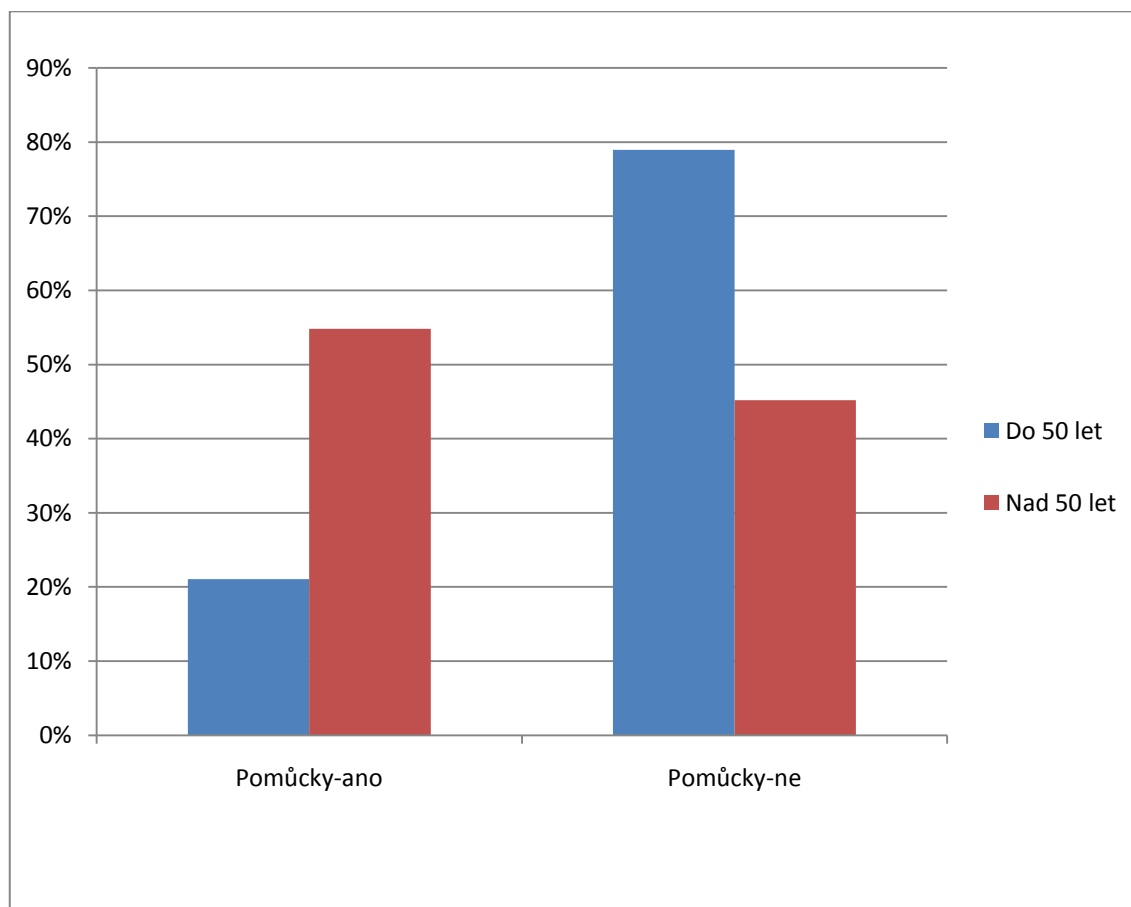
Z grafu 27 vyplývá, že ve věkové kategorii do 50 let mělo informace o správné možnosti léčby tzn. operace, léky, cvičení svalstva dna pánevního, 17 (89 %) žen a 34 (47 %) žen ve věku nad 50 let. Druhou možnost léčby, která zahrnovala snížení příjmu tekutin a byla nesprávná, uvedlo 5 (7 %) žen nad 50 let. Třetí možnost, ve které chyběla operace a byla také nesprávná, uvedly 2 (11 %) ženy do 50 let a 32 (43 %) žen nad 50 let a o žádné možnosti nevěděly 2 (3 %) ženy nad 50 let.

Graf 28 Vliv věku na způsob získání informací o možnosti léčby



Z grafu 28 vyplývá, že 9 (47 %) žen do 50 let získalo informace od ženského lékaře, 3 (16 %) ženy s časopisu, 2 (11 %) ženy si vyhledaly informace na internetu, 1 (5 %) žena získala informace od praktického lékaře, 2 (11 %) ženy získala informace v televizi, 1 (5 %) si našla informace ve zdravotnické literatuře a 1 (5 %) se dozvěděla informace od přátel. Ve věkové kategorii nad 50 let se 39 (53 %) žen dozvědělo informace od ženského lékaře, 11 (15 %) žen od praktického lékaře, 9 (12 %) z časopisu, 6 (8 %) na internetu, 5 (7 %) ze zdravotnické literatury, 2 (3 %) z televize a 1 (2 %) od přátel.

Graf 29 Vliv věku na používání pomůcek pro řešení močové inkontinence



Z grafu 29 vyplývá, že 4 (21 %) ženy do 50 let používají pomůcky pro inkontinenci moče, 15 (79 %) žen v této věkové kategorii je nepoužívá. Ve věkové kategorii nad 50 let používá pomůcky pro inkontinenci moče 40 (55 %) žen a 33 (45 %) žen je nepoužívá.

5. Diskuse

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav, který zvyšuje nemocnost ve společnosti. Až 30 % žen je ovlivněno močovou inkontinencí ve všech oblastech svého života – fyzické, psychické, sociální i profesní.

Cílem výzkumu bylo zmapovat informovanost žen o komplexním řešení močové inkontinence. Dalším cílem bylo porovnat informace o této problematice u žen z venkova a z měst. Také byla zkoumána míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence s ohledem na jejich stupeň vzdělání a věk.

V průběhu měsíce února a března bylo rozdáno 110 dotazníků. Vrátilo se jich 92. Návratnost dotazníku byla 84 %.

Jak bylo zjištěno vyhodnocením grafu 1, mého šetření se zúčastnily ženy všech věkových kategorií, které byly v dotazníku udány. Z celkového počtu dotazovaných žen bylo nejvíce respondentek ve věku 51 - 60 let a to 34 (37 %), hned po nich následovala věková kategorie 61 - 70 let a to 24 (26 %) žen. Respondentek ve věkové kategorii 71 let a více bylo 15 (16 %). 14 (15 %) bylo žen ve věku 41 - 50. Méně početnou skupinou byly respondentky ve věku 31-40 let a to 4 (5 %) ženy. Nejméně bylo žen v nejmladší věkové kategorii do 30 let a to 1 (1 %) respondentka. Toto rozložení potvrzuje Chmel, inkontinence se vyskytuje ve všech věkových skupinách, ale mnohem výraznější zastoupení je ve věkové skupině nad 65 let (17).

Myslím si, že vzhledem ke vzdělání, které je znázorněno v grafu 2, byla vzdělanost zastoupena objektivně, jak je tomu průměrně v ČR. Upoutal mě vyšší počet vysokoškolsky vzdělaných žen, který byl zastoupen v 18 %, což je nadprůměrná hodnota, jelikož v ČR je vysokoškolsky vzdělaných občanů 13 %. Vyšší odborné vzdělání mělo 6 (7 %) respondentek. Největší skupinu 46 (50 %) žen tvořily respondentky se středoškolským vzděláním. Další nezanedbatelnou skupinu 21 (23 %) respondentek, tvořily ženy vyučené. 2 (2 %) respondentky, měly pouze základní vzdělání.

V grafu 3 je vidět podíl žen, které bydlí ve městě a které pocházejí z venkova. Venkov byl stanoven jako obec do 3000 obyvatel a město jako obec nad 3000 obyvatel. Tuto informaci jsem zjistila na internetu. 62 (67 %) žen, bydlelo ve městě, z venkova

pocházelo 30 žen což představuje 33 %. Z těchto údajů se domnívám, že ženy z venkova vyhledávají pomoc méně často než ženy z měst, což může být dáno menší dostupností zdravotnických zařízení na venkově. Tuto mezeru by mohla vyplnit porodní asistentka v komunitní a primární péči, která by při návštěvní službě mohla aktivně vyhledávat ženy s problémem úniku moči a poučit je o správné životosprávě a možnosti efektivního řešení.

Jak je vidět na grafu 11, 55 % žen je správně informováno o možnostech komplexní léčby močové inkontinence. Je to sice nadpoloviční většina, ale rozhodně to není drtivá převaha. 5 % respondentek si myslí, že se dá močová inkontinence řešit snížením příjmu tekutin a 2 % žen nezná žádnou možnost léčby. 37 % respondentek uvedlo kombinaci, kde nebyla zastoupena možnost operačního řešení. Přitom 98 % respondentek, jak je vidět v grafu 15, by podstoupilo operační zákrok, kdyby se tím jejich problém s udržení moče vyřešil.

V grafu 21 byly ženy rozděleny podle stupně vzdělání do pěti kategorií. Správnou možnost řešení močové inkontinence tzn. operace, léky, cvičení svalstva dna pánevního, znalo 28 % žen vyučených, 65 % žen se středoškolským vzděláním, 50 % respondentek s vyšším odborným vzděláním a 71 % vysokoškolsky vzdělaných žen. O žádné možnosti léčby nevědělo 50 % žen se základním vzděláním a 2 % středoškolaček.

Dále bylo šetření zaměřeno na zdroj informací, ze kterého se ženy dozvěděly o možnostech léčby. Jak je vidět na grafu 12 nejvíce informací získaly ženy v gynekologických ambulancích a to v 52 %. Jak uvádí Hoříčka, zhruba 30 % žen v jeho ambulanci přizná alespoň lehkou formu inkontinence, když se na tento problém zeptá. A přitom každé ženě se dá pomoci. Kdo se „neptá – nedoví se“ (11). Také Šimůnková uvádí, že před desítkami let se na lékařské fakultě učilo, že dotaz na potíže s močením patří k „povinným“ otázkám při anamnéze (30).

Alarmujícím zjištěním pro mne byl fakt, že žádná žena neuvedla jako zdroj informace sestru nebo porodní asistentku. Myslím si, že porodní asistentky by se měly více vcítit do situace žen s inkontinencí moče a vyjít jim vstříc v rámci aplikace ošetrovatelské péče a edukace. Někdy by jen stačilo, aby se porodní asistentka sama aktivně a citlivě zeptala klientky, zda netrpí příznaky inkontinence. Ženy se v tomto

případě za své potíže stydí. Porodní asistentky by měly zvýšit míru informovanosti ženy o problematice močové inkontinence a potažmo o možnostech řešení, při gynekologických prohlídkách aktivním vyhledáváním, holistickým přístupem, informacemi na nástěnkách zdravotnických zařízení nebo pořádáním edukačních seminářů. K tomu je třeba, aby samy porodní asistentky v těchto ordinacích první linie, měly dostatek aktuálních informací o problematice inkontinence moče. Jak uvádí Farkašová ve své knize, dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester a porodních asistentek nové vědomosti a širší spektrum poznatků (5).

Dále mne zarazilo v jak malém podílu (9 %) byl zastoupen jako zdroj informací internet. Větší podíl na informovanosti žen má časopis (13 %). Otázkou je, jaké informace o možnostech léčby močové inkontinence, mohou ženy z těchto časopisů čerpat. Někdy mám dojem, že jsou ženské časopisy zahlcené reklamami na vložky a plenkové kalhotky s rozesmátými obličejemi žen, které tyto pomůcky používají.

Porovnávala jsem tuto problematiku u žen s ohledem na stupeň vzdělání. Z grafu 22 je patrné, že ženy s nižším vzděláním čerpají informace hodně z televize a z časopisů a zajímavé zjištění pro mne bylo, že jen 14 % žen vyučených našlo informaci u ženského lékaře. To jen potvrzuje mojí domněnku, že ženy z nižších sociálních skupin nechodí na preventivní gynekologické prohlídky, což může mít ještě fatálnější následky než neznalost léčby močové inkontinence. Naopak středoškolsky vzdělané respondentky uvedly v 80 % ženského lékaře jako zdroj informací a vysokoškolačky se dozvěděly informace o možnostech léčby močové inkontinence u ženského lékaře ve 35 % a 35 % vysokoškolsky vzdělaných žen si informace vyhledalo na internetu. Dále byla zjišťována v tématu problematiky informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence otázka používání pomůcek pro inkontinenci moči, jelikož panuje názor, že je ještě mnoho žen, které si myslí, že je to konečné a jediné řešení.

Jak je vidět z grafu 16, 48 % žen používá pomůcky pro inkontinenci moče. 39 respondentek uvedlo, že používají vložky a 5 žen uvedlo jako jiné pomůcky menstruační vložky, což je znázorněno na grafu 17. Z grafu 18 je patrné, že jako výhodu pomůcek pro močovou inkontinenci uvedly ve 42 případech jistotu, 1 žena zaškrtnula pohodlnost, 4 respondentky uvedly účinnost a 1 žena uvedla jako jinou výhodu

„psychická podpora kdyby náhodou...“ Jako nevýhody pomůcek, které jsou znázorněny na grafu 19, uvedly respondentky v 31 případech nepohodlnost a 3 ženy uvedly jako nevýhodu finanční zátěž. I tuto otázku jsem porovnávala s ohledem na vzdělání žen, což je znázorněno v grafu 23, z kterého je patrné, že na používání pomůcek nemá stupeň vzdělání vliv. Pomůcky pro inkontinenci moče používají ženy ve všech kategoriích téměř v 50 %. *Hypotéza 1, že vliv vzdělání má vliv na míru informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence se potvrdila.*

Z grafu 24 vyplývá, že 65 % žen z města uvedlo správnou možnost řešení močové inkontinence a pouze 37 % žen z venkova. Dokonce 16 % žen z venkova uvedlo jako možnost léčby močové inkontinence snížení příjmu tekutin.

Z grafu 25 je vidět, že ve městě jsou ženy více (69 %) informovány v gynekologických ambulancích než ženy na venkově (17 %). Domnívám se, že tento fakt je dán nedostupností ženského lékaře na venkově. Až 40 % žen z venkova udává jako zdroj informací praktického lékaře, který samozřejmě měl a má na venkově větší důvěru lidí než ve městě. I na venkově byl významným zdrojem informací (23 %) pro ženy časopis. Z grafu 26 vyplývá ještě větší vliv bydliště na užívání pomůcek pro močovou inkontinenci a to, že až 80 % žen z venkova je používá. Ve městě používá pomůcky pro inkontinenci moče 32 % žen. Překvapilo mě, že tak vysoký počet žen pomůcky pro močovou inkontinenci používá. Jak uvádí Šimůnková, lékaři neléčí jen proto, že se jim žena nesevěří a řada lékařů v praktických a gynekologických ambulancích se nezeptá. Mnozí neznají možnosti léčby a předpis absorpčních pomůcek je považován za dostačující opatření. A někdy tyto ženy nejsou ani odesílány na odborné vyšetření a zůstávají bez potřebné léčby (30)

Hypotéza 2, že ženy ve městě jsou informovány více o komplexním řešení močové inkontinence, se potvrdila.

V grafu 27 kde byly ženy rozděleny podle věku do dvou skupin, 1 skupina žen byla do 50 let a druhá skupina žen byla nad 50 let. Správnou odpověď uvedlo 89 % žen mladších 50 let a 47 % žen starších 50 let. Jelikož je močová inkontinence frekventovanějším problémem ve věkové kategorii nad 50 let, domnívala jsem se, že ženy starší 50 let budou informovány o možnostech řešení více než ženy mladší, ale

není tomu tak. To jen potvrzuje fakt, že ženy se s problémem úniku moči nesevřují, protože jak uvádí Chloubová, vnímají inkontinenci jako projev selhání, ztráty důstojnosti a sebeúcty, změn v sebepojetí, zásah do somatické a psychické intimity (14). I tady byly porovnávány zdroje informací u žen s ohledem na věk, což je patrné z grafu 28 kde bych se bývala domnívala, že v nižších věkových skupinách je podíl zdroje internetu výrazně vyšší, ale není tomu tak. Zdroje informací jsou rozloženy v těchto skupinách, žen do 50 let a nad 50 let, poměrně vyrovnané. Na druhém místě za ženským lékařem, jakožto zdrojem informací je uveden časopis a to u žen do 50 let v 16 % a u žen nad 50 let ve 12 %. Věk hraje roli v používání pomůcek, jak je vidět na grafu 29, z kterého vyplývá, že daleko větší počet žen (55 %), které používá pomůcky pro močovou inkontinenci, se nacházejí ve věkové kategorii nad 50 let. Ve věkové kategorii do 50 let, jak je znázorněno na grafu 29 používá pomůcky pro močovou inkontinenci 21 %. Myslím si, že mladší ženy vnímají pomůcky jako velký diskomfort a snaží se řešit problém s udržení moče účinnějším řešením.

Hypotéza 3, že ženy do 50 let mají méně informací, než ženy starší 50 let se nepotvrdila.

Jak je patrné z grafu 7, s pojmem močová inkontinence se ženy setkaly v 50 %, až když samy měly problémy. Není to asi nic výjimečného, málo lidí si získává informace o potenciálních problémech. Nicméně je to i důkaz tabuizování tohoto tématu.

Také byla v mé práci zkoumána otázka, jak dlouho problém s únikem moči ženy obtěžoval, než se obrátily na odbornou pomoc. Jak je patrné z grafu 13, 53 % žen se obrátilo na odbornou pomoc po méně než 1 roce trvání obtíží s únikem moči. 1 – 5 let obtíží trápilo 31 % žen, než vyhledaly odbornou pomoc. 13 % žen se obrátilo na odbornou pomoc po 6 – 10 letech obtíží s únikem moči. A dokonce 3 % respondentek vyhledalo odbornou pomoc po více jak 10 letech strádání. Domnívám se, že přestože více žen vyhledalo pomoc při počátečních obtížích, je to stále alarmující údaj, jelikož jak uvádí Hoříčka, úspěšnost léčby závisí do jisté míry na době trvání obtíží s únikem moči. Ženy by měly vyhledat pomoc maximálně do tří let od prvních symptomů inkontinence (11). 35 % respondentek si myslí, že problém s udržení moče je přirozenou součástí

stáří, což je patrné na grafu 10. Tím by se také dala vysvětlit dlouhá doba u některých žen, která uplyne od prvních obtíží do vyhledání lékařské pomoci. Jak uvádí Chmel, s nezájmem o léčbu jsou v protikladu devastující psychosociální důsledky močové inkontinence (16). Tento fakt je patrný z grafu 9, kde 73 respondentek uvedlo depresivní pocity v souvislosti s únikem moči, 68 žen uvedlo, že jsou omezeny ve svých zájmech a aktivitách, 59 ženám narušují problémy s únikem moči spánek, 42 žen má obavu, že by mohl být únik moči rozpoznán čichem, 61 žen omezuje příjem tekutin, 58 žen se obává na delší dobu opustit domov, 8 žen uvedlo, že jim únik moče zasahuje do sexuálního života, 2 ženy uvedly potíže s pokožkou v souvislosti močovou inkontinencí a 2 ženám únik moči vadí v pracovním procesu. Celkově míra obtěžování únikem moči je znázorněna v grafu 8, kde až 25 % respondentek uvedlo, že je únik moči obtěžuje stále. Tyto údaje nebyly předmětem mého výzkumu, nicméně jsem je nemohla nezmínit.

Další údaj, který se nevztahuje k problematice informovanosti žen o způsobech řešení močové inkontinence, byla parita žen, která je znázorněna na grafu 4. Z grafu vyplývá, že 73 % žen rodilo 2x a 14 % dokonce 3x a vícekrát. Myslím si, že by to mohl být zajímavý údaj pro porodní asistentky v souvislosti se zvyšujícím se věkem prvorodiček a způsobu vedení porodu. Jelikož, jak uvádí Halaška - vaginální porod představuje největší rizikový faktor pro rozvoj stresové inkontinence, musíme mít na paměti šetrné vedení porodu s následným pečlivým ošetřením porodního poranění a snahu o posílení svalstva pánevního dna v šestinedělí. Zde je opět místo pro edukaci žen porodními asistentkami, které by měly ženy po porodu poučit o nutnosti posílení svalů dna pánevního.

6. Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou míry informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence. Inkontinence moče není onemocnění, které by ženu ohrožovalo na životě, ale významně ovlivňuje jeho kvalitu a dotýká se všech pater pyramidy potřeb dle Maslowa (Příloha 2).

První cíl bakalářské práce, mapující informovanost žen o komplexním řešení močové inkontinence byl splněn. Druhý cíl, který byl zaměřený na porovnání informovanosti o komplexním řešení močové inkontinence u žen z měst a venkova byl také splněn. Stejně tak byl splněn i třetí cíl porovnávající informovanost o komplexním řešení močové inkontinence u žen s ohledem na jejich věk a vzdělání.

První hypotéza, že vzdělání žen má vliv na úroveň informovanosti o komplexním řešení močové inkontinence se potvrdila. Nejlépe jsou informované vysokoškolsky vzdělané ženy, naproti tomu ženy s nižším vzděláním bez maturity mají informace o komplexní léčbě močové inkontinence nedostačující. Druhá hypotéza, že ženy ve městě jsou informovány komplexněji, než ženy na venkově se také potvrdila. Třetí hypotéza, že ženy do 50 let mají méně informací, než ženy nad 50 let se nepotvrdila.

Informovanost žen do značné míry souvisí se zdrojem, ze kterého ženy čerpají informace. Tato problematika byla také zkoumána v mém šetření. Ženy se ve větší míře obracejí na gynekologickou ambulanci a v některých případech, zvláště na venkově na ambulanci praktického lékaře. Je proto důležité, aby byli zdravotničtí pracovníci informováni o pokrocích v diagnostice a aktuálních možnostech konzervativní a chirurgické léčby ženské močové inkontinence, která se v současné době stále rozšiřuje a vyvíjí. Problém totiž není v léčebných metodách, ale v nedostatečné komunikaci, která by měla být zaměřena zejména na ženy z venkova a na ženy s nižším stupněm vzdělání. A tady se nabízí místo pro porodní asistentky, které by se měly více vcítit do situace žen s inkontinencí moče a v rámci aplikace ošetrovatelského procesu aktivně vyhledávat ženy s únikem moči, edukovat je o správné životosprávě a informovat o efektivním řešení močové inkontinence. Edukace žen by mohla probíhat formou přednášek nebo

formou zdravotnických tištěných letáků rozmístěných v čekárnách zdravotnických zařízení. Porodní asistentky by mohly zajistit pro tuto edukační činnost spolupráci fyzioterapeutických pracovníků, které by jim pomáhaly vést ženy při gymnastice svalů dna pánevního. Dále by porodní asistentky, v rámci osvěty žen o problematice močové inkontinence a jejím řešení, měly oslovit i komerční zdravotnické firmy, které by jim mohly zajistit finanční a technické zázemí pro realizaci edukačních seminářů. Tak by mohla být zajištěna efektivní informovanost žen o dané problematice.

7. Seznam použité literatury

1. BOJAR, M., KUČERA, Z. SVĚŘÁKOVÁ, M. Inkontinence moči-psychosociální a ekonomické souvislosti. *Urologické listy*. 2004, č. 1, s. 20-24. ISSN 1214-2085.
2. CITTERBART, K., et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
3. DRAGOMIRECKÁ, E. Nemoc a kvalita života. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 8. ISSN 1210-0404.
4. DRNKOVÁ, A., NEJEPSOVÁ, M. Práce sestry v urogynekologické ambulanci. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, č. 7, s. 12-14. ISSN 1210-0404.
5. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FEYEREISL, J., et al. Operační terapie stresové inkontinence moči. *Postgraduální medicína: Urogynekologie*. 2003, roč. 5, č. 7, s. 899-902. ISSN 1212-4184.
7. HALASKA, M. Historie urogynekologie. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, č. 7-8, s. 3-4.
8. HALŠKA, M. Možnosti operační léčby v urogynekologii. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2003, č. 26, s. 17-20. ISSN 1214-7664.
9. HALASKA, M., et al. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
10. HOLÝ, P., DRIÁK, D. Ženské poruchy mikce: závažný sociální problém. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2004, č. 38, s. 20-22. ISSN 1214-7664.
11. HOŘIČKA, L. Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2007, roč. 17, 9, s. 6-8. ISSN 1210-0404.
12. HOŘIČKA, L. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2002, č. 38, s. 22-24. ISSN 1214-7664.

13. HRDÁ, I. Inkontinence moči TVT a TOT. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
14. CHLOUBOVÁ, H. Psychosociální problémy inkontinentních žen. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 4, s. 83-85. ISSN 1801-1349.
15. CHMEL, R. Močová inkontinence a uroinfekce u žen v postmenopauze. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2003, č. 38, s. 19-22. ISSN 1214-7664.
16. CHMEL, R. Současné možnosti léčby ženské močové inkontinence. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2002, č. 38, s. 19-21. ISSN 1214-7664.
17. CHMEL, R. Ženská močová inkontinence velmi frekventovaný symptom. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2002, č. 38, s. 16-18. ISSN 1214-7664.
18. JIRKOVSKÁ, L., TAKÁČOVÁ, M. Pacientka a sestra na urogynekologické ambulanci. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 9. ISSN 1210-0404.
19. JOBÁNKOVÁ, M., et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. Brno: NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
20. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 77s. ISBN 978-80-247-2171-2
21. KLEVETOVÁ, D. Péče o inkontinentní ženy. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 1, s. 18-20. ISSN 1210-0404.
22. KROFTA, L., et al. Konzervativní terapie inkontinence. *Postgraduální medicína: Urogynekologie*. 2003, roč. 5, č. 8, s. 890-898. ISSN 1212-4184.
23. KŘIVÁNKOVÁ, M. HRADOVÁ, M. *Somatologie: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2988-6.
24. MALINKOVÁ, M. Inkontinence moči z pohledu sestry. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 2, s. 32-34. ISSN 1210-0404.

25. MARTAN, A., et al. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. 1. Praha: Pan Med, s.r.o., 2001. 240 s. ISBN 80-903049-0-7.
26. OTČENÁŠEK, M. Mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2008, roč. 18, č. 6, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
27. PAZDEROVÁ, H. Onemocnění ledvin a močových cest. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 3-6. ISSN 1210-0404.
28. ROKYTA, R., et al. *Somatologie*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwert ČR, a.s., 2009. 260 s. ISBN 978-80-73-57-454-3.
29. SKŘIVÁNEK, A. Obezita v gynekologické ambulanci. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urologie*. 2009, č. 3, s. 24-26. ISSN 1214-7664.
30. ŠIMŮNKOVÁ, M. Inkontinence-poslední tabu?. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 20, s. 16-18.
31. VIKTRUP, L. et al. Ambulantní diagnostika močové inkontinence. *Gynekologie po promoci*. 2005, roč. 5, č. 1, s. 15-24. ISSN 1213-2578.
32. ZÁMEČNÍK, L. Hyperaktivní měchýř- jak na něj. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urologie*. 2009, č. 3, s. 22-23. ISSN 1214-7664.
33. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.
34. ZMRHAL, J. Diagnostické metody v urogynekologii. *Postgraduální medicína: Urogynekologie*. 2003, roč. 5, č. 8, s. 862-871. ISSN 1212-4184.
35. ZMRHAL, J. et al. Inkontinence u žen nejen ve vyšším věku. *Postgraduální medicína: Geriatrie*. 2008, roč. 10, č. 7, s. 753-759. ISSN 1212-4184.
36. Fakulta zdravotnických studií Ostrava (2006). Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci: *Edukace v ošetrovatelství. II. část*. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf> (Cit. 30. 7. 2010).

8. Klíčová slova

edukace

informovanost

inkontinence moče

komplexní řešení

porodní asistentka

únik moče

žena

9. Přílohy

1. Příloha 1: Dotazník
2. Maslowova hierarchie potřeb
3. Cviky svalů dna pánevního
4. TOT (transobturator tape), TVT(tension-free vaginal tape), Bulkamid

Příloha 1:

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Dita Jodasová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích. Píšu bakalářskou práci na téma „Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence“. Proto Vás prosím o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé práce. Za čas strávený s vyplněním dotazníku Vám předem moc děkuji

Zakroužkujte prosím, hodící se odpovědi. U vyznačených otázek lze zakroužkovat více odpovědí.

1) Kolik je Vám let?

a) do 30 let

b) 31-40 let

c) 41-50 let

d) 51-60 let

e) 61-70 let

f) 71 let a více

2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) vyučená

c) středoškolské

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

3) Bydlíte

a) v obci do 3000 obyvatel

b) v obci nad 3000 obyvatel

4) Kolikrát jste spontánně (vaginální cestou) rodila?

a) 1x

b)2x

c) 3x

d) vícekrát

e) nerodila jsem

5) Znáte pojem močová inkontinence?

a) ano

b) ne

6) Co si myslíte, že znamená přesně pojem močová inkontinence?

a) mimovolní (vůli nekontrolovatelný) únik moči b) zástava močení

c) noční pomočování d) časté močení

e) nevím

7) Kdy jste se setkala s pojmem močová inkontinence poprvé?

a) ještě před tím než jsem měla problémy s udržení moči

b) když jsem sama měla problémy s udržení moči

c) až když jsem navštívila gynekologickou ambulanci

8) Jak moc Vás únik moči obtěžuje v běžném životě?

a) neobtěžuje

b) ojediněle

c) někdy

d) často

e) stále

9) Jaké problémy Vám únik moči přináší?

(zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

	ANO	NE
mám problémy s pokožkou		
únik moči zasahuje do mého sexuálního života		
cítím se depresivně		
omezují příjem tekutin		
obávám se na delší dobu opustit domov		
mám obavu, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem		
jsem omezená ve svých zájmech a aktivitách		
únik moči mi vadí v pracovním procesu		
močové problémy narušují můj spánek		

10) Myslíte si, že problém s udržení moči je přirozenou součástí stáří?

a) ano

b) ne

c) nevím

11) Myslíte si, že únik moči je řešitelný?

a) operací, léky, cvičením svalstva dna pánevního

b) léky, operací, snížením příjmu tekutin,

c) psychoterapií, léky, rehabilitací

d) nevím

12) Kde jste se dozvěděla o možnosti léčby močové inkontinence?

a) z televize

b) z rozhlasu

- c) z internetu
- d) z časopisů
- e) ze zdravotnické literatury
- f) od praktického lékaře
- g) od ženského lékaře
- h) od porodní asistentky, zdrav.sestry
- ch) od přátel
- i) z jiného zdroj (uved'te, jakého)
- j) neznám žádné možnosti léčby

13) Jak dlouho Vás problém s únikem moči obtěžoval, než jste se obrátila na odbornou pomoc?

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

14) Koho jste jako prvního požádala o pomoc

- a) praktického lékaře
- b) zdravotní sestru
- c) ženského lékaře
- d) porodní asistentku
- e) někoho jiného (uved'te koho)

15) Pokud by se dal Váš problém s únikem moči vyřešit operačně, podstoupila byste ji?

- a) ano
- b) ne (proč?)

16) Používáte nějaký typ inkontinentních pomůcek?

- a) ano
- b) ne

17) Pokud ano, jaký typ inkontinentních pomůcek používáte? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) vložky
- b) vložkové plenky
- c) fixační kalhotky
- d) plenkové kalhotky
- e) jiné, (uved'te jaký).....

18) Co je výhodou na pomůckách pro inkontinentní?(zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) jistota
- b) pohodlnost
- c) účinnost
- d) přizpůsobivost
- e) jiná (uved'te jaká).....
- f) nepoužívám pomůcky

19) Co je nevýhodou na pomůckách pro inkontinentní?(zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) nedostupnost
- b) nepohodlnost
- c) finanční zátěž
- d) nedostatečný výběr
- e) jiná (uved'te jaká).....
- f) nepoužívám pomůcky

20) Jaké podání informací Vám nejvíce vyhovuje?

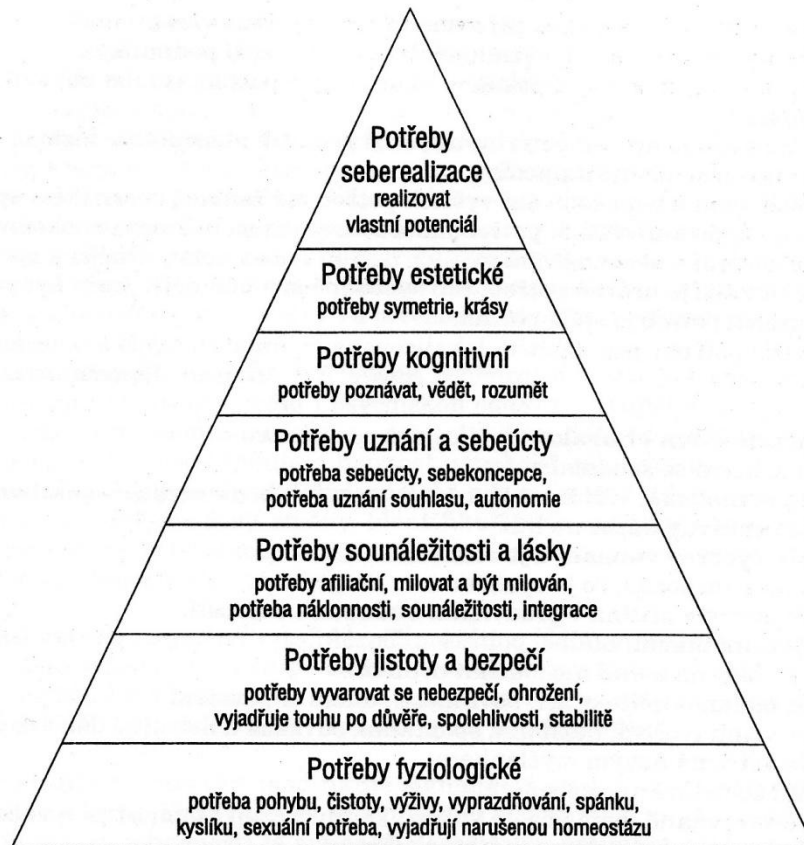
- a) přednáška
- b) zdravotnické tištěné letáky
- c) rozhovor
- d) jiné (uved'te jaké).....

zdroj: vlastní

Příloha 2 :

Maslowova hierarchie potřeb

obr. č. 1

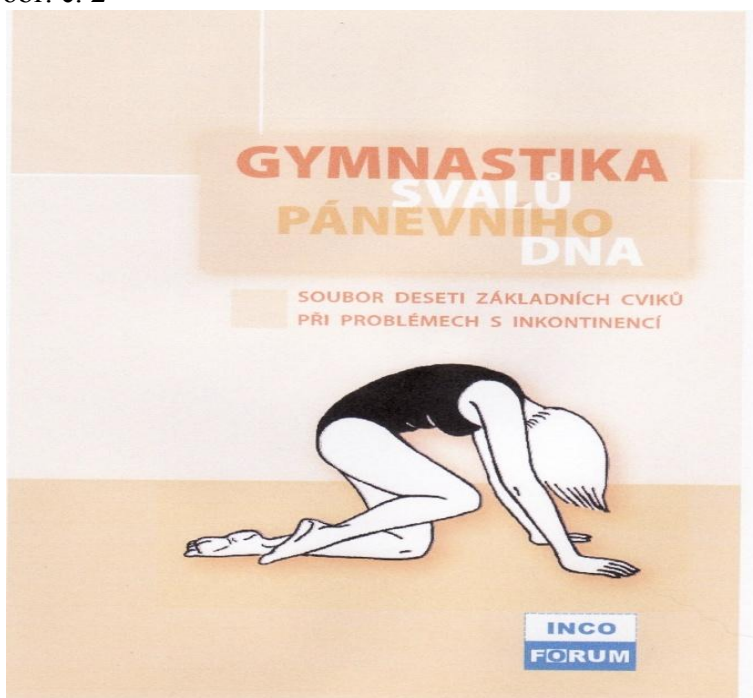


zdroj: Trachtová, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

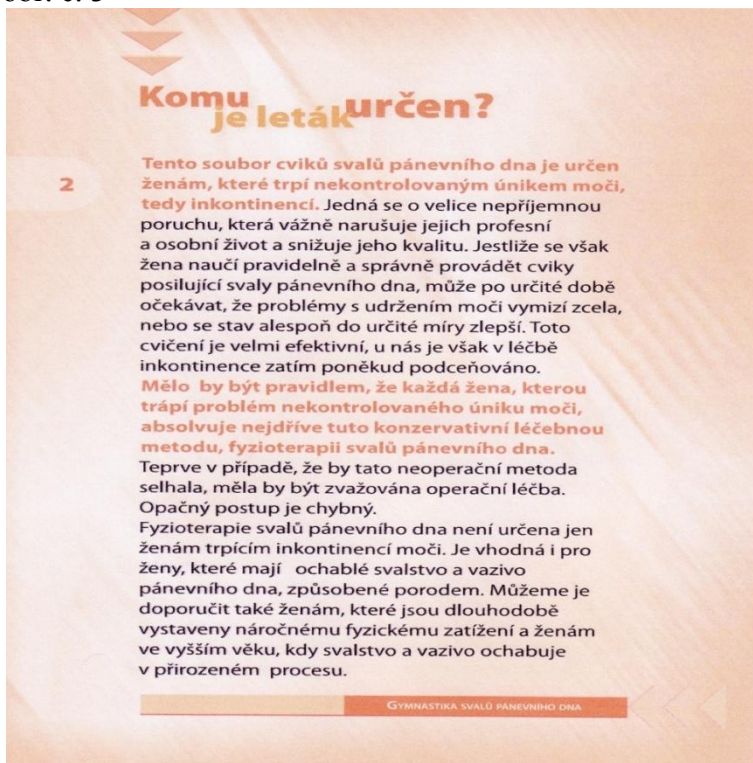
Příloha 3:

Cviky svalů dna pánevního

obr. č. 2



obr. č. 3



obr. č. 4

Co můžeme od léčby očekávat?

3

Výsledným efektem pravidelného provádění cviků, jež jsou popsány v následujícím textu, je posílení svalstva pánevního dna, které udržuje správnou polohu močového měchýře, zvláště jeho hrdla. Po několika měsících cvičení se žena může nechtěného unikání moči zcela zbavit nebo je alespoň výrazně snížit.

Posilování svalů pánevního dna má dvojitý efekt: může ženy zbavit nekontrolovaného úniku moči a zároveň může přispět ke zkvalitnění jejich sexuálních prožitků. Je nutno připomenout, že celkový pozitivně působící vliv gymnastiky svalů pánevního dna má širší dopad, a to především na sexuální život ženy. Autorem několika úvodních cviků je právě sexuolog, profesor A. Kegel, který objevil jistou souvislost mezi ochablostí svalů pánevního dna a kvalitou sexuálních prožitků u žen. Gymnastika svalů pánevního dna má kromě léčebného významu i preventivní význam. Tyto cviky by měla znát a pravidelně provádět každá žena, která chce předejít důsledkům ochabnutí svalových a vazivových struktur pánevního dna, nebo je alespoň oddálit a zmírnit.

Návodem ke gymnastice svalů pánevního dna je následující série deseti cviků, které mohou ženy samy provádět a rozvíjet tak, aby samy na sobě mohly sledovat jejich pozitivní efekt.

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

obr. č. 5

Kdy začít cvičit?

4

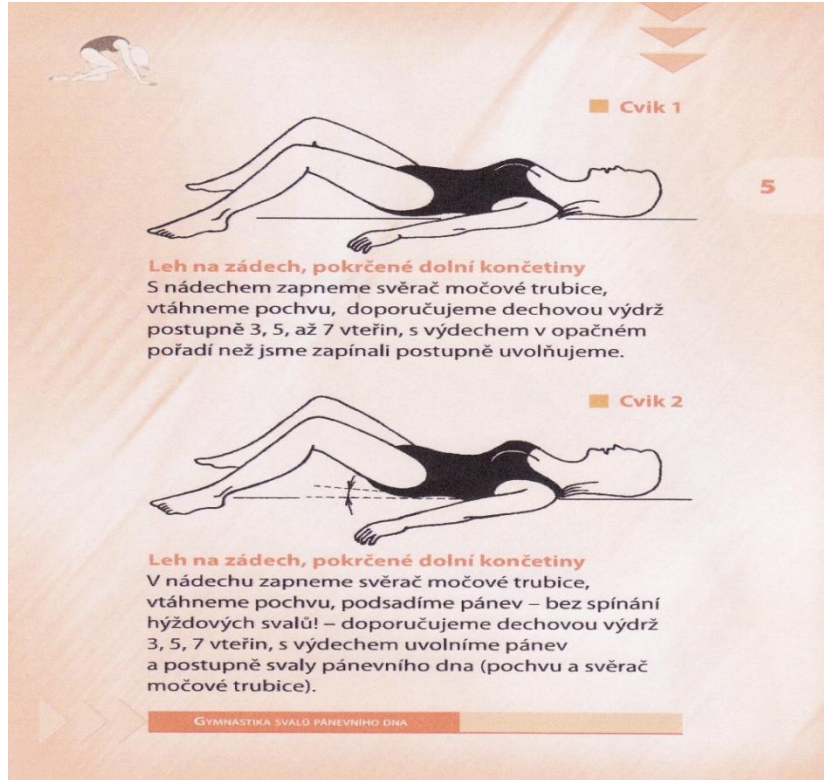
Pokud již žena trpí problémy s udržením moči, je nutno, aby nejprve navštívila svého lékaře – gynekologa. Ten ženu vyšetří a určí, jaký druh léčby je pro ni vhodný a zda je třeba svaly pánevního dna posilovat. Teprve potom, kdy je stanovena jasná indikace, by měla žena vyhledat zkušeného fyzioterapeuta a s jeho pomocí si „nacvičit“ správné provádění série cviků, které pak bude doma pravidelně cvičit.

Cviky 1-10

První dva cviky působí na svěrač močové trubice a svěrač pochvy. V dalších cvicích se soustředíme na svěrač konečníku i na ostatní svalové skupiny a na jejich vzájemnou koordinaci. Základem je výchozí nácvič vlastního cvičení zadržování svěrače močové trubice a vtahování pochvy. Lehněte si volně na záda na podložku a pokrčte kolena.

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

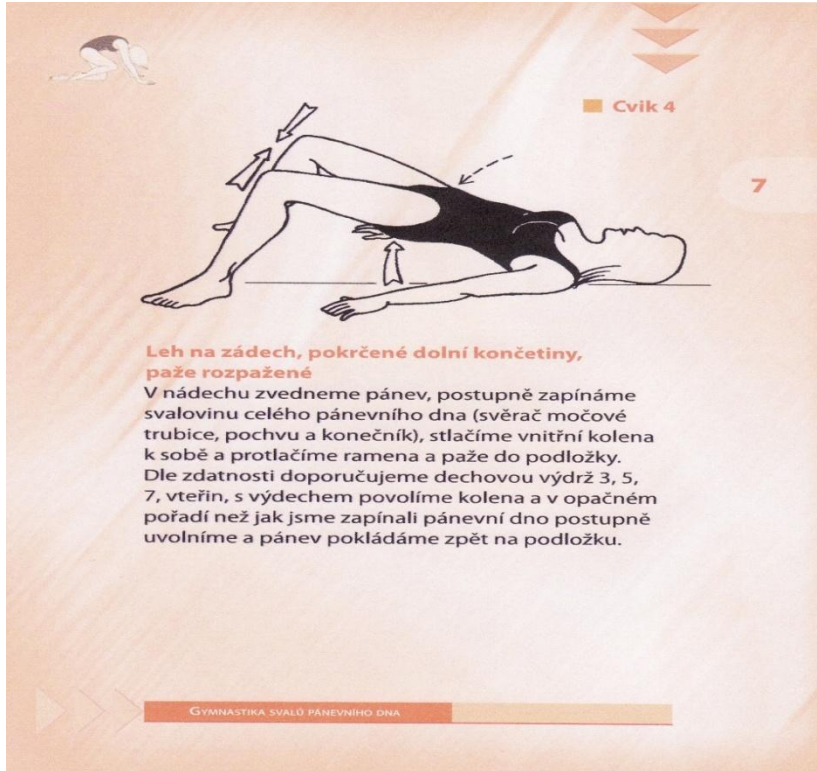
obr. č. 6



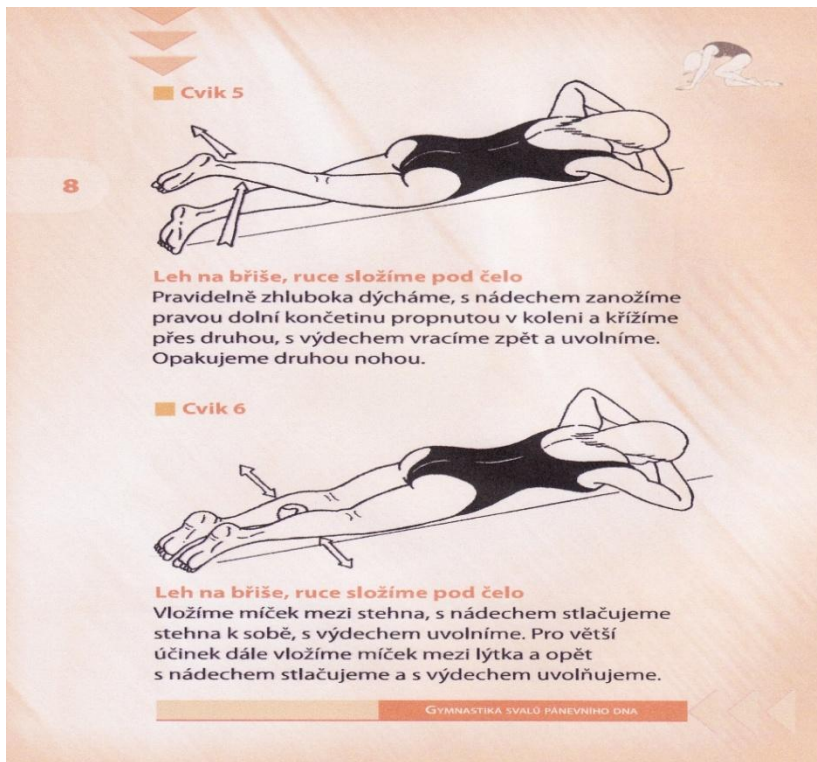
obr. č. 7



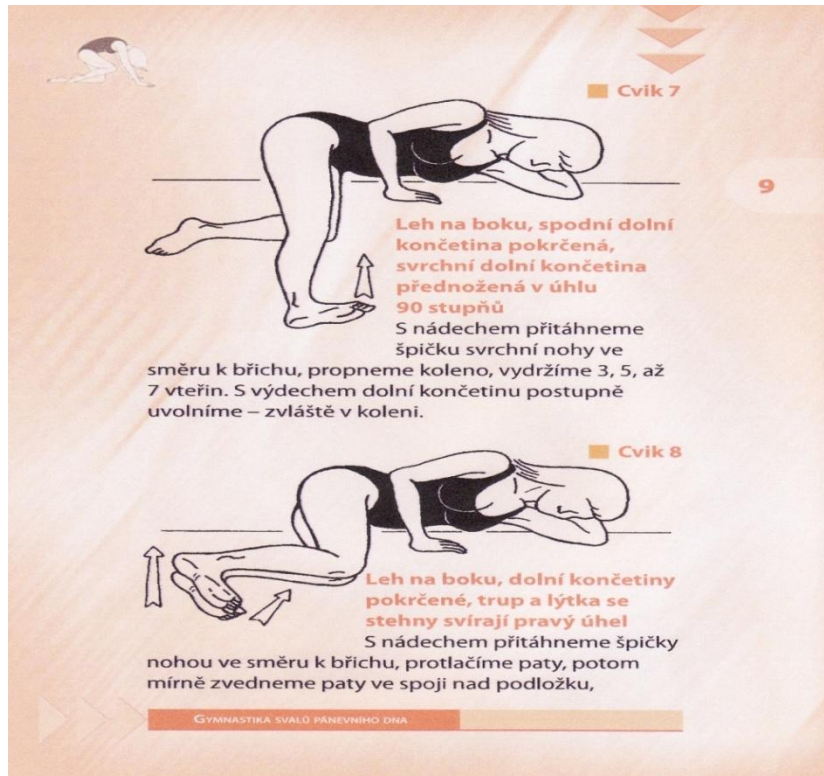
obr. č. 8



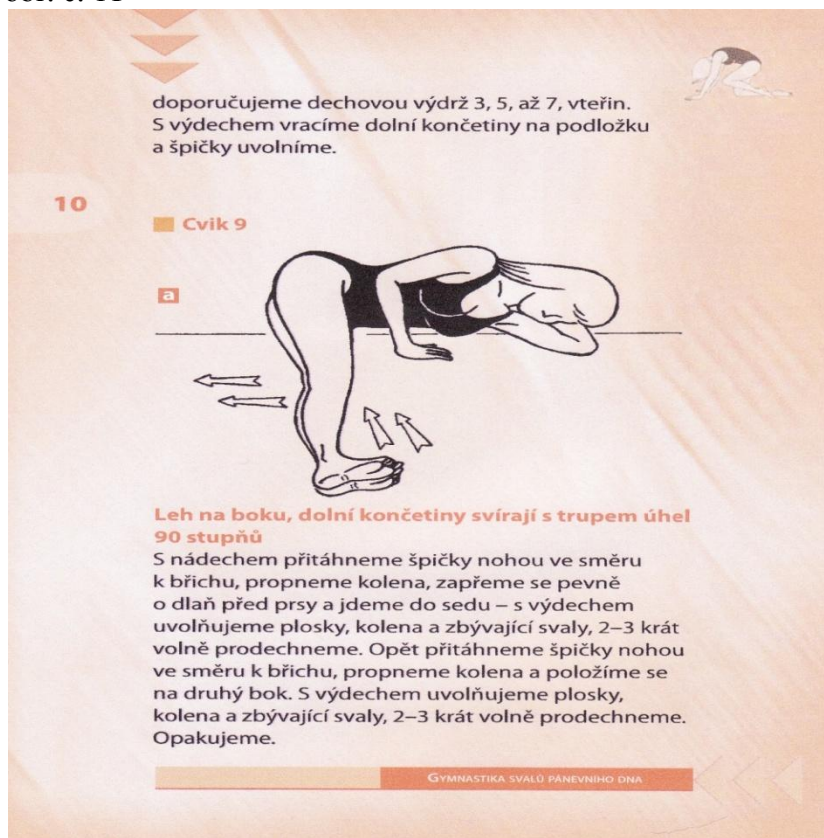
obr. č. 9



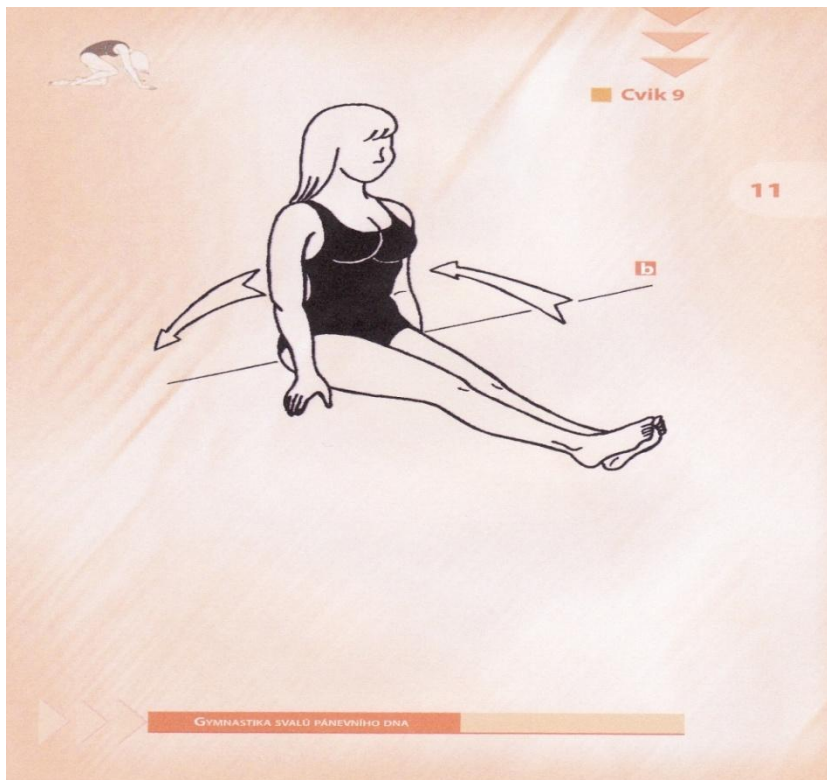
obr. č. 10



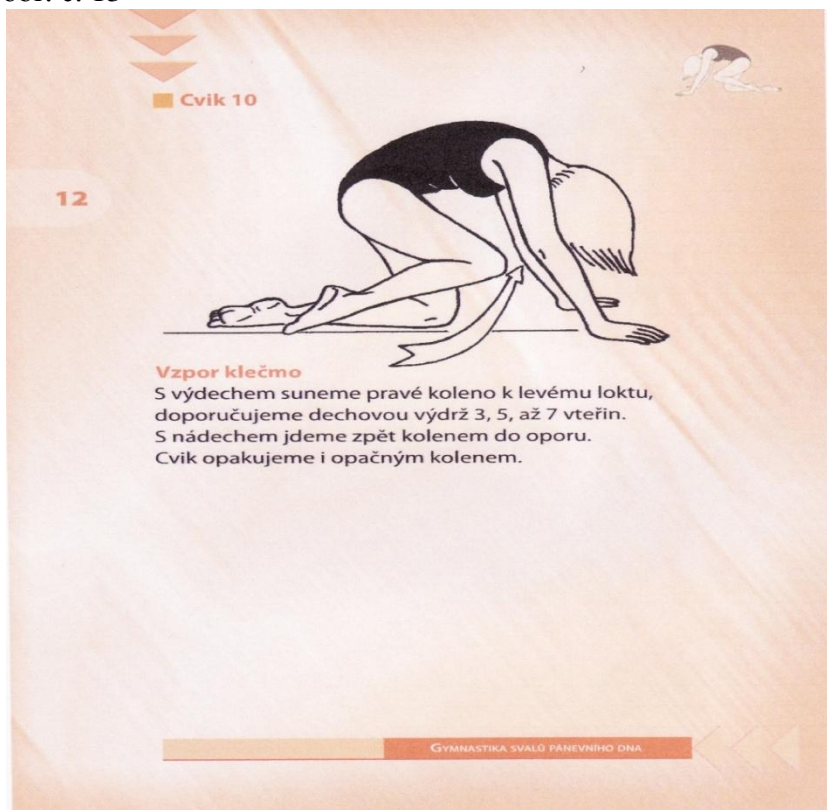
obr. č. 11



obr. č. 12



obr. č. 13



obr. č. 14

Doporučené zásady při gymnastice svalů pánevního dna:

13

- cvičíme denně, přičemž výchozí je náš současný zdravotní stav a konzultace s lékařem
- při cvičení dodržujeme předepsaný postup provádění cviků
- jednotlivé cviky opakujeme zpočátku 3 až 5×, později 5 až 10×
- cvičíme 10, 15 až 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců
- cvičíme koordinovaně s dechem, vdechujeme nosem a vydechujeme ústy
- dbáme na kvalitu prováděných cviků, nikoliv na jejich množství
- nikdy necvičíme těsně po jídle a při únavě
- před cvičením se vždy vymočíme
- cvičíme ve vyvětrané místnosti na lůžku, koberci, žíněnce apod. ve volném cvičebním oděvu
- svěrače močových cest posilujeme i během močení (během močení stahujeme svěrače – přerušujeme močení – a hned svěrače uvolníme)
- zásadně se řídíme pokyny ošetřujícího lékaře, fyzioterapeuta včas upozorníme na zdravotní změny během cvičení.

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

obr. č. 15

Cvičení je součástí širší aktivity ženy

14

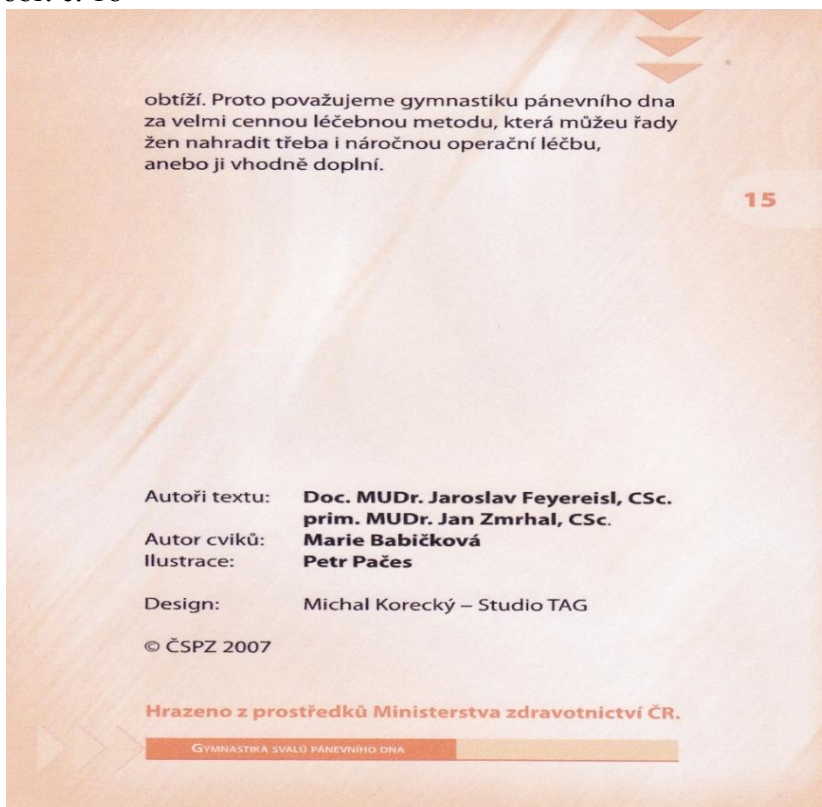
Předvedené cviky jsou pouze základem k léčebné gymnastice pánevního dna. Jejich intenzita, časování a celková zátěž záleží na individuálním léčebném plánu a zkušenosti zdravotnického týmu. Ze strany pacientky je rozhodující soustředění, motivace, fyzická zdatnost a pravidelnost cvičení.

Gymnastika pánevního dna řeší nejen problematiku inkontinence, ale také sestup rodidel, zlepšuje kvalitu sexuálního života a přispívá ke zlepšení kvality života ženy vůbec. Je také velmi vhodná pro ženy po porodu, kdy je rovněž žádoucí obnova porušených svalových a vazivových struktur a kdy se přechodně může objevit inkontinence moči. Kromě samotného cvičení klademe důraz na vhodnou životosprávu, úpravu diety, redukci tělesné hmotnosti, správný pitný režim a vhodné fyzické aktivity, např. plavání či jízdu na kole, zatímco aktivity jako míčové sporty, aerobik a aktivity jim podobné neúměrně zatěžují pánevní dno, a proto je ženám s inkontinencí moči a sestupem rodidel příliš nedoporučujeme.

Spolupůsobení všech uvedených zásad a metodicky správně prováděná cvičení pak ve velké většině případů vedou ke zlepšení či úplnému vymizení

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

obr. č. 16



obr. č. 17

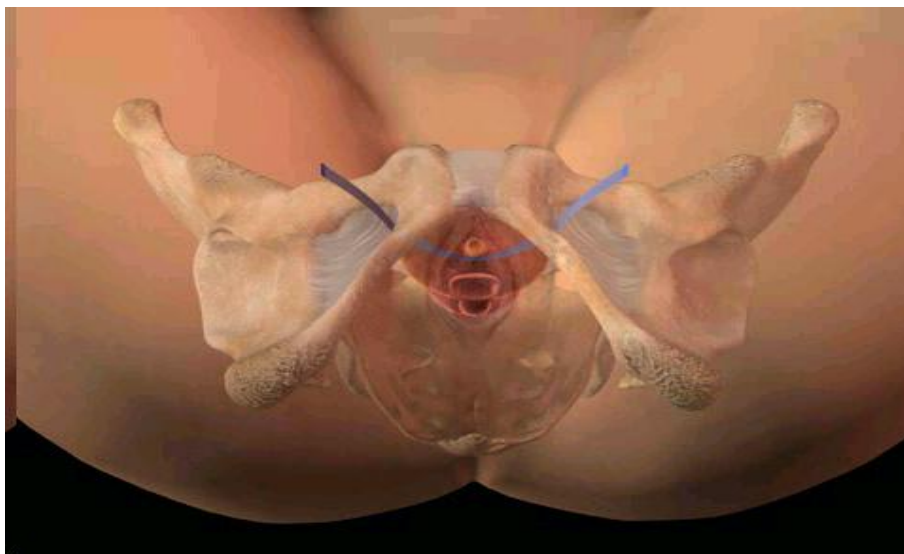


zdroj: www.pelvis-klub.cz

Příloha 4:

TOT (*transobturator tape*)

obr. č. 18



zdroj: Johnson & Johnson

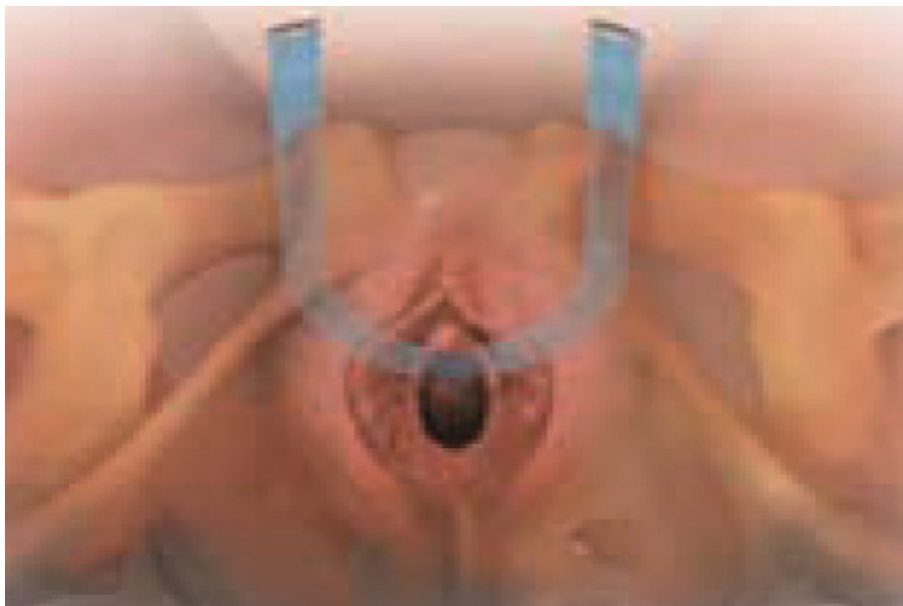
obr. č. 19



zdroj: vlastní

TVT(tension-free vaginal tape)

obr. č. 20



zdroj: Johnson & Johnson

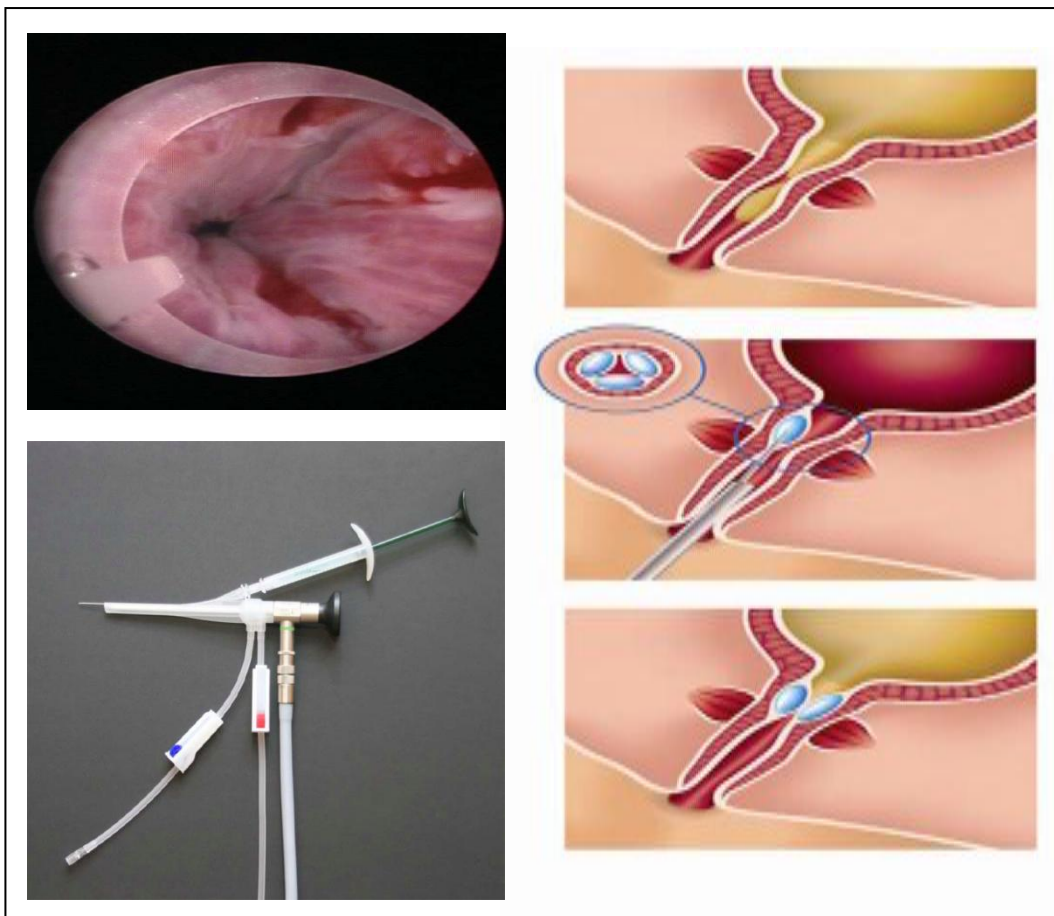
obr. č. 21



zdroj:vlastní

Bulkamid

obr. č. 22



zdroj: Johnson & Johnson