

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Kvalita života ženy s inkontinencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce

MUDr. Petr Linhart

Autor

Anna Němcová, DiS.

2011

Quality of life of women with incontinence

Incontinence, i.e. involuntary passing of urine, is a hygienic, as well as a social, economic and partnership problem. It is a symptom which has various causes. Women of all ages suffer from this symptom while the incidence rises with older age. Incontinence can even affect pregnant women and women after birth.

Urine incontinence affects the quality of life to a large extent. Although a number of ways exist of how to solve the problem, women are ashamed to openly speak about it. The task of the midwife is to provide female patients with all information concerning the reasons and the ways of how to cope with incontinence, and therefore to contribute to improve their quality of life.

The theoretical part focuses on the anatomy of urinary tract and urination physiology. Furthermore, it describes the types of incontinence, its reasons, diagnosis and the subsequent therapy. In its final part it describes the role of the midwife.

The practical part deals with the findings of the way of how incontinence influences affects a woman's life. Furthermore, it focuses on the way women are informed and where woman obtain information about incontinence. A qualitative survey, i.e. a method of enquiry and a technique of in-depth interviews was chosen to process the task and achieve the predetermined aims. A SEIQoL questionnaire was used as an additional method. The questionnaire compares the resulting values of the quality of life of women who have finished a course of treatment of incontinence with those still being treated at out-patient urogynaecological units.

The qualitative survey was conducted in the city of České Budějovice and its vicinity from 29th March to 13th April 2011. A total of 13 in-depth interviews were carried out.

There aims were set together with related enquiry questions. The purpose of the project was to find out how women regard the quality of their lives with incontinence, if they are well informed about their problem and where they obtained the information. The purpose of the work was to also compile an educational programme on how to

improve the quality of life of woman with incontinence involving the work carried by midwife. The SEIQoL questionnaire showed that the quality of life of women still suffering from urinary incontinence further deteriorates in comparison with that of woman who has been cured. The assessment of the quality of life of women suffering with incontinence should not just be dealt with in scientific articles or research. They should be more sympathetic and assist women in their uneasy situation more than in the practice today. In this respect the education of midwives is extremely important and more attention should be devoted to it.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Kvalita života ženy s inkontinencí* 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, 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 a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích.....

.....

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce MUDr. Petru Linhartovi za cenné rady a trpělivost při zpracování této práce.

Dále všem respondentkám, které byly ochotné spolupracovat při výzkumné části bakalářské práce, a také mé rodině a přátelům za podporu během celého mého studia.

Obsah

1 Současný stav	5
1.1 Kvalita života	5
1.1.1 Měření kvality života	8
1.2 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce	8
1.2.1 Anatomie močových cest u ženy	8
1.2.2 Fyziologie mikce	10
1.3 Inkontinence moči	11
1.3.1 Klasifikace inkontinence moči (zjednodušená)	11
1.3.2 Stresová inkontinence	12
1.3.3 Urgentní inkontinence	12
1.3.4 Reflexní inkontinence	13
1.3.5 Paradoxní inkontinence	13
1.4 Příčiny močové inkontinence	14
1.4.1 Rizikové faktory	14
1.4.2 Vliv těhotenství a porodu na vznik močové inkontinence	15
1.5 Diagnostika močové inkontinence	17
1.5.1 Anamnéza a vyšetření	17
1.5.2 Zobrazovací vyšetřovací metody	19
1.5.3 Urodynamické vyšetření	20
1.6 Léčba močové inkontinence	21

1.6.1	<i>Léčba stresové inkontinence moči</i>	21
1.6.2	<i>Léčba urgentní inkontinence moče</i>	24
1.7	Role porodní asistentky v péči o inkontinentní ženu	26
2	Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1	Cíl práce	30
2.2	Výzkumné otázky	30
3	Metodika	31
3.1	Metodika výzkumu	31
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	33
4	Výsledky	34
4.1	Interpretace rozhovorů žen s močovou inkontinencí	34
4.1.1	<i>Respondentka č. 1</i>	34
4.1.2	<i>Respondentka č. 2</i>	35
4.1.3	<i>Respondentka č. 3</i>	37
4.1.4	<i>Respondentka č. 4</i>	39
4.1.5	<i>Respondentka č. 5</i>	41
4.1.6	<i>Respondentka č. 6</i>	42
4.1.7	<i>Respondentka č. 7</i>	43
4.1.8	<i>Respondentka č. 8</i>	45
4.1.9	<i>Respondentka č. 9</i>	46
4.1.10	<i>Respondentka č. 10</i>	48
4.1.11	<i>Respondentka č. 11</i>	49
4.1.12	<i>Respondentka č. 12</i>	50
4.1.13	<i>Respondentka č. 13</i>	52

4.2	Interpretace výsledků z dotazníku SEIQoL	54
4.3	Edukační program, jak zvýšit kvalitu života žen s inkontinencí z hlediska porodní asistentky	60
4.3.1	<i>Školení odborníkem v oblasti močové inkontinence.....</i>	<i>61</i>
5	Diskuse.....	63
6	Závěr.....	68
7	Seznam použité literatury.....	71
8	Klíčová slova.....	75
9	Přílohy.....	76

Motto: „Non enim vivere bonu mest, sed bene vivere.“

„Je dobré nikoliv pouze žít, nýbrž dobře žít.“

Seneca

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se močovou inkontinencí. Inkontinence je bio-psycho-sociální problém, který postihuje velké procento žen. Jejich život je ovlivněn v mnoha oblastech: psychické, fyzické, sociální, v partnerském soužití i v zaměstnání. Mnohé ženy se vzdávají svého dosavadního stylu života. Přestávají společensky žít, uzavírají se do sebe a dochází u nich k poškození jejich sociálních vazeb, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav, který zvyšuje nemocnost ve společnosti.

Bohužel i v dnešní době je téma močové inkontinence v naší společnosti tabu. A to nejen pro ženy, které inkontinencí trpí, ale také pro zdravotníky. Únik moči je pro ženy velmi intimní záležitostí, a proto je pro některé z nich obtížné se s problémem svěřit. Zvláště pak pro starší ženy, které svůj stav připisují věku a považují ho za fyziologický proces provázející stáří. Proto je důležité nebát se o tématu otevřeně hovořit a postiženým ženám nabídnout pomoc. A to nejen informovat je o možnostech diagnostiky a léčby, které jsou v dnešní době dostupné a nenáročné, ale také jim ukázat zájem o jejich osobu a jejich problém. Podstatné je navázat správný vztah klient – zdravotník, který napomůže k větší důvěře, a následně lepší spolupráci v řešení močové inkontinence.

Problém močové inkontinence je názorný příklad toho, jak může zdravotní sestra či porodní asistentka svou empatií, vstřícností, trpělivostí a především informovaností pozitivně ovlivnit kvalitu života ženy s inkontinencí. Právě porodní asistentka může být tím důležitým pojítkem mezi klientkou a lékařem.

O existenci močové inkontinence jsem věděla z výuky, ale zajímalo mě, jak tento skrytý problém ovlivňuje ženu v jejím životě a jak se mění jeho kvalita. Proto

jsem si zvolila kvalitativní výzkumné šetření a mohla se tak se ženami trpící močovou inkontinencí setkat osobně a vyslechnout jejich příběhy. Zajímalo mě, co přimělo ženy se s problémem svěřit lékaři, kdy tak učinily, jestli a případně kde si informace o inkontinenci zjišťovaly. Pokud ano, zda jim pomohly k vyřešení problému s únikem moči.

1 Současný stav

1.1 Kvalita života

Kvalita života, neboli „jakost“, vyjadřuje charakteristický rys toho, o čem se hovoří, čím se daný předmět odlišuje od druhého jedince, či od skupiny jedinců. Můžeme hovořit o kvalitě života jedince, dvojice lidí např. mezi dvěma přáteli, v manželství, ve vztahu nadřízený – podřízený, učitel – žák nebo také o kvalitě života lidí v malé i velké skupině či přímo oblasti jakou je např. stát či celý kontinent. Kvalitu života může zkoumat jedinec nebo skupina lidí, kterým jde o konkrétní skupinu lidí, např. dětí nebo o skupinu lidí, kteří trpí stejným onemocněním.

Křivohlavý definuje pojem kvality takto: „*Slovo kvalita je odvozeno od latinského qualis a to zase od kořene qui – „kdo?“ ve významu „kdo to je?“, případně „jaké to je?“.* V češtině kořen slova *Kdo* – „k“ nás vede ke slovům typu „kéž“ či „kýžený“, tj. *žádoucí stav.*“ (10, s. 9).

Definice kvality života není jasně určená. Stanovení všeobecně akceptovaného pojmu je komplikována pojmy, jako je „sociální blahobyť“ a „lidský rozvoj“. Ty jsou používány jako ekvivalentní termíny. V nezákladnějším smyslu slova lze chápat kvalitu života jako důsledek působení různých faktorů. Mezi nejdůležitější faktory patří sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, duševní a emoční stav a pocit celkové pohody. Vzájemným působením tak ovlivňují rozvoj jedinců i celé společnosti. Světová zdravotnická organizace definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody“. (11, 27)

1.1.1 Měření kvality života

Kvalita života je obvykle měřena pomocí dotazníků, které buď respondent vyplňuje sám, nebo jako součást strukturované konzultace. Dotazník by měl obsahovat oblasti zájmů, jejichž popis nás informuje o jednotlivých aspektech zdraví a kvality života. Obvykle se jedná o tyto oblasti: fyzické funkce (pohyblivost, sebepéče, cvičení), emoční funkce (strach, obavy), sociální oblast (intimní oblast, zájmy, kontakty), práce (zaměstnání, péče o domácnost), bolest, spánek a specifické dotazy na konkrétní problém. (11, 14)

Kromě klinických aplikací je měření kvality života důležité i z ekonomického hlediska, konkrétně pak při rozdělování finančních prostředků ve zdravotní péči. Ekonomický dopad péče o kontinenci je velký, avšak jen těžce kvantifikovatelný. Kromě výpočtu jednotlivých zdravotních výkonů a používaných absorpčních pomůcek, nebyla v ČR provedena analýza ekonomických dopadů inkontinence. Proto jsou nutné průzkumy, které srovnají potřeby a výsledky léčby u různých zdravotních obtíží a tím zhodnotit přerozdělování finančních prostředků. (11)

1.2 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce

1.2.1 Anatomie močových cest u ženy

Močový měchýř (*Vesica urinaria*) je dutý orgán uložený v malé pánvi. Jeho stěna je tvořena ze tří vrstev: sliznice, podslizniční vazivo a svalovina, která se nazývá detruzor. Detruzor je tvořen třemi vrstvami, z nichž ve vnitřní a vnější vrstvě probíhají svalová vlákna podélně a ve střední vrstvě příčně. K mikci a následnému vyprázdnění močového měchýře dochází v mikční fázi pomocí kontrakce detruzoru. Na spodní straně močového měchýře leží tzv. trigonum, které se nachází mezi vnitřním ústím močové trubice a oběma uretrálními ústími. (24)

Močový měchýř, jehož kapacita je 400–600 ml, má funkci rezervoáru, kde se shromažďuje moč a funkci vyprazdňovací, kdy moč vypuzuje do močové trubice. Při objemu 300–400 ml začíná pocit nucení na močení. Na uzávěru močového měchýře a močové trubice se podílí struktury, které kladou aktivní či pasivní odpor. Tím je zajištěna kontinence. (5, 36)

Ženská močová trubice (Uretra) je přibližně 4 cm dlouhá, lehce zahnutá pod dolní okraj symfýzy. Svalovina močové trubice je tvořena jak z hladkých vláken, které přestupují z detruzoru, tak i z vláken příčně pruhovaných, které tvoří zevní svěrač uretry. V močové trubici je v proximálních dvou třetinách vrstevnatý přechodný epitel, který distálně přechází v nerohovějící vrstevnatý dlaždicový epitel, jež je pokračováním epitelu poševního introitu. Hranice epitelů se s věkem mění v souvislosti se změnou hladiny estrogenu, což je dááno do souvislosti se změnami v uzávěrovém mechanismu močové trubice ve stáří. Močová trubice je zásobena z aa. vesicales inferiores a a. vaginalis, která je větví a. uterina. Vnější část uretry je zásobena z a. pudenda interna. (24, 30)

Pánevní dno se skládá ze dvou částí: *diafragma pelvis*, která je tvořena musculus levator ani z pars pubica, pars ilica a mucus coccygeus a *diafragma urogenitale*, jejíž vazivová struktura jde od symfýzy ke kostem sedacím a vlákna jsou fixována v perineu. Diafragma urogenitale přispívá k udržení pozice uretry, vesikouretrální junkce a baze močového měchýře. Tyto svaly napomáhají pánevnímu dnu odolat zvýšenému intraabdominálnímu tlaku a vlivu gravitace. (4, 30)

Pochva (Vagina) sousedí s dolním močovým ústrojím a má tedy velký význam pro diagnosu a léčbu močové inkontinence. Pochva je fibromuskulární dutý orgán jdoucí od cervixu dělohy až k introitu. Avaskulární prostory, které k ní přilehají, dávají pánevním orgánům možnost posuvu a tím jejich funkci, ale při jejich traumatismu, zejména při vaginálním porodu, může dojít k patologickým změnám polohy pochvy. Což může mít za následek močovou inkontinenci. (4)

Inervace dolních močových cest je trojí: parasymptická, symptická a somatická. Spinální mikční centrum se nachází v míšních segmentech S2-S4, čemuž

odpovídá skelet obratlových těl Th12-L2. Močový měchýř je inervován parasympatickými motorickými vlákny n. pelvicius, diafragma urogenitale a zevní svěrač je inervován n. pudendus. Během plnění měchýře je napětí stěny měchýře přenášeno senzoricými nervovými drahami k jádrům ve spinální míše a dále do kortikálního řídicího centra. Zde probíhá přepojení na motorické neurony. (5)

1.2.2 Fyziologie mikce

Činnost močového měchýře a uretry nelze studovat odděleně, jelikož vytváří funkční jednotku. První fáze je *plnicí*, kdy jen nepatrně stoupá intravezikální tlak. Zvětšujícím se objemem stoupá i napětí svalových vláken. Z plnicího se měchýře jdou podněty do detruzorového jádra mikčního centra. Při vyšším intravezikálním tlaku či při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku dojde ke zvýšení tonu zevního svěrače, což vede také ke zvýšení uretrálního odporu. Následuje fáze *vypuzovací*, kdy je mikční reflex vyvolán podněty z močového měchýře. Přibližně 5–12 sekund před mikcí pánevní dno i zevní svěrač relaxuje. Tím dojde k poklesu uretrovezikálního spojení, baze má nálevkovitý tvar, uretra se zkrátí a její vnitřní ústí se rozšíří. Vnitřní vrstva detruzoru se kontrahuje a dále pootvívá vnitřní ústní uretry. Kontrakce trvá až do úplného vyprázdnění. Následně se kontrahuje zevní svěrač, zbytek moči z proximální uretry se vyprázdní zpět do močového měchýře, hrdlo se uzavře a detruzor relaxuje. Volní přerušování mikce je způsobeno kontrakcí zevního příčně pruhovaného svěrače. Tím se výrazně zvýší uretrální odpor ve středu uretry a proud moče se přerušuje. Relaxace detruzoru nastává o něco později. (31, 41)

1.3 Inkontinence moči

Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci – ICS je inkontinence definovaná jako: „nekontrolovatelný únik moči, který je objektivně prokazatelný, a je to sociální a hygienický problém“. (1, s. 3)

Některé studie prokazují, že téměř 50 % žen má někdy problémy s udržení moče a nezávisle na věku 15–30 % žen je močovou inkontinencí ovlivněno ve všech oblastech svého života. Podle odhadů více jak 50 % inkontinentních žen nikdy nevyhledá lékaře, nebo se k tomu odhodlají až po mnoha letech. Ženy dávají dlouho přednost používání hygienických pomůcek před návštěvou odborníka. (10, 29, 30, 33)

Termín inkontinence moči označuje:

- *příznak* – symptom, kdy žena konstatuje mimovolnou ztrátu moči
- *projev* – sign, tj. objektivní průkaz ztráty moči
- *stav* – condition, kde je urodynamický průkaz ztráty moči (2)

1.3.1 Klasifikace inkontinence moči (zjednodušená)

1. Uretrální inkontinence

- a) stresová inkontinence
- b) urgentní inkontinence
- c) smíšená inkontinence
- d) reflexní inkontinence
- e) paradoxní inkontinence

2. Extrauretrální inkontinence

- a) kongenitální (ektopický ureter, extrophia vesicae)
- b) získaná (píštěle) (31)

1.3.2 Stresová inkontinence

Jde o pasivní únik moči způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku, který převáží nad uzávěrovým tlakem v uretře bez kontrakce detruzoru. Může se tak stát nejčastěji při kašli, smíchu, kýchnutí, zvednutí břemene, běhu, chůzi. Příčinou je změna polohy uretrovezikálního spojení a snížená uzávěrová schopnost uretry, která závisí na stavu hladké svaloviny, na příčně pruhovaném svěrači, na stavu mukózy a submukózy a na její vaskularizaci, a následně jejich porucha fixace k pánevním strukturám. Dále pak na podpůrné funkci svalů pánevního dna a dalších faktorech. Podle některých prací je příčina inkontinence v defektním přenosu intraabdominálního tlaku na proximální uretru. Poruchou fixace přední poševní stěny po obou stranách uretry k zadní ploše stydké spony se vezikouretrální spojení a proximální část uretry stane příliš pohyblivé. Při hypermobilitě uretrovezikálního spojení se při stresu nepřenese zvýšený intraabdominální tlak na uretru, a tím dojde k převýšení intravezikálního tlaku nad intrauretrálním tlakem.

Je patrné, že příčinou stresové inkontinence není jen jeden faktor, ale naopak, je multifaktoriální. Proto také terapie musí být spoluprací různých lékařských oborů. (5, 8, 30, 31, 33, 41)

1.3.3 Urgentní inkontinence

Dle organizace ICS je urgentní inkontinence definována jako každý nechtěný únik moči spojený s imperativním nucením na močení. Podíl žen s čistou urgentní inkontinencí je nejčastěji uváděn kolem 30 %. U 20 % inkontinentních žen jde o kombinaci urgentní a stresové inkontinence, tedy o inkontinenci smíšenou. Urgentní inkontinence má dvě formy. U *motorické formy* jde o únik moči způsobený hyperaktivitou detruzoru. Uzávěrový mechanismus je plně funkční. Tato forma urgentní inkontinence je způsobena primární nedostatečností mozkové kontroly mikčního reflexu. Žena nemůže mikčcí reflex potlačit a musí nucení vyhovět. U *senzorické formy*

je mikční reflex vyvolán hypersenzitivitou receptorů detruzoru. Vyskytuje se při nádoru, cystolitiáze či cystitidě. V těchto případech jsou proprioceptivní receptory stimulovány ve stěně, takže je mikční reflex vyvolán minimálními podněty i při malém plnicím objemu. Příčiny urgentní inkontinence nejsou zcela jasné a názor jednotlivých autorů není jednotný. Někteří autoři vidí příčinu urgentní inkontinence v poklesu poševních stěn. Vycházejí z toho, že po operaci prolapsu a descensu urgentní inkontinence mizí. Naproti tomu je pro většinu autorů urgentní inkontinence kontraindikací operace. (5, 31, 41)

1.3.4 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence vzniká jako následek neurologického onemocnění nebo poranění mozku nebo míchy. Při onemocnění či porušení centrálního nervového systému ztrácí pacientka vědomou kontrolu mikčního reflexu. Ten následně probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce nastává bez pocitu nucení na močení. (17, 31)

1.3.5 Paradoxní inkontinence

Paradoxní inkontinence vzniká zpravidla jako následek zúžení močové trubice, například jako následek descensu přední poševní stěny a tím zaškrcení uretry, či při neurologických onemocněních. Nechtěný únik moči je způsoben, „přetékáním“ z přeplněného, maximálně rozepjatého močového měchýře. (31)

1.4 Příčiny močové inkontinence

Abnormality močového měchýře – jeho *zvýšená aktivita*, která způsobuje mimovolní kontrakce detruzoru. Dále pak *hyperreflexie detruzoru*, která je zpravidla způsobena neurologickou příčinou, jako je CMP, Parkinsonova choroba, mozkový nádor, atd. nebo *instabilita detruzoru*, která je bez neurologické příčiny a je vyvolána stavy po radikálních operacích v pánvi, TBC-cystitis, dlouhodobě zavedený katétr, konkrement, iradiační cystitida nebo nádor močového měchýře.

Abnormality svěrače mohou být způsobeny *hypermobilitou močové trubice* při abnormálním přenosu tlaků nebo *nedostatečností svěrače*, kdy má uzávěrový mechanismus sníženou funkci bez ohledu na polohu.

Dalšími možnými příčinami jsou ochablost svalů pánevního dna, stárnutí, porody, operace v oblasti pánve, operace a jizvení močové trubice, stavy po ozáření, hypoestrogenní stavy. (5)

1.4.1 Rizikové faktory

Rizikových faktorů pro vznik inkontinence je mnoho. Ať už se jedná o rasu, kulturu, pohlaví či anatomické, neurologické a svalové abnormality, nebo o těhotenství, porod či vedlejší účinky chirurgických zákroků, nejedná se většinou jen o jednu příčinu, která by inkontinenci způsobila. Příčinu inkontinence je nutno hledat ve více faktorech. Například je známo, že ženy v Africe a Asii, které porodily 10–15×, nemívají známky descensu. Příčinou může být zřejmě jiný sklon pánve a jiná kvalita pojivové tkáně.

Jedním z faktorů je také nedostatek pohybu a obezita. Při zvýšení BMI již o 5 % se zvyšuje riziko inkontinence o 60–100 %. Obézní ženy trpí stresovou inkontinencí 4,2× více a urgentní inkontinencí 2,2× ve srovnání se ženami s normální hmotností. Redukce váhy je jedním z nezbytných požadavků na začátku léčení. Samotné snížení

váhy dokáže mnohdy odstranit příznaky stresové inkontinence. Pokud je nutné operační řešení a váha není redukována, hrozí 2× vyšší riziko, že operace nebude úspěšná.

Nutné je i omezení kouření nebo jeho úplná abstinence. Kuřačky mají 2–5× častěji příznaky stresové inkontinence než nekuřačky. Je to způsobené jejich častějším, úporným kašlem.

Mezi další rizikové faktory patří těžká manuální práce, obstipace, plicní onemocnění, infekce močových cest, neurologická onemocnění, menopauza, léky. (5, 39, 41)

1.4.2 Vliv těhotenství a porodu na vznik močové inkontinence

Již samo těhotenství může mít vliv na kontinenci. V posledních týdnech před porodem dochází ke změnám pojivové tkáně cervixu, které umožňují jeho dilataci. To ovlivňuje i okolní pojivovou tkáň. V důsledku geneticky podmíněné metabolické abnormality se pojivová tkáň po porodu již nevrátí k původnímu stavu a ochabuje. Tím je způsobeno, že uretrovezikální junkce je hůře fixovaná a tím více mobilní. Podle různých studií se objevuje stresová inkontinence v průběhu těhotenství v 8–85 %. U velké části žen po porodu inkontinence opět mizí. Následkem porodu dochází často ke vzniku poranění nervových pletení, které zásobují pánevní orgány a svaly, zejména pak nervus pudendus. V roce 2006 našel Weidner známky denervace u 24 % žen po vaginálním porodu po šesti týdnech. V experimentálních studiích se udává, že dochází téměř vždy k poškození nervu při jeho prodloužení o více než 15 %. Při počítačové simulaci bylo spočítáno prodloužení některých nervových větví až o 35 %.

Při porodu dochází k poranění pánevního diafragmatu. Porod může ovlivnit kvalitu pánevního dna přímým traumatismem, kdy prostupující hlavička přespříliš dilataje porodní cesty a může dojít buď k roztažení, anebo porušení fixace pochvy pomocí endopelvicke fascie k arcus tendineus. Tato zranění jsou skrytá a hojí se vazivovou jizvou. Pokud jsou poranění drobná, nezpůsobují inkontinenci ihned, ale

může se projevit až po mnoha letech postupnou elongací závěsného aparátu. V případě velkého poranění pánevního dna je ovšem žena inkontinentní hned po porodu.

Mezi hlavní rizikové faktory, které se podílejí na rozvoji inkontinence moče stresového typu, patří vyšší hmotnost plodu, délka druhé doby porodní a operační vaginální porod (forceps). Naopak elektivní císařský řez působí na pánevní dno protektivně. Na druhé straně, pokud se císařský řez provede až na konci I. doby porodní a porod trvá dlouho, může i tak dojít k poranění nervu, přestože rodička ještě netlačila. Existují odhady, že k uchránění jedné ženy po vaginálním porodu od rozvoje prolapsu by bylo nutné učinit devět zbytečných císařských řezů. Přesto je na zvážení indikovat císařský řez u ženy prvorodičky starší 30 let s BMI nad 30 a s váhovým odhadem plodu nad 4000g.

Jsou různé názory na vliv episiotomie na vznik inkontinence moče a stolice či na její preventivně ochranný vliv. Existují sdělení, kde se udává větší výskyt anální inkontinence u porodů s episiotomií, ale také taková, kde se tento vliv nenachází. Například DeLencey se domnívá, že včasné provedená episiotomie s následným včasným provedením klešťového porodu, spíše poraněním brání, než aby je způsobovala. Avšak neexistuje skutečně vyčerpávající přehled literatury, kde by byl důkaz o tom, že rutinní užití episiotomie je prevencí poranění perinea, ruptury 3. stupně a močové inkontinence.

Jelikož je těhotenství a vaginální porod velkým faktorem pro vznik močové inkontinence, je třeba věnovat pozornost prevenci vzniku již v době těhotenství. Vhodné je cvičení na posilování pánevního dna, ať už s pomůckami nebo bez nich. Porod jako takový bychom měli vést šetrně a poporodní poranění pečlivě ošetřit. Důležitým obdobím je šestinedělí, kdy je třeba pánevní dno opět posílit cvičením. (5, 23, 35, 41)

1.5 Diagnostika močové inkontinence

Nejdůležitější v problematice inkontinence je správná diagnostika a následně správně zvolená léčba. K tomu slouží pečlivá anamnéza, laboratorní vyšetření, fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření palpační i v zrcadlech a klinické testy, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody. (5, 41)

1.5.1 Anamnéza a vyšetření

Anamnéza je jedna z nejdůležitějších. Mnoho žen se za únik moči stydí a se svými problémy se lékaři nesvěří. Je tedy na lékařích, sestrách či porodních asistentkách přistupovat k ženám tak, aby se nebály o inkontinenci hovořit. Proto přímý dotaz na močovou inkontinenci nesmí v anamnéze chybět.

Odebíráme *rodinnou anamnézu*, kde se dispozice k inkontinenci může projevit například vrozenými rozštěpovými vadami, či defektní pojivovou tkání. Pokračuje se *osobní a gynekologicko-porodnickou anamnézou*. Zde se zjišťují rizikové faktory, příjem tekutin, životní styl, užívání léků, onemocnění, prodělané operace. Podstatné je zjistit, kolik měla žena porodů, jak probíhaly, jaké bylo poranění a jak velké děti se narodily. Je důležité zhodnotit psychický stav ženy, sociální podmínky, ve kterých žije. Nutné je vyloučit jakékoliv infekční onemocnění, diabetes mellitus či neurologické onemocnění.

Velmi přínosný pro získání údajů je tzv. mikční deník, do kterého si žena zapisuje veškerý příjem tekutin a výdej moče za 24 hodin. Zároveň si žena zaznamenává četnost mikcí, případně počet úniků moči. Dále zjišťujeme, za jakých okolností žena moč neudrží, zda moč odtéká při kašli, kýchnutí, poskočení, smíchu, běhu, chůzi ze schodů, či v klidu. Měli bychom také zjistit, zda odtéká jen malé množství nebo moč veškerá, zda žena dokáže proud moči zastavit, či nikoliv. Jelikož je

inkontinence symptomem, který má mnoho příčin, může správně provedená anamnéza příčinu zjistit. (31, 41)

Základním *laboratorním vyšetřením* je chemické a mikrobiologické vyšetření moči a biochemické vyšetření séra ke zjištění renálních funkcí. Nedílnou součástí je i bakteriální stěr z pochvy kvůli častým infekcím. (5, 13)

Fyzikální vyšetření posuzuje celkový stav, hybnost, neurologickou symptomatologii. Patří sem i gynekologické palpační vyšetření a vyšetření v zrcadlech, při němž se hodnotí možný descensus či prolaps poševních stěn a dělohy či možné píštěle. (4, 41)

Další vyšetřovací metody a testy:

Marshallův test vyšetří, zda je žena inkontinentní. Měchýř se naplní 200 ml sterilní tekutiny, pokud není přirozeně naplněn, a sleduje se, zda při zakašlání náplň močového měchýře odtéká. Ve druhé fázi testu – *Bonneyho test* pak dvěma prsty vyždvihne parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, jestliže náplň při kašli neodtéká, zjišťujeme dobrý efekt antiinkontinenční operace.

Q-tip test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do močové trubice se zavede vatová štětka nebo plastická uretrální cévka ucpaná štětkou. Žena zatlačí jako na stolicí a při uvolněném vezikouretrálním spojení opisuje cévka či štětka polokruh směrem vzhůru. Pokud je exkurze cévky či štětky větší než 30 stupňů, je to považováno za patologické. Tento test slouží pouze k hrubé orientaci a v současné době je nahrazeno ultrazvukem.

Pad - weight test zjišťuje, jaká je ztráta moči. Žena váží vložky v určitém období, většinou jde o jedno nebo dvouhodinový test. Během testu vypije žena určité množství tekutiny a vykonává činnost, při které obvykle moč uniká, jako je chůze ze schodů, předklony, kašlání, mytí rukou ve studené vodě, běh na místě. Pokud se hmotnost vložky zvýší více jak o 2 g, je test pozitivní.

Stres test se provádí ve stoje. Žena se postaví s rozkročenými a pokrčenými nohama a lokty se opře o stůl. Tím vyřadí svaly pánevního dna. Pak žena silně zakašle. Pokud dojde k odtoku klinicky zjistitelného množství moči, jedná se o stresovou inkontinenci. (5, 31, 41)

1.5.2 Zobrazovací vyšetřovací metody

Ultrazvukové vyšetření v současnosti zcela nahrazuje zastaralá rentgenologická vyšetření. Tato metoda je dostupná na každém pracovišti, žena není zbytečně ozařována, většinou není katetrizována, je méně invazivní, a tudíž ho lépe snáší. K vyšetření se používá buď přístup perineální, introitální, vaginální, rektální nebo abdominální. Ultrazvuk umožňuje vizualizaci pánevních orgánů a lze zhodnotit, zda je léčba efektivní. Můžeme zjistit patologii v oblasti pánevního dna – paravaginální defekt, hypermobilitu uretry či měření postmikčního rezidua. Navíc je tato metoda oproti radiologickému vyšetření levnější. Nevýhodou je, že není možný celkový pohled na močový měchýř. Ultrazvuk společně s magnetickou rezonancí hraje, a zcela jistě bude hrát i v budoucnosti, dominantní úlohu nejen v diagnostice poruch pánevního dna, ale i prevenci. Odhalí pacientky, které budou ohroženy traumatem pánevního dna při vaginálním porodu a které budou následně indikovány k primárnímu císařskému řezu. (30, 41)

Magnetická rezonance je neinvazivní, neionizující metoda, která umožňuje statické i dynamické zachycení, což nás lépe informuje o struktuře a funkci močových cest. Zobrazuje měkké struktury a ligamenta v mnoha rovinách. Nevýhodou je, že toto vyšetření je finančně i časově náročné, a proto se využívá hlavně ke studijním účelům. (5, 41)

1.5.3 Urodynamické vyšetření

Urodynamika je nauka o shromažďování a transportu moči. Tato vyšetření nám poskytují informace o morfologických, fyziologických a hydrodynamických aspektech přenosu a jímání moči.

Cystometrie, ať už vodní či plynová, zkoumá vztah mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře, tlakem v močovém měchýři a tlakem v dutině břišní. Analyzuje funkci detruzoru a informuje nás o poruchách senzitivity. Výsledky jsou závislé na technických podmínkách, ve kterých měření provádíme. Cystometrie je ideální ke stanovení nestability detruzoru. Diagnostikuje, zda pacientka trpí stresovou či urgentní inkontinencí moče. (31, 41)

Uretrální tlakový profil nám určuje uretrální uzávěrový tlak. Tento tlak se ve stáří snižuje. Souvisí s deficitem estrogenů a tím s atrofií sliznice uretry a uretrálního svěrače. Pomocí profilometrie uretry vyšetříme, zda nevzniká inkontinence na podkladě insuficience svěrače uretry.

Metoda „*leak point pressure*“, která je součástí profilometrie, měří intravezikální tlak, při němž je překonán odpor uretry a dojde k odtoku moče. Využívá se obvykle katétr 8 F, maximální náplň močového měchýře a poloha v polosedě či v sedě. Ženu vyzveme, aby zatlačila jako na stolicí a v okamžiku, kdy unikne moč, odečteme intravezikální tlak.

Uroflowmetrie analyzuje kvalitativní a kvantitativní proud moče. Křivka hodnotí množství moče, které proteče uretrou za jednotku času (ml/s). Zjišťujeme eventuální intravezikální obstrukci, která by mohla omezit derivaci moče z měchýře a tím vést k hyperaktivní symptomatologii. (41)

Elektromyografie studuje elektrické potenciály vznikající depolarizací příčně pruhovaných svalů pánevního dna. Význam tohoto vyšetření stoupá ve spojení s ostatními urodynamickými metodami. (30, 41)

1.6 Léčba močové inkontinence

Léčba močové inkontinence by se měla skládat z jednotlivých na sebe navazujících kroků. Od nejméně invazivních až po chirurgické. Mezi možné léčebné postupy lze dnes radit změnu životního stylu, fyzioterapii, minimálně invazivní pomůcky, farmakoterapii, periuretrální implantáty a operační řešení. (40)

1.6.1 Léčba stresové inkontinence moči

Léčba stresové inkontinence by měla začít u co nejméně invazivního přístupu. V indikovaných případech, především u mírnějších stupňů inkontinence, může dosáhnout velmi dobré úspěšnosti.

Gymnastiku pánevního dna ICS definovalo jako opakovanou selektivní volní kontrakci nebo relaxaci určitých svalů pánevního dna. Tuto metodu zpopularizoval v roce 1948 Arnold Kegel. Cílem gymnastiky je posílit svaly pánevního dna a umožnit tak jejich plnou funkci. Nejlepších výsledků je jednoznačně dosahováno pod vedením školeného instruktora. Je důležité mít správnou techniku, neboť nesprávnou technikou může dojít ke zhoršení příznaků inkontinence. Musíme ženu upozornit, že výsledky se nedostaví hned, ale že poctivým a pravidelným cvičením může po několika měsících pocítit zlepšení. (8, 12, 26, 41)

K cvičení pánevního dna se mohou využívat různé *intravaginální pomůcky*. Jedná se například o vaginální kónusy, které jsou vyráběny z různých materiálů a mají různě těžké jádro. Kónus si žena zavede do pochvy a snaží se ho v ní udržet po dobu 15–30 minut každý den. Pokud žena dokáže kónus udržet, použije jiný o větší hmotnosti. Další pomůckou, ne zcela známou, je silikonový balónek s ruční pumpou tzv. EPI-NO, který má ukazatel tlaku – využívá se jako biofeedback. Nafouknutý balónek se díky svému proměnlivému tvaru optimálně přizpůsobí individuální anatomii každé ženy. (41)

Technika *biofeedbacku* je využívána k získání zpětné vazby, kde se využívá změn intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity. Při volní kontrakci svalů pánevního dna se tato změna zobrazí na přístroji opticky, akusticky či formou grafu. Principem metody je získat podvědomí o činnosti jednotlivých svalů a tím provádět cvičení kvalitně. (13)

Elektrostimulace má za cíl buď přímou indukci odpovědi na léčbu, nebo pokus o modulaci dysfunkce dolní části močového ústrojí. Efekt stimulace je způsoben především kontrakcí příčně pruhovaného svalu pánevního dna při zavádění vaginální sondy. Nevýhodou může být iritace poševní sliznice a dočasný efekt stimulace, který se skončením léčby odezní. (5, 30)

Pesaroterapie může být alternativou operačního řešení pro ženy, které nemohou podstoupit operaci, či u nichž nebylo po operaci dosaženo předpokládaného efektu. Úkolem pesarů je změnit anatomické poměry anebo zvýšit výtokový odpor močové trubice a tím odstranit příznaky stresové inkontinence. Pesary se vyrábějí z různých materiálů a v různých tvarech, ale nejlépe se hodí dva typy – kostkový a kruhový s uretrální olivkou. Je nutné poučit ženu o použití správné velikosti, nutnosti kontrol a extrakce.

Farmakoterapie u stresové inkontinence moči je dosti omezená. Existují přípravky zvyšující kontraktilní aktivitu vláken příčně pruhované svaloviny, ale v České republice dosud nejsou registrovány. Dobré výsledky má lokální či celková hormonální léčba u žen v menopauze. U pacientek, které nemohou podstoupit chirurgickou léčbu, mají příznivý vliv tricyklická antidepresiva. (11, 30)

Chirurgická léčba je považována za nejúčinnější léčbu stresové inkontinence. Na druhé straně se k operačnímu řešení rozhoduje lékař až po vyčerpání všech možností konzervativní terapie. Při volbě léčebného postupu musíme každou pacientku posuzovat individuálně. Je třeba vzít do úvahy věk, celkový zdravotní stav, sexuální život, zda chce žena ještě rodit či zda již byla v minulosti pro inkontinenci operována. Operace není život zachraňující výkon, a proto záleží jen na rozhodnutí ženy, jestli operaci podstoupí. (5, 41)

Operační techniky lze rozdělit do dvou základních skupin: závěsné suprapubické operace a vaginální, tzv. „sling“ operace. Ve speciálních případech je možné použít transuretrální aplikaci tzv. bulking agents. (25)

Přední poševní plastika má za cíl znovuobnovit postavení uretrovezikální junkce vytvořením pevného valu pod junkcí z urogenitálního diafragmatu. Tato operace je v různých úpravách dosud velmi frekventovanou operací, ale s úspěšností 50 % ji nelze považovat za operaci primárně řešící stresovou inkontinenci.

Donedávna první nejčastěji používanou operační metodou byla závěsná abdominální operace neboli kolposuspenze *podle Burche*. Její efekt spočívá v elevaci hrdla močového měchýře a proximální uretry pomocí 2–3 párů nevstřebatelných stehů. V současné době se používá především jako součást abdominálních operací a její efektivita je srovnatelná s operací pomocí volně uložené pásky. Burchova operace má nejlepší výsledky bezprostředně po operaci, ale velmi dobré výsledky se ukazují i po 10–15 letech, kdy se úspěšnost zákroku uvádí mezi 70–90 %. (5, 19, 33, 41)

V současné době je dosahováno největšího úspěchu miniinvazivní operací pomocí volně uložené pásky pod distální uretrou (TVT, TVT-O).

TVT (tension-free vaginal tape). Tato metoda využívá volně uloženou pásku cestou retropubickou, která je zcela bez tahu a napětí. Páska je vyrobena z nevstřebatelného síťově strukturovaného Prolenu, je zavedena pod distální část močové trubice speciálním zavaděčem z nerezové oceli, a tím vytváří podporu pro močovou trubici při zvýšení intraabdominálního tlaku. Technickou výhodou je samonosnost pásky, která do tkáně časem vrostle. Operace se může provádět ve svodné analgezií, je tudíž možná spolupráce pacientky, kdy lze nastavit tah pásky, a minimalizovat tak vznik pooperační urgencye. Již za několik hodin po operaci může žena odejít domů a rekonvalescence trvá obvykle dva týdny. Metoda TVT dosahuje až 90–95% úspěšnosti. Tato operace se provádí zejména při léčbě stresové inkontinence vzniklé na podkladě insuficience vnitřního svěrače uretry. (5, 19, 33)

TVT-O (transobturator tape). Tato metoda, která byla prezentována v roce 2003, zaznamenala velký evoluční krok ke zdokonalení páskových operací. Nový,

transobturatorní přístup v aplikaci pásky, eliminuje rizika spojená s aplikací v retropubickém prostoru u TVT, protože vedení zaváděcí jehly a pásky se vyhýbá oblasti močového měchýře a tím je bezpečnější. Výkon trvá 10–15 minut, lze provádět ambulantně a doba rekonvalescence je krátká. TVT-O použijeme v případě stresové inkontinence způsobené hypermobilitou uretry.

Bulking agents – moderní termín pro operace, kdy se látka aplikuje submukózně. Asi dva roky máme k dispozici Bulkamid – polyakrylamid, který se používá při léčbě inkontinence způsobené zejména insuficiencí svěrače.uretry Má výborné vlastnosti, není toxický, nemigruje, není odbouráván, je intaktní k organismu. Je vhodný pro ženy, které dávají přednost minimálně invazivnímu postupu před operací, dále pro ženy, u nichž inkontinence přetrvává i po předchozí operaci a pro mladší ženy v produktivním věku. Dlouhodobé zkušenosti zatím ale chybí. (22)

1.6.2 Léčba urgentní inkontinence moče

Terapie urgentní močové inkontinence je v první řadě konzervativní metodou, jejíž důležitou složkou je aktivní přístup ženy. Zajistit úspěch můžeme pouze zapojením komplexní léčby s úpravou životosprávy, cvičením kontroly močení a medikamentózní léčby. Mezi prvotní krok patří redukce hmotnosti, omezení přísunu kofeinu a cigaret a rovnoměrný přísun tekutin během dne, pití nesycených tekutin.

Cílem *behaviorální léčby* je obnovit volní kontrolu CNS nad aktivitou detruzoru močového měchýře. Důležitý je nácvik pravidelných mikčních návyků. Žena si minimálně jeden týden zapisuje jednotlivá močení během 24 hodin a postupně se snaží intervaly mezi mikcemi prodloužit. Tato léčba spolu s dalšími metodami vede ke zlepšení zvládnutí nucení a ke snížení frekvence močení. Bez aktivního přístupu ženy to však nejde. (33)

Farmakoterapie je dominantní léčbou urgentní inkontinence. Efekt medikamentózní léčby spočívá v potlačení kontraktility detruzoru, což vede ke zvýšení funkční kapacity močového měchýře.

Nejčastěji používané a neúčinnější jsou *parasympatolytika*, která ovšem mají řadu nežádoucích účinků, jako je pocit sucha v ústech, poruchy akomodace a zácpa. Častou kontraindikací je glaukom. V současné době se v první volbě využívají preparáty v kombinaci s anticholinergním a spasmolytickým účinkem. I přes nežádoucí účinky, které mají moderní léky značně redukováné vzhledem k vysoké selektivitě k receptorům močového měchýře, má parasympatolytická terapie v komplexní léčbě význam a je účinná. (16, 33)

Antagonisté kalcia jsou další alternativou, jak ovlivnit kontraktilitu svalové buňky. Látky blokující kalciové kanály tvoří různorodou skupinu léků, které ve svém důsledku tlumí zvýšenou aktivitu detruzoru.

Tricyklická antidepresiva působí současně centrálně a zároveň periferně, kde zvyšují intrauretrální tlak a podporují pokles intravezikálního tlaku. Lepšího účinku lze dosáhnout kombinací spolu s anticholinergiky nebo muskulotropními spasmolytiky. (5)

Psychoterapie má podle některých studií výrazný efekt v léčbě urgentní inkontinence. Zvláště pak zlepšení nykturie a urgentního nucení na močení.

Hormonální terapie, zejména estrogenní terapie, bývá využívána u žen v peri- a postmenopauze. Ženám v perimenopauze je doporučována celková hormonální substituční léčba a ženám po menopauze se doporučuje podávání estrogenů vaginálně. Ve formě krémů, čípků či tablet. Lokální léčba působí příznivě na trofiku dolního močového traktu a pochvy a zároveň nepůsobí stimulačně a nezpůsobuje děložní krvácení. K úlevě dochází rychle po zahájení léčby, zlepšuje se kvalita poševní sliznice, přestává suchost, svědění a pálení pochvy, zvyšuje se poševní sekrece a snižuje se poševní pH. (16, 33)

Chirurgické řešení urgentní inkontinence se provádí jako poslední možnost ve chvíli, kdy předchozí efekt léčby je nulový. Mezi operace patří například distenze či augmentace močového měchýře. (9, 18)

Jedny z nejpřístupnějších pomůcek pro ženy trpící močovou inkontinencí jsou *jednorázové hygienické pomůcky*. Na trhu jich je mnoho druhů: vložky, fixační kalhotky, pleny či podložky. Pro správné používání pomůcek je důležité mít veškeré informace, jinak dochází ke zbytečným chybám. Je třeba vědět správnou velikost, jak pomůcky fixovat, používat indikátory vlhkosti a tím se vyvarovat opětovnému rozlepování pomůcky, a kombinovat různé typy pomůcek. Tak lze docílit nejlepšího výsledku. Správným používáním může inkontinentní žena uspořit náklady na pomůcky, na časté praní ložního prádla a vyvarovat se případnému léčení defektů pokožky. Hygienické pomůcky mohou přispět ke zkvalitnění života, měly by se ale využívat jen jako poslední možnost volby při inkontinenci, která není léčitelná, nebo jako doplněk jiné léčby. (3)

1.7 Role porodní asistentky v péči o inkontinentní ženu

Močová inkontinence má spíše ráz chronického onemocnění, které negativně ovlivňuje reakce, chování a emoční projevy ženy. Inkontinence úzce souvisí se změnami sebepojetí. Žena musí překonat obtíže spojené se ztrátou sebeúcty, změnou pracovní výkonnosti, redukcí společenských aktivit, poruchy spánku a zhoršení kvality sexuálního života. Úkolem porodní asistentky je pomoci ženě překonat všechny problémy, posilovat získání sebedůvěry a navrátit ji k plnohodnotnému kvalitnímu životu. K tomu je zapotřebí přistupovat k ženě holistickým přístupem. Což znamená chápat osobu jako celek, a stejně tak je třeba akceptovat i vztah části osobnosti ve vztahu k celku a vztah celku k jeho částem. Je třeba chápat jedince jako otevřený systém, kdy se jedinec přizpůsobuje změnám prostředí s cílem zachovat si osobní integritu a celistvost. Tato filosofie celistvosti zabezpečuje pochopení a akceptuje osobnost jako celek ve všech dimenzích. Holistické ošetřovatelství je podmínkou

k zajištění komplexní individuální ošetrovatelské péče, v kterém je centrem zájmu jedinec jako ucelená bio-psycho-sociálně-duchovní bytost, která se nachází v určitém prostředí a zdravotním stavu. (7, 37)

Porodní asistentky se svojí činností podílejí na všech úrovních prevence, a to na: primární, sekundární i terciární. Uplatnění porodní asistentky je především ve sféře primární a sekundární prevence.

V primární prevenci má nezastupitelné místo komunikace a edukace. Úlohou porodní asistentky v primární prevenci je posílit zdraví člověka a zvýšit jeho odolnost vůči nemocem. Patří sem také včasné vyhledávání rizikových faktorů, které by nemoc mohly způsobit. V případě močové inkontinence je důležité, aby porodní asistentka pomocí ošetrovatelského procesu aktivně vyhledávala ženy s močovou inkontinencí, edukovala je o správné životosprávě, nutnosti dostatečného pitného režimu a informovala je o možnostech léčby, které v dnešní době existují. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a je pokládána za jednu z funkcí ošetrovatelství. Ženy přicházející do zdravotnických zařízení se ocitají v cizím, neznámém prostředí a je pro ně stresující se v něm orientovat. Je tedy na porodní asistenci, aby svým laskavým přístupem, empatií a trpělivostí navázala s ženou vztah, který jí následně pomůže o svých problémech hovořit. (7)

Pro efektivní edukaci je třeba umět komunikovat. Porodní asistentka musí ovládat jak verbální, tak nonverbální komunikaci. Verbální komunikace by měla být jednoduchá, výstižná a přizpůsobená znalostem ženy, aby žena obsahu porozuměla. Na druhé straně je také velmi důležité umět naslouchat. Při komunikaci musí panovat vzájemná důvěra, kdy žena cítí, že se jí porodní asistentka snaží porozumět a její problémy ji zajímají. Včasné řešení močové inkontinence je v počátcích závislé právě na umění komunikace.

Role porodní asistentky v oblasti edukace je informovat ženu o správné životosprávě, pitném režimu, kdy doporučí vyvarovat se všech diuretických tekutin, jako je káva, černý čaj či alkohol. Obézním ženám doporučí porodní asistentka redukci hmotnosti, případně nabídne spolupráci s dietology a odborníky na zdravou výživu.

K tomu jí také doporučí, jaké sportovní aktivity jsou pro ni vhodné, například plavání, pilates, bosu či jízda na kole, a naopak jaké jsou nevhodné: aerobic, jumping a další, při nichž dochází k tvrdým doskokům. Kuřačkám vysvětlí, že kouření u nich zvyšuje výskyt močové inkontinence 2–5×. Poučí ženu o správné hygieně; žena by se měla vyvarovat nečisté vody a také případnému prochladnutí, které má na inkontinenci negativní vliv. Porodní asistentka také ženu poučí o nevhodnosti zvedání a nošení těžkých předmětů. V neposlední řadě ženu informuje o nutnosti posílení svalů pánevního dna. Může ženě základní cviky ukázat, odkázat ji na rehabilitační pracoviště, doporučit vhodnou literaturu či sporty, které se na zpevnování svalů pánevního dna zaměřují. (21, 37)

V sekundární prevenci se porodní asistentka uplatňuje až po nástupu příznaků močové inkontinence. Jejím cílem je zabránit tvorbě komplikací. Ošetrovatelský plán realizuje porodní asistentka ve zdravotnickém zařízení tj. na gynekologickém eventuálně urologickém oddělení. Porodní asistentka musí uspokojovat biologické potřeby klientky. Upravuje polohu klientky, doporučuje cviky na zpevnění svalů pánevního dna, na správné držení těla. Zdůrazní pravidelnost a důslednost cvičení a doporučí informační materiály. Po celou dobu sleduje obtíže a celkový stav klientky, zajistí laboratorní vyšetření a informuje o nich lékaře, kontroluje účinky aplikovaných léků a edukuje klientku o používání léčebných pomůcek. Porodní asistentka dále dbá na úroveň hygienické péče a je-li to potřeba, provede náležitá opatření. Sleduje stav kůže, kdy se zaměří na projevy opruzenin, dekubitů a infekčních změn, zejména v oblasti genitálu. Aktivizuje klientku ke zvýšené hygienické péči, doporučí časté sprchování, speciální ochranné krémy, pěny a mýdla. Zdůrazní význam prevence infekcí. Porodní asistentka respektuje klientčin stud a dbá na dodržení soukromí. Ujistí se, že klientka uvedené zásady dodržuje a rozumí jim.

V oblasti výživy dbá porodní asistentka na nutnost edukace o správném pitném režimu, o nutnosti nezatěžovat trávicí trakt stravou, která by způsobovala zácpu, doporučí ženě vyhýbat se nápojům obsahujícím kofein a upozorní ji, aby se vyvarovala nárazovému příjmu tekutin.

Dále porodní asistentka hodnotí úroveň vyprazdňování klientky, doporučí ženě pomůcky jakovou inko-vložky, inko-podložky, plenkové kalhotky a jiné. Motivuje klientku k oddalování jednotlivých mikcí dle určených časů podle tréninkového kalendáře a dále dbá na následující zásady: nevypěstovat si návyk odskočit si na toaletu jen „pro případ“ a uvolnit se a dopřát si intimní prostředí k vykonání svých potřeb.

Nedílnou součástí potřeby klientky, na které porodní asistentka dbá, je spánek a odpočinek. Snaží se zjistit poruchy spánku související s problémy s vyprazdňováním moči a zajišťuje klientce dostatek tělesného i psychického klidu a možnost odpočinku.
(7, 37)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit vnímání kvality života žen s inkontinencí.

Cíl 2: Zjistit informovanost žen a způsob získávání informací o inkontinenci.

Cíl 3: Sepsat edukační program, jak zvýšit kvalitu života žen s inkontinencí z hlediska porodní asistentky.

2.2 Výzkumné otázky

V1: V jakých oblastech života vnímají ženy inkontinenci jako největší přítěž?

V2: Kde získávají informace o inkontinenci?

V3: Jak pomohla ženám informovanost o problematice inkontinence ke zlepšení kvality života?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru, doplněna o dotazník SEIQoL. Rozhovor umožňoval každé respondentce volně hovořit k předmětu výzkumu a vyjádřit své názory a pocity. V průběhu rozhovoru jsem použila několik předem stanovených otázek, na které respondentky odpovídaly spontánně a bez předem daného rámce a znění. Jejich formulace byla plně ponechána na nich. Cílem rozhovoru bylo zmapovat, v jakých oblastech života vnímají ženy močovou inkontinenci jako největší přítěž a jakým způsobem získávají informace k dané problematice. A následně, jak jim získané informace pomohly ke zkvalitnění života. Rozhovory probíhaly individuálně, v domácím prostředí každé respondentky a trvaly přibližně jednu hodinu. Ženám byla zaručena anonymita.

Pro příklad uvádím několik dotazů zaměřených na daný výzkum:

„V jaké oblasti vás močová inkontinence nejvíce obtěžuje?“

„Obtěžuje vás močová inkontinence při výkonu práce?“

„Věděla o vašem problému rodina? Podporovala vás v léčbě?“

„Kde jste zjišťovala informace o močové inkontinenci? A byly dostatečné?“

Jako doplňková metoda sloužil dotazník, tzv. SEIQoL, neboli Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Přehled hodnocení individuální kvality života. Tato metoda založená na rozhovoru zjišťuje individuální kvalitu života. Respondentka v tomto dotazníku sama zvažuje, určuje a hodnotí aspekty života, které jsou pro ni v dané situaci a chvíli podstatné. Vyplnění dotazníku vyžadovalo 10 až 20 minut. Bylo provedeno porovnání situace respondentek s močovou inkontinencí s těmi, které již močovou inkontinencí netrpí. (20)

Sběr dat důležitých pro zpracování výzkumu probíhal od 29. března do 13. dubna 2011 v Českých Budějovicích a přilehlém okolí. Celkem jsem provedla třináct hloubkových rozhovorů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro účely kvalitativního výzkumu zjišťujícího kvalitu života ženy s močovou inkontinencí, jsem oslovila třináct klientek gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., které zde byly hospitalizovány nebo se ambulantně léčily. Jednalo se o ženy, které se s močovou inkontinencí setkaly, bez ohledu na stádium léčby či na typu močové inkontinence.

4 Výsledky

4.1 Interpretace rozhovorů žen s močovou inkontinencí

4.1.1 Respondentka č. 1

Žena, 54 let, pracuje jako soukromý zemědělec, 3 děti, trpí smíšenou formou močové inkontinence.

Respondentka má za sebou tři porody. Jak uvádí, prvních známek úniku moči si všimla krátce po třetím z nich. Jelikož úniky nebyly tak velké, neřešila to. S postupem času se začal stav zhoršovat. Na otázku, zda používala vložky, žena odpověděla, že vyzkoušela snad všechno, co je na trhu k dostání. Vysledovala, které potraviny úniky moči zhoršují a jak říká, naučila se s tím žít.

Přibližně před pěti lety se močová inkontinence výrazně zhoršila. Únik moči nastal již při poskočení či běžné chůzi. Ženu trápily i časté urgencye. V zaměstnání ji to až tak neomezovalo, jako soukromník mohla na toaletu odejít kdykoliv potřebovala. Ale vypít například kávu a odjet do města, bylo nemyslitelné. Svěřila se proto svému gynekologovi, který ženě řekl, že to k životu patří a dále problém neřešil. Při další kontrole byl v ordinaci již nový lékař, kterému žena nastínila svůj problém, a ten jí nabídl návštěvu odborníka, bude-li mít zájem problém řešit. V urogynekologické ambulanci se žena s lékařem domluvili na farmakologické léčbě a cvičení. Respondentka využila možnost cvičit pod dohledem fyzioterapeuta a velice si to pochvalovala. Podotýká sice, že pro ni byly lekce velice drahé, ale když jde o zdraví, ráda si připlatila. Léčba zabrala, ženě se velmi ulevilo. Respondentka si myslí, že nejvíce jí pomohlo cvičení svalů pánevního dna. Stav se po vysazení léků nezměnil.

Kvůli situaci v rodině musela žena přerušit své léčení na dva roky. Starala se o svého vážně nemocného syna. V tu dobu se o své zdraví přestala zajímat

a upřednostňovala zdraví svého syna. Žena byla pod velkým stresem a močová inkontinence se zhoršila. Respondentka to řešila pouze používáním vložek. Po synově smrti se rozhodla navrátit k péči sama o sebe. V roce 2009 začala opět navštěvovat urogynekologickou ambulanci a pokračovala v léčení. Díky cvičení se stav zlepšil. Žena se naučila dostatečně pít, vynechala kávu. Snaží se cvičit pravidelně, ale jak přiznává, denně se jí to nedaří, neboť nemá na sebe tolik času, jak by si přála. Byla by ráda, kdyby existovalo hromadné cvičení pro ženy s močovou inkontinencí a ona ho mohla navštěvovat.

Na otázku, kde zjišťovala o močové inkontinenci informace, odpověděla, že hlavně z letáčků a časopisů. Jak říká, dříve ani mnoho informací nebylo. Dnes je jich daleko více, ale stejně by byla ráda, kdyby byly dostupnější. Ačkoliv internet používala k získání informací o synově nemoci, informace o úniku moči nehledala. Podle jejích slov je to tím, že veškeré své aktivity dělá jen pro rodinu a sobě se tolik nevěnuje. Manželovi ani rodině o svém problému neřekla, a tudíž nemůže ani čekat jejich podporu.

V této době se žena chystá na urodynamické vyšetření, neboť ji trápí únik moči při kašli či při zvedání těžších předmětů. Stav se zhoršuje především při nachlazení. Je si vědoma, že může jít na operaci, a pokud ji lékař doporučí, podstoupí ji.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví, to ohodnotila 95 %. Říká: „zdraví, zdraví a klid, to je pro mě teď nejdůležitější.“ Výsledná hodnota dotazníku byla 58,7 a míra životní spokojenosti 40.

4.1.2 Respondentka č. 2

Žena, 68 let, v důchodu, dříve pracovala jako pomocná síla v kuchyni, 1 dítě, trpí smíšenou formou močové inkontinence.

Poprvé si žena všimla úniku moči přibližně před pěti lety po menopauze. Žena si všimla, že má vlhké kalhotky. Začala tedy používat menstruační vložky a dále problém

neřešila. Informace si nikde nehledala. Když se situace natolik zhoršila, že únik moči byl náhlý a ve větším množství, rozhodla se respondentka svěřit se své praktické lékařce. Ta ji doporučila navštívit urogynekologickou ambulanci v nemocnici. Ambulanci žena navštívila dvakrát, ale poté, co jí lékaři sdělili, že půjde na operaci, a podle jejích slov jí vše dostatečně nevysvětlili, žena už na další kontrolu nedorazila. Dále používala jen vložky.

V roce 2007 se stav výrazně zhoršil, a tak se žena rozhodla navštívit urogynekologickou ambulanci znovu. V ordinaci byl již nový lékař, který ženě vše vysvětlil. Respondentka byla podle jejích slov dostatečně informována a po následném urodynamickém vyšetření přistoupila k léčbě. Lékař ženě předepsal léky a doporučil navštěvovat rehabilitační cvičení. Jak respondentka uvádí, rehabilitační sestra jí cviky ukázala, což jí velmi pomohlo, a nadále již cvičila sama doma. Léky v kombinaci se cvičením si žena pochvalovala, únik se zmírnil.

Od prosince roku 2010 přestala brát léky, poněvadž jí došly a pro nové si nedošla. Od února letošního roku ji únik moči velmi trápí. Když déle sedí a následně se postaví, moči uniká velké množství. Jak sama říká: „Bez vložky ani ránu.“

Respondentku velmi trápí zápach spojený s únikem moči. Stále si dává pozor, aby „to“ nebylo cítit, doma neustále uklízí. Žena nastiňuje problém, který ji také trápí a s neustálým kontrolováním zápachu úzce souvisí. Manžel ji podle jejích slov „sekýruje“ a dává za vinu, že je jak malé dítě, které by stačilo plesknout, ona že není schopná moč udržet, ačkoliv je dospělá. Vadí mu, že kdykoliv vyjdou z domu, žena musí hned hledat toaletu. To vyústilo až do dnešní situace, kdy žena tráví veškerý svůj volný čas doma, ven moc nevychází a přestala se stýkat se svými přáteli a rodinou. Svě časté zastávky na toaletě vnímá jako problém, kterým zdržuje své okolí. Když jednou za čas vyrazí do města, hlídá si, kde jsou toalety a celá její trasa je podle nich uzpůsobena. Podle ní je nejhorší cesta domů, kdy už je kousek od domova, ale už nedoběhne. To se jí již několikrát stalo.

Respondentka nejraději tráví čas se svou vnučkou. Ráda by s ní chodila na procházky, ale většinou tráví společný čas v blízkosti domova. Nemůže svou vnučku

ani pochovat. Žena si je vědoma, že její problém je hlavně psychický. Byla i u psychologa, ale má pocit, že jí to nepomohlo.

Momentálně má žena zánět průdušek a silně kašle, což vede k velkému úniku moče a nutnosti zůstat celý den doma. Uvažuje o tom, že až se uzdraví, navštíví opět svého lékaře a bude chtít pokračovat v léčbě. Svému lékaři věří a je spokojena s jeho péčí.

V dotazníku SEIQoL respondentka uvedla, že je pro ni nejdůležitější rodina a zdraví, především zdraví rodiny. Výsledná hodnota dotazníku byla 26, naproti tomu míra spokojenosti se životem 80.

4.1.3 Respondentka č. 3

Žena, 55 let, pracuje jako vedoucí prodejny, 2 děti, trpí smíšenou formou močové inkontinence.

Respondentku trápí močová inkontinence dlouhodobě. Jak sama říká, už jako malé dítě občas doběhla domů pomočená. Používala menstruační vložky. Nejvíce ji trápil únik moči trápil v období zimy. Problém začala řešit, když byl únik stále častější a celkově došlo ke zhoršení stavu. Na podzim roku 2009 proto zašla za svou gynekoložkou. Předtím si informace nikde nehledala. Lékařka ale nebyla ochotná se o problému bavit a podle slov respondentky neměla ani náladu cokoli řešit a jen ji odbyla. To ženu doslova „vydeptalo“. Změnila tedy gynekologa, a ten ji ihned poslal na urogynekologii. Od podzimu 2009 bere léky. Byla na jedné lekci cvičení pod dohledem fyzioterapeuta, ale jak říká, pravidelné cvičení si z finančního hlediska nemůže dovolit. Přibližně po čtvrt roce od začátku užívání léků si všimla výrazného zlepšení.

Na otázku, v jakém směru jí močová inkontinence nejvíce ovlivňovala, odpověděla, že to byl neustálý stres a nervy, zda stačí najít toaletu, zda stačí doběhnout. Kdykoliv odcházela z práce, věděla, že musí rovnou domů a nikde se nesmí zastavovat. Omezila i výlety, protože jediné, co z nich měla, jak říká, bylo: „pořád navštěvujete

WC, i když ho nepotřebujete.“ Z jakéhokoliv cestování měla doslova hrůzu, že bude jen hledat toalety. V tomto směru si stěžuje na Českou republiku, kde je málo veřejných záchodů a v restauracích si obvykle musíte něco objednat, abyste mohli toaletu použít. Na což ale v jejím případě nebyl čas. Kamkoliv šla mimo domov, musela si nejprve odskočit. Někdy když měla urgenci, jí pomohlo zastavit se a pak mohla znovu pokračovat v chůzi. V době největších obtíží ji trápilo, že jí oblečení nepojme množství moče a lidé si ve výtahu všimnou louže na podlaze. Nebo měla strach z toho, že lidé uvidí, když jí začnou v zimě namrzat kalhoty prosáklé močí.

Respondentka si myslí, že za jejími problémy stojí především její předchozí zaměstnání, kde tahala celý den těžké předměty a záchod byl daleko. Kvůli tomu přestala pít tekutiny. Začal se stupňovat strach, že nedoběhne a podepsalo se to na psychice. V tu dobu začalo největší zhoršení.

Dnes, kdy rok užívá léky, se její psychika zlepšila. Stále používá vložky, převážně slipové, jde-li někam na delší čas, vezme si silnější. Ale pořád si nedovede představit, že by chodila bez nich. Kupuje si je za vlastní peníze. V noci už spí celou dobu, dřív vstávala až desetkrát za noc. K velkému zlepšení také přispěla nová práce, kde je klid, záchod blízko a těžké věci už nezvedá. Je si vědoma, že její stav by mohl být ještě lepší, kdyby pravidelně cvičila, ale jak sama říká, nemá pevnou vůli. Ráda by však cvičila ve skupině, proto si teď nějakou hledá. Doma používá na sezení velký gymnastický míč.

Stále s sebou nosí náhradní oblečení, prý už si zvykla. Inkontinence ji provází i v nynější době, i když ne tak viditelně, a to pocitem, že stále cítí moč. O to více se sprchuje. Je si vědoma toho, že nesmí pít kávu, nesmí dobíhat na autobus. Ví, v jakých situacích k úniku dochází, proto běhání za vnučaty či jejich zvedání si dovolí jen doma, kde má možnost se okamžitě převléknout. Uvědomuje si, že její problém je nyní především v hlavě. Má pocit, že je na lécích závislá, proto předpokládá, že pokud léky vysadí, což jí bylo nabídnuto, stav se zhorší a před zimou opět přijde k lékaři, protože jak říká, má sloní paměť a z hlavy nedostane, že se problémy vždy zhoršovaly v zimním období.

Podle slov respondentky není správné poslouchat reklamy, že když budou chodit s tou a tou vložkou, bude problém vyřešen a od té chvíle bude mít úspěšný život. To jí nepřijde normální. Sama má nemocného manžela v invalidním důchodu a uvědomuje si, že zdraví je to nejdůležitější. Proto si myslí, že je nutné jakýkoliv problém řešit s odborníkem.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví a finanční zajištění. Těší se do důchodu, až bude mít klid a bude bez stresů, ale uvědomuje si, že jelikož má manžela v invalidním důchodu, peníze budou potřeba. Výsledná hodnota dotazníku byla 68,75 a míra spokojenosti se životem 90.

4.1.4 Respondentka č. 4

Žena, 35 let, pracuje v obchodním domě, 1 dítě, trpí smíšenou formou inkontinence.

Respondentku trápila močová inkontinence mnoho let. Prvních úniků si všimla po porodu. Dcera měla při narození 4 kg a podle jejích slov byl porod dlouhý. Ale vzhledem k zaměstnání, kde měla přístup k pravidelnému cvičení, se po porodu dařilo únikům zabránit. V roce 2002, kdy měla dlouhotrvající stresy v práci a následně změnila zaměstnání, se její stav rapidně zhoršil. Pracovala jako provozní v lahůdkách, trávila většinu času v chladném prostředí a zvedala těžké předměty. Stravovala se nepravidelně, větší množství najednou s dlouhými časovými prodlevami. To jí začalo dělat problémy, stačilo se jednou ohnout a došlo k úniku. V té samé době prožívala i velké stresy kvůli rozvodu, splácení dluhů, přibrála si ještě noční zaměstnání, vychovávala sama dceru, starala se o matku na invalidním vozíku a dálkově studovala střední školu. V té době zhubla během jednoho roku 28 kg. Vzpomíná si, že byla pod neuvěřitelným tlakem a problémy s inkontinencí se výrazně zhoršily.

Jak respondentka uvádí, snažila se léčit sama. Informace si zjišťovala na internetu a v časopisech. Díky získaným informacím věděla, jaké cviky má používat

a jak zjistit, které potraviny jí únik moči zhoršují. Věděla, že změna zaměstnání by jí velmi pomohla, ale v dané situaci si to nemohla dovolit. Začala si tedy zapisovat, které potraviny jí nedělají dobře. Zcela vynechala kávu, čaj, cigarety, alkohol, nejedla žádné maso ani kořeněná jídla. Lidé v jejím okolí si mysleli, že trpí mentální anorexií, když se vyhýbá určitému jídlu a tolik zhubla, ale nechtěla nikomu vysvětlovat, že problém je někde jinde. Používala menstruační vložky.

Prvně se s problémem svěřila praktické lékařce asi 5 let po začátku větších problémů. Ta ji poslala na vyšetření žaludku a střev, poněvadž si nemyslela, že by žena v jejím věku mohla trpět močovou inkontinencí. Vyšetření dopadla negativně. Respondentka se svěřila i své gynekoložce, ta ji odkázala pouze na knížku s cviky. Problém stále přetrvával. Ve chvíli, kdy žena nemohla zvednout ani svoji kočku, znovu se radila se svou gynekoložkou a trvala na tom, že chce problém řešit. Lékařka ji odkázala do nemocnice na urogynekologickou ambulanci. Od prosince 2009 užívala léky a začala pravidelně cvičit pod dohledem fyzioterapeuta. Po třech měsících zaznamenala velké zlepšení. Po roce užívání léků je po dohodě s lékařem vysadila a stav se nezměnil. Pravidelně cvičí, již bez dohledu.

Na otázku, v čem jí únik moči nejvíce ovlivňoval, jednoznačně odpověděla, že tím měla nabouranou psychiku. Stranila se lidí, zůstávala ve volném čase doma. Do práce si musela brát oblečení na převlečení, neustále nosila vložky. V rodině se neměla o koho opřít, matka jí nepodpořila, řekla, že je mladá, že to musí zvládnout. Cítila bezmoc, říkala si, že snad ani nevyjde z domu. Bála se, že nebude schopná dokončit školu. Myslela i na nejhorší, ale kvůli dceři černé myšlenky zaháněla. Další starostí pro ni bylo neustálé myšlení na to, kde jsou toalety a zda tam, kam jde, budou. Poněvadž jí okolí znalo jako věčně usměvavého a bezstarostného člověka, chtěla si tuto tvář zachovat. A tak se musela přetvařovat. To jí také bralo hodně sil. Naštěstí měla jednu kamarádku, které se mohla svěřit.

Dnes je na tom o poznání lépe. Změnila zaměstnání, je v teple, těžké předměty nezvedá, vycházejí jí vstříc a může tedy pravidelně jíst po malých dávkách. Je již čtyři měsíce bez léků, k lékaři nechodí, ovšem dále dbá jeho rad. Zlepšila se jí psychika.

Našla si přítele, který o inkontinenci ví a plně ji podporuje, je zamilovaná, a tudíž spokojená. Nesmí se silově přetáhnout, hlídá si pohyb, což je pro ni, jako pro hyperaktivního člověka velmi obtížné. Ale snaží se. Uvědomuje si, že svůj nynější stav si může udržet jen svou kázní. Chodí plavat, jezdí na bruslích, ale maximálně hodinu, ví, že si pak musí odpočinout, ačkoliv má energie dost, jinak by následující dny měla problém s únikem. Hlídá si stravu, jí jen lehká jídla, ovoce, zeleninu, nejí hovězí maso, pije hodně tekutin. Vložky nosí stále, ale už jen slipové, a opatrnější musí být jen při nachlazení.

Pomalou se začíná vracet do společenského života. Snaží se na všem špatném hledat něco dobrého, ale nepříjemné zážitky s inkontinencí má stále v hlavě. Jak sama říká, dodnes má při vzpomínce na minulost „osypky“. I když už to není takový „extrém“, jako to bývalo. Věří, že kdyby se problémy podchytily v začátcích, nemusela si prožít to, co ji potkalo. „Chce to pevnou vůli a víru a jde to,“ dodává.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila zdraví za nejdůležitější věc ve svém životě. A to především zdraví své rodiny, zejména dceřino. Jak říká, pokud není zdraví, nejde nic. Důležití jsou pro ni i rodiče, kteří na jednu stranu pomáhají, na druhou stranu z ní vysávají hodně energie. Momentálně je nejvíce spokojená s novým přítelem a s dcerou, která je podle jejích slov statečná a moc jí pomáhá. Výsledná hodnota dotazníku byla 51 a míra spokojenosti se životem 85.

4.1.5 Respondentka č. 5

Žena, 62 let, v důchodu, dříve pracovala jako dělnice, trpí stresovou formou močové inkontinence. Dnes po operaci.

Respondentku trápila močová inkontinence již delší čas. Prvně si toho všimla, když jí bylo 50. Nikam s tím nešla, jen si koupila menstruační vložky a ty používala. Velmi ji to obtěžovalo v práci, kde si vložky často měnila a musela se někdy i převlékat do čistého oblečení. Podle jejích slov to měla pořád v hlavě a na nic jiného téměř

nemyslela. Moč unikala kdykoliv při kašli, chůzi, jak říká dnes, měla pocit, že je to pořád. Přestala chodit do společnosti, měla velké obavy, že bude cítit močí. Zápach byl hlavním důvodem, proč se s únikem svěřila své praktické lékařce. Ta jí předepsala speciální hygienické vložky. Respondentka s nimi byla velmi spokojená. Další informace si nikde nesháněla.

Situace se změnila, když na místo jejího gynekologa přišel nový lékař. V tu dobu se začal problém řešit. Na otázku, co respondentku donutilo s tím něco dělat, odpověděla, že toho měla dost, že to již trvalo příliš dlouho, a že cítila potřebu s tím něco dělat. Z informací o možnostech léčby, které získala od lékaře, se rozhodla, že jen co bude v důchodu, chce jít na operaci. Před operací žena cvičila pod dohledem fyzioterapeuta. Žena prodělala páskovou operaci zhruba před rokem.

Dnes je s výsledkem operaci spokojená tak na 50 %. Říká, že v porovnání s tím, jaké to bylo, je to mnohem lepší, ale stále jí trápí únik při silném kašli či při jakémkoliv náhlém napětí břišních svalů. Uvědomuje si, že nutnou rekonvalescenci po operaci nedodržovala úplně, jak by měla, ale jak říká, podle možností se snažila. Vložky používá stále, již necvičí.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější rodinu, pohodu a klid. Nyní, když je v důchodu, věnuje svůj veškerý čas rodině, hlavně vnoučatům. Výsledná hodnota dotazníku byla 80 a míra životní spokojenosti 80.

4.1.6 Respondentka č. 6

Žena, 73 let, v důchodu, 2 děti, dříve pracovala jako zdravotní sestra. Trpěla stresovou formou močové inkontinence. Dnes po operaci.

Poprvé se u respondentky močová inkontinence objevila před pěti lety. Objevila se hlavně při chůzi, prudším pohybu. Bylo to velice omezující. Jako prvním se žena svěřila svému gynekologovi. Ten jí napsal recept na hygienické vložky a doporučil

cvičit. Žena měla možnost využít placené lekce cvičení s fyzioterapeutem, což odmítla. Cvičila sama doma podle brožurky. Jiné zdroje informací si nehledala.

Postupem času se ale stav zhoršoval a ženě to velice vadilo. Na její žádost ji gynekolog odkázal na urogynekologickou ambulanci. Přibližně po roce návštěv žena prodělala páskovou operaci. Respondentka vzpomíná, že po všech informacích, co získala na ambulanci, by na operaci šla, i kdyby měla mít jen 50% úspěšnost. O to víc je nyní spokojená, výsledek hodnotí velmi dobře, podle jejích slov, je perfektní. Žena uvádí, že dnešní stav je nesrovnatelný s tím před zákrokem a je naprosto spokojená.

Na otázku, jak hodnotila svůj život v době, kdy trpěla močovou inkontinencí, respondentka odpověděla, že to bylo velice omezující. Její jediná záliba, práce na zahrádce, byla komplikována častými úniky moči. Jak žena říká, musela dělat všechno pomaleji a nosit vložky. Ty jí podle jejích slov v té době hodně pomáhaly, ale příjemné jí jejich nošení také nebylo. Jak uvádí, jejich používání není řešení. Nosila s sebou náhradní oblečení a celý balík vložek. Měla pocit, že není svobodná, že není svým pánem. Její mysl ovládala močová inkontinence.

Dnes, stejně tak, jako po operaci, dodržuje klidnější režim. Nenosí těžké věci. Jak říká, raději půjde častěji, ale s menším množstvím. Manžel jí v tom pomáhá.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví. Nesmírně si váží toho, že na operaci mohla jít, a jak dopadla. Podle jejích slov se jí život úplně otočil. Výsledná hodnota dotazníku byla 58 a míra životní spokojenosti 50.

4.1.7 Respondentka č. 7

Žena, 70 let, v důchodu, 2 děti, dříve pracovala jako expedientka. Trpěla urgentní formou močového měchýře.

U respondentky se první příznaky močové inkontinence objevily v roce 2000, ale podle jejích slov to nebylo tak hrozné. Proto se spokojila s nošením menstruačních vložek. Postupně se stav zhoršoval. Dospělo to až do bodu, kdy žena některé noci

chodila na toaletu každých 20 minut. Žena si nikde informace nezjišťovala a s problémem se svěřila své gynekoložce. Ta jí přislíbila operativní řešení pomocí pásky. Informovala ji o tom, jak operace probíhá, co po ní následuje. Když respondentka přišla na další prohlídku s dotazem na operaci, bylo jí sděleno, že žádná nebude, že se s inkontinencí nedá nic dělat a má se s ní smířit. Jak dnes žena vzpomíná, tuto reakci nečekala a rozplakalo ji to. Po této zkušenosti již neměla snahu se své lékařky dál ptát na možné řešení.

Později začala žena používat hygienické vložky, které jí předepisoval její praktický lékař. Na otázku, zda ženu do Českých Budějovic doporučil její lékař z Tábora, odpověděla, že si to zařídila sama. Respondentka vyprávěla, že musela podstoupit operaci na ortopedii a byla z českobudějovické nemocnice nadšená. Řekla si, že pokud jsou na tomto oddělení tak příjemní a vstřícní, mohli by jí v nemocnici pomoci i s problémem močové inkontinence. V srpnu 2010 se objednala na urogynekologickou ambulanci a byla moc spokojená s informacemi, které jí byly podány. S lékařem se domluvili na farmakologické léčbě a ta brzy přinesla kýžené výsledky. Žena s ohledem na mnohačetné ortopedické operace nezkoušela cviky na posílení pánevního dna.

Na otázku, v čem ji močová inkontinence nejvíce ovlivňovala, odpověděla, že ji provázel neustálý strach, zda včas doběhne na toaletu. Přestala opouštět domov. Když nemusela, z domu nevycházela. Hlídala si potraviny, které na urgenci měly velký vliv. Rajčata a jahody vynechala ze svého jídelníčku úplně. I na mléčné výrobky si musela dávat pozor. Především pak na mléko a kysané nápoje. Další, co ji trápilo, byl narušený spánek, přes den byla unavená a neměla dobrou náladu. Jak říká, nikomu by to nepřála zažít.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví a rodinu. Je ráda, že problémy s močovou inkontinencí již nemá, ale mrzí ji, že není zcela fit, co se chůze týče. Výsledná hodnota dotazníku byla 83,5 a míra životní spokojenosti 50.

4.1.8 Respondentka č. 8

Žena, 53 let, uklízečka, 1 dítě, trpěla stresovou formou inkontinence. Dnes po operaci.

Respondentka uvádí, že problémy s močovou inkontinencí měla již mnoho let. Úniky se objevovaly především při sychravém jaru či podzimu. Žena problém řešila používáním menstruačních vložek. Postupem času byly úniky stále častější a ve větší míře. Velkou roli v tom hrála péče o nemocnou matku. Ta potřebovala stále více péče. Jelikož žena byla na péči sama, nevyhnula se těžké fyzické práci. V tuto dobu byla žena pod velkým psychickým vypětím. I to, podle jejích slov, hrálo roli při řešení svého problému s močovou inkontinencí. V tu chvíli byla na prvním místě její matka.

Před dvěma lety se žena rozhodla problémy s únikem řešit a svěřila se své praktické lékařce. Ta jí předepsala léky a doporučila cvičit. Jak respondentka vzpomíná, nevěděla, jak cvičit a zda to dělá správně. V průběhu léčení si žena žádné nové informace nehledala. Léčba nezabírala. Lékařka proto ženu odkázala na urogynekologickou ambulanci. Tam podstoupila jednotlivá vyšetření a byla jí nabídnuta spolupráce s fyzioterapeutem. Byla ráda, že její cvičení je pod kontrolou odborníka. Nakonec se s lékařem domluvili na operativním řešení a žena podstoupila v létě roku 2010 páskovou operaci.

Na otázku v jakém směru ovlivňovala močová inkontinence ženin život, respondentka uvedla, že hlavní problém byly neustálé myšlenky na možný únik. V práci to podle jejích slov nebylo tak špatné, protože při své práci měla toaletu vždy v dosahu. Ale omezovalo ji to ve společenském životě. Nemohla rychleji chodit, popoběhnout, což ve skupině přátel bylo omezující. Neustále hlídala, kde je toaleta, kde se bude moci eventuálně převléknout. Přestala pít kávu, celkově raději pila málo tekutin. Jako alergička měla velké problémy v pylové sezóně, kdy s častějším kýcháním měla více úniků moči. Přestala také cestovat, poněvadž z celé cesty byla již předem „vynervovaná“, a to především z hledání toalet.

Další aspekt, který mi respondentka nastínila, byl její sexuální život, který byl inkontinencí také poznamenán. Moč unikala i při pohlavním styku. Pociťovala stud, bylo jí nepříjemně před partnerem. Podle jejích slov by v tu chvíli člověk měl myslet na něco úplně jiného než na únik moči.

Dnes je moc spokojená, problémy s únikem moči zcela vymizely. Neomezuje se v konzumaci oblíbené kávy ani v jiných potravinách. Je ráda, že močová inkontinence už není v jejích myšlenkách na prvním místě.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví a rodinu. Nyní je zcela spokojena se životem, jaký teď vede. Říká, že je veselá povaha, která si všechno vysvětlí a pak je jí dobře. Výsledná hodnota dotazníku byla 68,5 a míra životní spokojenosti 100.

4.1.9 Respondentka č. 9

Žena, 46 let, pracuje jako zdravotní sestra, 4 děti, trpí smíšenou formou močové inkontinence.

Na otázku, kdy močová inkontinence začala, respondentka odpověděla, že stresovou formu má již od čtvrtého porodu, který byl před 12 lety. Ale jak sama říká, tato forma ji až tak netrápí. Když ví, že bude kýchat nebo když má kašel, „dá nohy křížem“ a jde to udržet. Několik let po porodu se v chladném počasí začala objevovat i urgentní forma močové inkontinence. Jelikož úniky byly jen malé a objevovaly se jen v zimě, žena to řešila jen používáním menstruačních vložek.

Začít svou situaci řešit ji donutilo až před třemi lety velké zhoršení urgentní inkontinence. Jak uvádí, několikrát se i stalo, že vložka nestačila a musela sundat mikinu, dát ji kolem pasu, a odejít domů se převléct. Díky svému povolání měla o močové inkontinenci základní informace a věděla, že řešení je možné. Proto se při kontrole na gynekologii svěřila svému lékaři, který jí nabídl brožuru s cvičením. Žena cvičila sama doma a stav se mírně zlepšil. Vložky používala neustále. Jelikož ale

necvičila pravidelně, úniky ji trápily stále. Proto si při další kontrole opět postěžovala a zastupující lékařka jí doporučila navštívit urogynekologickou ambulanci. Tam dostala léky, které zabraly již po 14 dnech. Byla překvapená, jak rychlý účinek to mělo. Od podzimu roku 2010 chodí již bez vložek, a jak říká: „je v pohodě.“ Bylo jí i nabídnuto cvičení s fyzioterapeutem, ale to si nemůže finančně dovolit.

Na otázku, v čem ji inkontinence nejvíc obtěžovala, respondentka uvedla, že nejvíc jí vadilo, když musela jít do města, ať už na nákupy, či něco zařizovat, že nutkání na močení nešlo ovládnout a veřejných toalet bylo málo. Když se jí chtělo, nedokázala to udržet a musela mít záchod poblíž, aby to stihla. Společenský život jí to nijak zásadně neovlivňovalo. Řešila situace typu divadlo či koncert tím, že toho předem moc nevyplila. Vložky používala jen menstruační, poněvadž na gynekologii jí nebyly nabídnuty a u praktického lékaře se styděla o ně říct, jelikož chodí k mladému doktorovi. V zaměstnání jí močová inkontinence také příliš nerušila, poněvadž pracuje na poliklinice a záchod má u sebe na sesterně. A jak říká, nechodila více jak 8× za den, což šlo zvládnout.

Na otázku, zda o tom věděla její rodina, odpověděla, že se o tom těžko mluví, že nejvíc svůj problém probírala s nejstarší dcerou a nakonec to velmi stručně nastínila také manželovi, ale toho to prý moc nezajímá.

Respondentka ví o možnosti řešení stresové inkontinence pomocí operace, ale momentálně ji nechce. Uvědomuje si, že ji stejně jednou asi čeká, ale dnes, že to zvládá udržet a když ne, úniky jsou stejně jen velmi malé. Nevnímá to jako něco, co by ji mělo trápit.

Dnes je se stavem velmi spokojená a doufá, že se urgentní forma močové inkontinence už nevrátí. Přiznala se, že občas lék vynechá, ale ani to nemá na výsledek žádný vliv. Neomezuje se v žádném jídle, ani pití a nyní jí už močová inkontinence neobtěžuje.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější rodinu a zdraví. Velmi si chválí svoji práci, která je pro ni důležitá, a jak říká: „když je člověk

spokojený v zaměstnání, pak je spokojený i v životě.“ Výsledná hodnota dotazníku byla 85 a míra životní spokojenosti 90.

4.1.10 Respondentka č. 10

Žena, 72 let, v důchodu, dříve pracovala jako učitelka na ZŠ, trpěla stresovou formou močové inkontinence. Dnes po operaci.

První příznaky močové inkontinence se u respondentky objevily kolem 55 let. Projevovalo se to hlavně při chůzi a kýchnutí. Koupila si menstruační vložky a více se o problém nezajímala. Postupně se stav zhoršoval a žena musela přestat jezdit na kole, chodit na její oblíbené výlety s dětmi z její třídy. To vše ještě v době, kdy se plně věnovala svému zaměstnání. Kamkoliv šla, hledala toaletu. Jak říká, měla neustálý strach, zda se na toaletu dostane včas. Velmi ji trápilo, že postupně přestala chodit na procházky se svými kamarádkami a zůstávala stále doma. Odnaučila se utíkat, protože po běhu měla vždy kalhoty prosáklé močí. V době, kdy už byla v důchodu, stále vypomáhala ve škole jako učitelka. A jelikož záchod byl blízko a dál než na školní dvůr s dětmi nechodila, neměla potřebu problém více řešit.

K návštěvě gynekologa ji přivedly až jiné potíže. Následně ji totiž trápilo vyhřeznutí dělohy. Prodělala operaci a podle svých slov se po ní močová inkontinence velmi zhoršila. Až tento stav ji přiměl k tomu, aby navštívila gynekologa a s problémem se svěčila. Do té doby si žádné informace nezjišťovala a spoléhala se pouze na ty, které získala od svého lékaře. Po vyšetření urogynekologem respondentka prodělala páskovou operaci.

Dnes je velmi spokojená, říká, že během dne nemá s únikem žádné problémy, jen v noci chodí častěji. Vložky nosí pořád, tenké a na noc, ale jak říká, hlavně pro ten pocit, co kdyby. Vrátila se ke svým oblíbeným procházkám s kamarádkami, chodí každý den. Plave, navštěvuje divadlo, chodí na koncerty. Vše, co mnoho let kvůli

inkontinenci nemohla, si dnes s radostí vychutnává. Nejvíce času věnuje své rodině, především vnoučatům. Jak říká, je veselá povaha a s tou se všechno lépe zvládá.

Rodina jí byla ve všem oporou. Respondentka je rozvedená, žije sama, ale s dětmi má velmi dobré vztahy. Po operaci jí pomáhaly s domácností.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější rodinu, tu ohodnotila na celých 50 %. Výsledná hodnota dotazníku byla 68 a míra životní spokojenosti 60.

4.1.11 Respondentka č. 11

Žena, 73 let, v důchodu, stále pracuje jako ekonomka, 2 děti, trpěla stresovou formou močové inkontinence. Dnes již po operaci.

Močová inkontinence se u respondentky prvně objevila zhruba před čtyřmi lety, kdy prodělala operaci myomu, a při následné chřipce se manifestovaly první příznaky. Moč unikala především při kašli, popoběhnutí, při zvednutí těžšího předmětu. Začala tedy používat menstruační vložky. Jak žena uvádí, žije rušným společenským životem a velmi o sebe dbá, proto se rozhodla problém neprodleně řešit. Žádné informace si nikde nehledala a rovnou šla na gynekologii.

Nebylo jí příjemné neustále na to myslet. Kamkoliv přišla, první, co si zjišťovala, bylo, kde jsou toalety. Byla nucena s sebou nosit náhradní oblečení a celý svůj program plánovala dle rozmístění toalet. Jak říká, dovolená byl zájezd po místních záchodcích. Omezila svůj aktivní sportovní život. Přestala pít oblíbenou kávu. Měla pocit, že inkontinence ovládá celý její život, cítila se velmi omezená, a jak sama dodává, přímo ji to „deptalo“. Psychika u ženy hrála velkou roli a byla hlavním důvodem, proč se rozhodla řešit inkontinenci co nejdříve. V rodině o tom věděla jen dcera, manželovi se s tím nesvěřila. Říká, že o takových věcech je lepší mluvit se ženou.

Po té, co se respondentka svěřila svému gynekologovi, byla odeslána na urodynamické vyšetření v nemocnici. Následně prodělala hysterektomii kvůli myomům

spolu s páskovou operací. Jak uvádí, byla moc spokojená s poskytnutými informacemi a vysvětlením, co se bude při operaci dít a jak bude probíhat následná rekonvalescence. Ta trvala šest měsíců, při kterých žena omezila fyzickou práci, byla v klidu, nezvedala těžké předměty. Jak říká, poctivě dodržovala vše, co jí lékař doporučil, poněvadž nechtěla svou nedbalostí zkazit účinek operace. Byla velmi překvapená, že šla po operaci tak brzy domů.

Dnes je rok po operaci a nemá již žádné problémy, v noci klidně spí a je moc spokojená. Nechápe, jak se ženy mohou spoléhat jen na nošení vložek a problém dál neřeší. Říká, že by ženy o sebe měly více pečovat a pokud to jejich stav vyžaduje, přenechat péči o domácnost ostatním členům rodiny a starat se jen o sebe.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví a rodinu. Nejvíce je spokojená se svým zaměstnáním, které ji neustále udržuje v kontaktu s lidmi a dodává jí pocit seberealizace. Výsledná hodnota dotazníku byla 77 a míra spokojenosti se životem 80.

4.1.12 Respondentka č. 12

Žena, 58 let, v důchodu, dříve pracovala jako kuchařka, 2 děti, trpěla stresovou formou močové inkontinence. Dnes po operaci.

Poprvé si žena začala všimnout úniku moči všimnout zhruba před šesti lety. Jak je v její povaze, problémy řeší v první řadě sama. Jelikož únik moči byl malý, ženě stačilo používat jen menstruační vložky. Uznává, že nepříjemné bylo, když na vložku zapomněla a musela se hned vrátit z vycházky domů.

V zaměstnání, kde pracovala jako kuchařka, musela chodit na toaletu zhruba 10× za dopoledne. Podle jejích slov to ale nebyl tak velký problém, poněvadž se v práci mohla osprchovat a převléci se. Následně si začala zjišťovat informace v časopisech, a jak sama říká, vyzkoušela snad všechny prostředky, které jsou běžně k dostání na našem trhu. Bohužel bez kladného výsledku. Dnes hodnotí reklamní letáky s výrobky

proti inkontinenci jako lživé, poněvadž jí samé vůbec nepomohly. Únik moči respondentku obtěžoval i v noci, což mělo za následek nepříliš kvalitní odpočinek. Žena nechápala, jak je možné, že ji trápí únik moče, když skoro vůbec nepije.

Po nějaké době se žena svěřila své gynekoložce a ta jí řekla, že toto je věc obvodního lékaře. Respondentka to opět nechala být. Problémy se časem zhoršovaly, žena nemohla opustit domov bez balíku vložek a náhradního oblečení. Trápil ji zápach, takže omezovala čas strávený ve společnosti. Při vzpomínání na jeden výlet s manželem respondentka vypráví, jak si každých pár metrů musela někam za strom odskočit. Moč unikala i při kašli, kýchnutí či smíchu. A to už ji „přestalo bavit“. Proto se své gynekoložce znovu svěřila, popsala své problémy a lékařka ji poslala do nemocnice do urogynekologické ambulance.

Po návštěvě urogynekologa a následném urodynamickém vyšetření začala respondentka užívat léky. Navštívila také úvodní hodinu cvičení s fyzioterapeutem, ale jelikož se jí zdály lekce příliš drahé, cvičila od té doby jen sama doma. Léky spolu s cvičením trochu pomohly. Nakonec byla ženě navrhnutá možnost operačního řešení a po získání všech informací žena páskovou operaci podstoupila v květnu 2010. A jak sama říká, výsledek si nemůže vynachválit. Od té doby nemá s únikem žádné problémy, v noci spí klidně a může chodit i na delší výlet. Dnes říká, že ví, že neměla tak dlouho čekat a snažit se problém řešit sama. Když potká jinou ženu, kterou trápí únik moči, doporučuje jí, aby to okamžitě začala řešit. Velkou oporou je pro ni její manžel, i díky němu se začala léčit.

Když dnes na období před operací vzpomíná, vybavuje si hlavně neustálé hlídání, zda má s sebou dostatek vložek, náhradní oblečení, zda je v blízkém okolí toaleta, když šla někam mimo domov, či zda není moč cítit. Dnes je ráda, že není v její hlavě na prvním místě močová inkontinence.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako svou prioritu rodinu a vztahy v ní. Se svým zdravím je nyní spokojená na 70 %. Výsledná hodnota dotazníku byla 98,5 a míra spokojenosti se životem 95.

4.1.13 Respondentka č. 13

Žena, 59 let, nyní v důchodu, 2 děti, dříve pracovala jako dělnice, trpěla stresovou formou močové inkontinence. Dnes po operaci.

První příznaky močové inkontinence se u respondentky objevily zhruba v jejích 40 letech. Jak popisuje, bylo to jen občas při kašli či kýchnutí. Od kamarádek se dozvěděla, že je to normální, že to má dneska skoro každá žena a zvláště po porodech, tak se tím více nezabývala. Občasné úniky moči řešila používáním menstruačních vložek.

Zhruba před čtyřmi lety však došlo ke zhoršení stavu. Jak žena uvádí, únik nastal při chůzi, zavolání, když vstala ze sedu, zvedla něco těžšího. Začala používat hygienické vložky kvůli případnému zápachu. Žena se rozhodla, že navštíví svého gynekologa, aby se mu mohla svěřit. Ten jí doporučil cvičení a předepsal léky. Respondentka si koupila i CD se cviky na pánevní dno a každý den tomu věnovala čas. Po šesti měsících cvičení a užívání léků nezaznamenala respondentka žádné zlepšení. Léčba se nezměnila. Zlom nastal ve chvíli, kdy si v časopise přečetla o páskové operaci. Zašla za svým lékařem, že by ráda operaci podstoupila. Nechce už totiž dál žít tímto způsobem, bojí se kamkoliv jít, nemá na to nervy. Byla velmi udivená, když jí sestřička operaci vřele doporučila se slovy, že když už se s tím trápí takovou dobu, že by bylo vhodné s tím něco udělat. K překvapení ženy měla v sesterně letáčky o TVT operacích. Jak respondentka říká, nechápe, proč nemají letáky i v čekárně, kde si pacientky spíš všimnou. Na ženinu žádost se její dcera podívala na internet, zda se tyto operace provádějí také v Českých Budějovicích. Když zjistila, že ano, hned se objednala. Jak uvádí, operací se bála, ale o páskovou operaci velmi stála.

Na urogynekologické ambulanci prošla vyšetřeními a při druhé návštěvě se s lékařem domluvili na termínu. Žena byla na operaci v listopadu 2010. V době rekonvalescence se snažila dodržovat klid, rodina ji v tom velmi podporovala.

Na otázku, v čem ji močová inkontinence nejvíce ovlivňovala, uvedla, že nejhůře na tom byla s psychikou. Před mužem se cítila hloupě, že tím trpí. Velmi jí

vadilo používat neustále vložky, připadala si jak „vycpaná“. Nosila stále v hlavě, že musí mít oblečení na převlečení, vložky v tašce, přemýšlet, kde se bude moci převléknout. Když šla nakupovat, každou chvíli si chodila měnit vložku. Jak říká, neustále měla strach, že nevěděla, kdy k úniku dojde, a tudíž se pořád pozorovala. S každým kýchnutím už věděla, že bude zase mokrá. Postupně přestávala chodit z domu, pokud to nebylo nutné. V zimě nosila jen dlouhé kabáty, v létě sukně. Kalhoty či kraťasy nepřipadaly v úvahu.

Nyní je čtyři měsíce po úspěšné operaci a je spokojená. Vrátila se ke společenskému životu, může se plně věnovat svým malým vnukům. Podle jejích slov si dnes nemá na co stěžovat. Už nemusí utrácet za vložky. Mimo jiné dodává: „reklamu na ně bych jim hodila na hlavu, cožpak se dá takhle žít?“ Dnes si vyčítá, jak byla hloupá, když poslechla kamarádky a inkontinenci neřešila dřív. Nechápe, proč se ženy stydí o úniku hovořit. Jak říká, je to problém jako jakýkoliv jiný a stydět se před doktorem? – vždyť je to jeho práce! Když má člověk problém a existuje řešení, proč ho nevyužít? Chválí si dostupnost informací. V mnoha časopisech se o inkontinenci píše a ženy tak mají možnost dozvědět se o ní a jejím řešení více.

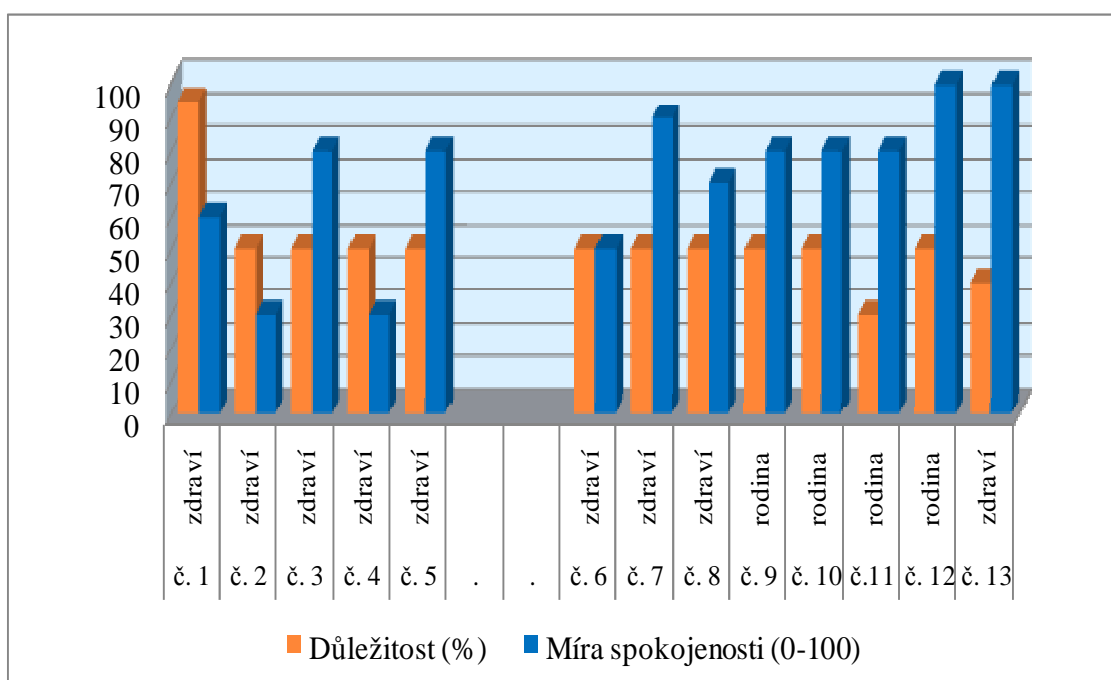
I přes úspěšnou operaci strašák z močové inkontinence nezmizel. Jednou se u ženy objevily časté urgency. V tu chvíli přestala jíst, a jak uvádí, měla panický strach z toho, že se to všechno zase vrátí. Naštěstí to bylo jen nachlazení a během jednoho dne bylo vše v pořádku.

V dotazníku SEIQoL respondentka označila jako nejdůležitější zdraví a rodinu. Nyní je se svým životem plně spokojena a užívá si své rodiny. Výsledná hodnota dotazníku byla 100 a míra životní spokojenosti 100.

4.2 Interpretace výsledků z dotazníku SEIQoL

Graf 1

Výčet nejfrekventovanějších životních cílů žen s močovou inkontinencí (č. 1–5) a žen vyléčených (č. 6–13), jejich důležitost a míra spokojenosti

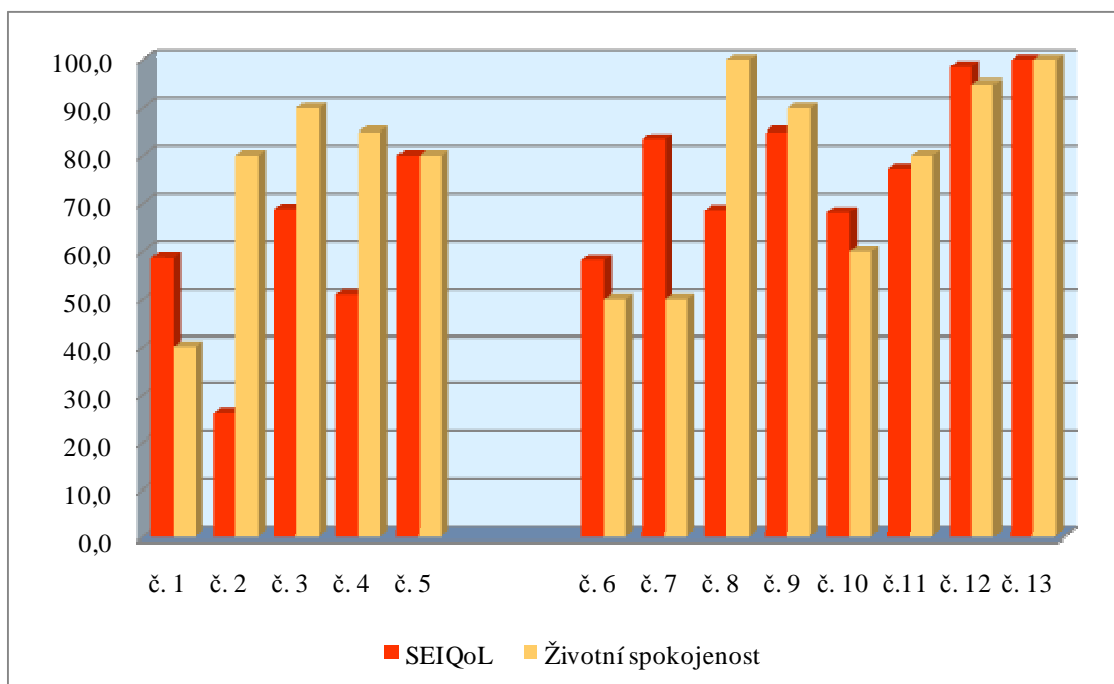


Zdroj: vlastní

Z grafu 1 vyplývá, že zdraví je na prvním místě v důležitosti pro všechny ženy (100 %), které stále trpí močovou inkontinencí. Pro ženy, které jsou již vyléčené, je zdraví důležité pro 4 (50 %) z nich a pro zbývající 4 (50 %) je to rodina. Dále z grafu vyplývá, že 3 (60 %) ženy z první skupiny uvedly, že míra jejich spokojenosti se zdravím je nižší, než jakou mu přiřkládají důležitost a pro 2 (40 %) ženy je míra spokojenosti vyšší než jeho důležitost. U žen z druhé skupiny pouze jedna respondentka (12,5 %) uvádí míru spokojenosti se zdravím shodnou s jeho důležitostí a všech 7 (87,5 %) zbývajících žen uvádí míru spokojenosti vyšší než důležitost zdraví (3 ženy – 37,5 %) a rodiny (4 ženy – 50 %).

Graf 2

Srovnání výsledných hodnot kvality života a míry spokojenosti se životem u žen s močovou inkontinencí (č. 1–5) a u žen vyléčených (č. 6–13), dle dotazníku SEIQoL

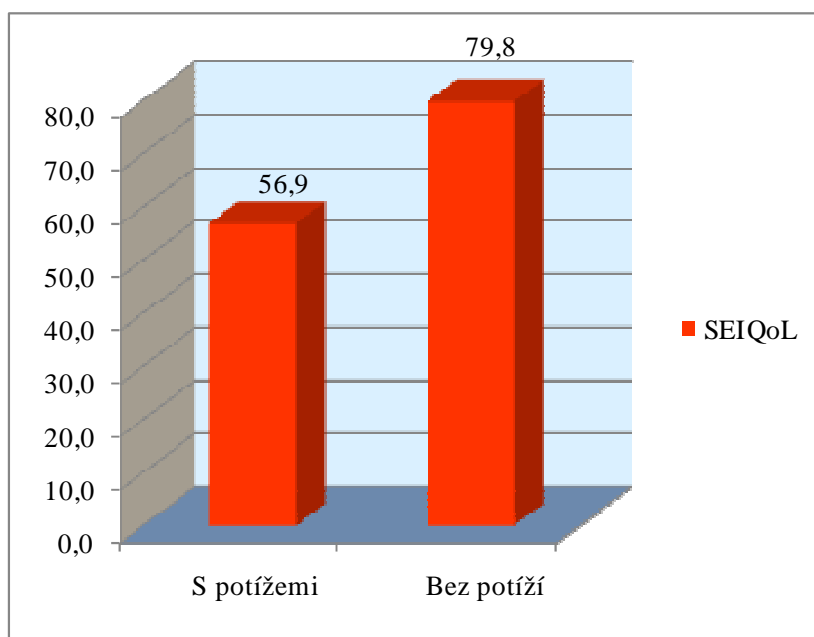


Zdroj: vlastní

Z grafu 2 vyplývá, že výsledná hodnota kvality života u žen s močovou inkontinencí má pro 1 (20 %) z nich vyšší hodnotu než míra spokojenosti se životem, pro 3 (60 %) ženy má nižší hodnotu a pro 1 (20 %) ženu je hodnota kvality života stejná, jako míra spokojenosti se životem. U žen, které se již s močovou inkontinencí neléčí, je hodnota kvality života vyšší než míra spokojenosti se životem pro 4 (50 %) ženy, nižší pro 3 (37,5 %) ženy a pro 1 (12,5 %) ženu je stejná.

Graf 3

Průměrná hodnota kvality života dle SEIQoL u žen s močovou inkontinencí a žen, které se s močovou inkontinencí již neléčí

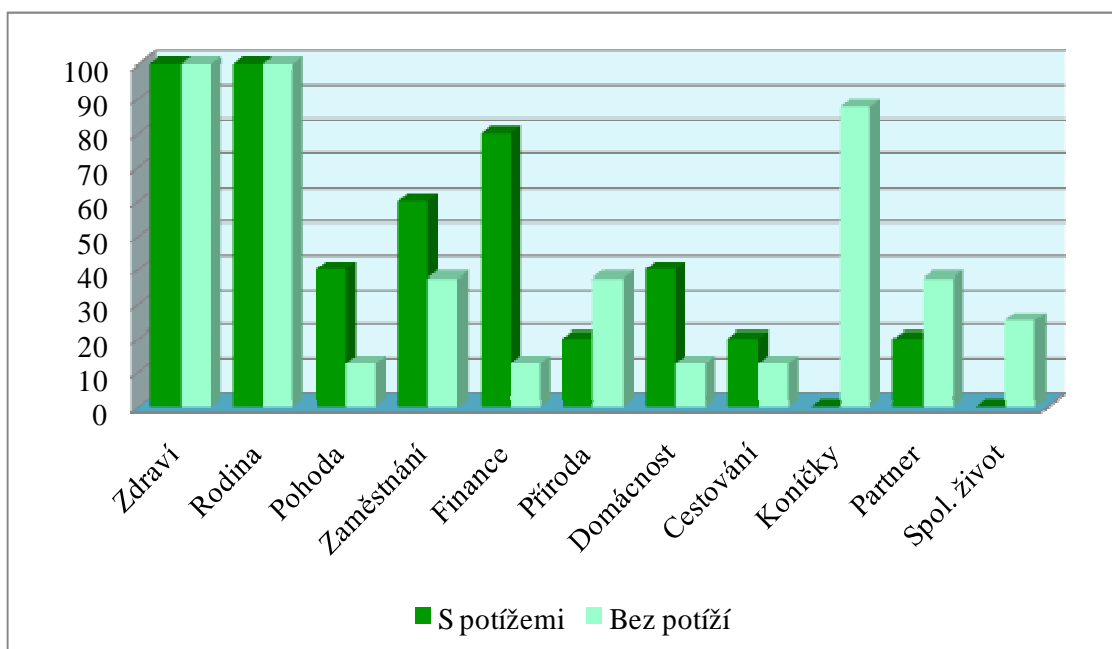


Zdroj: vlastní

Z grafu 3 vyplývá, že výsledná hodnota kvality života zjištěna metodou SEIQoL má pro ženy s močovou inkontinencí hodnotu 56,9. Naproti tomu pro ženy, které se již s močovou inkontinencí neléčí, je hodnota 79,8. Celkem se vyjádřilo třináct respondentek, z toho pět žen s močovou inkontinencí a osm žen, které se již neléčí.

Graf č. 4

Procento respondentek uvádějících jednotlivé životní cíle v kolonce Důležitost (některé cíle byly zkumulovány, např. zahrádka a chalupa do "koníčků")

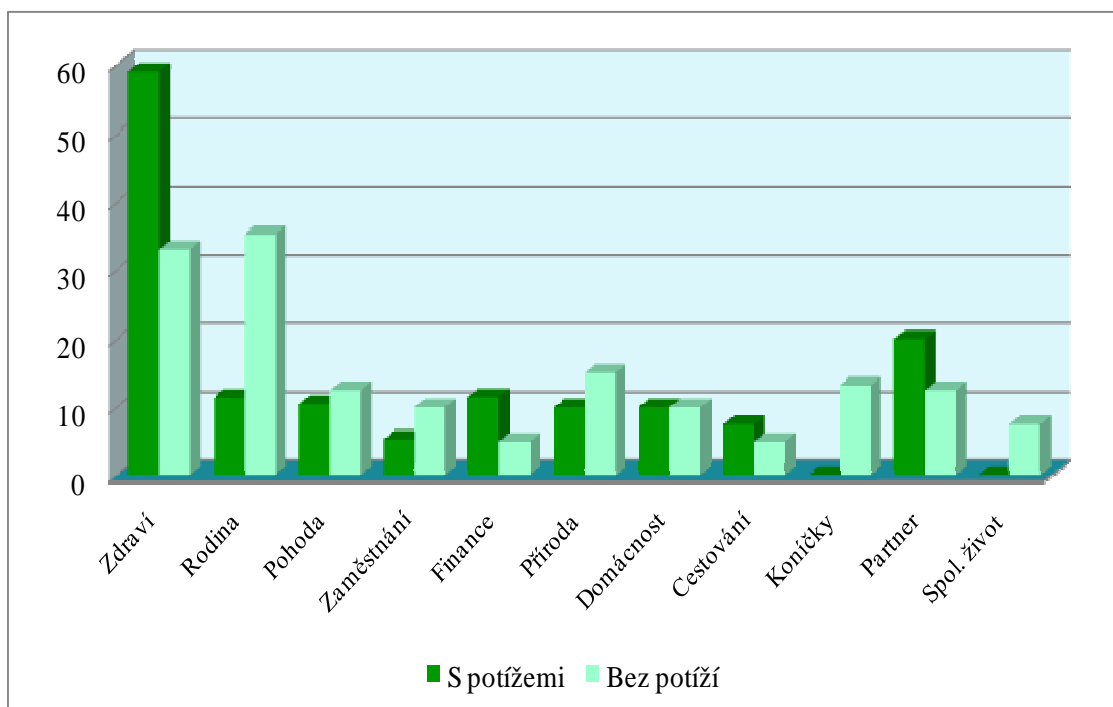


Zdroj: vlastní

Z grafu 4 vyplývá, že všech 13 (100 %) respondentek uvedlo zdraví a rodinu jako jeden z životních cílů. Dále vyplývá, že 2 ženy s močovou inkontinencí uvedly jako životní cíl pohodu, 3 ženy zaměstnání, 4 finance, 1 žena přírodu, 2 ženy domácnost, 1 žena cestování, 2 ženy partnera a žádná z nich neuvedla koníčky a společenský život. Z žen, které již inkontinencí netrpí, uvedla 1 žena jako jeden z životních cílů pohodu, 3 ženy zaměstnání, 1 žena finance, 3 ženy přírodu, 1 žena domácnost, 1 žena cestování, 7 žen koníčky, 3 ženy partnera a 2 ženy společenský život. K nejvýraznějšímu rozdílu mezi oběma skupinami žen došlo u životního cíle finance a koníčky.

Graf č. 5

Percentuální vyjádření průměrné hodnoty Důležitosti jednotlivých životních cílů (procenta jsou vztažena k počtu respondentek, které jednotlivý životní cíl uvedly, ne k celkovému počtu respondentek, tento vztah je řešen v předchozím grafu)

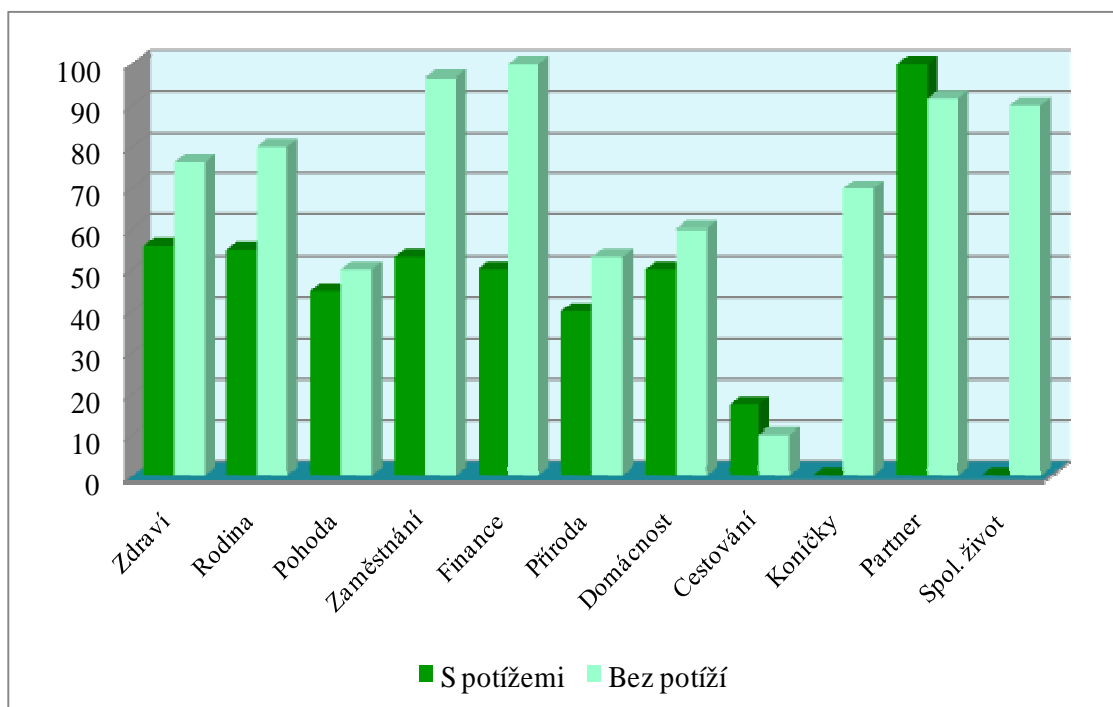


Zdroj: vlastní

Z grafu 5 vyplývá, že ženy s močovou inkontinencí ohodnotily důležitost životního cíle (pokud ho vůbec uvedly) takto: zdraví v průměru na 59 %, rodinu na 11,4 %, pohodu na 11 %, zaměstnání na 5,3 %, finance na 11,5 %, přírodu a domácnost na 10 %, cestování na 7,5 %, partnera na 20 % a koníčky a společenský život nevedly vůbec. Ženy, které se již neléčí, důležitost ohodnotily takto: zdraví na 33,1 %, rodinu na 35,3 %, pohoda a partnera na 12,5 %, zaměstnání a domácnost na 10 %, finance a cestování na 5 %, přírodu na 15 %, koníčky na 13,2 % a společenský život na 12,5 %. K nejvýraznějšímu rozdílu mezi oběma skupinami žen došlo u dvou nejčastějších životních cílů zdraví a rodina, kdy pro inkontinentní ženy je výrazně důležitější zdraví oproti rodině, zatímco pro ženy bez potíží je rodina a zdraví téměř stejně důležitá.

Graf č. 6

Percentuální vyjádření hodnoty Míra spokojenosti jednotlivých životních cílů (procenta jsou vztažena k počtu respondentek, které jednotlivý životní cíl uvedly, ne k celkovému počtu)



Zdroj: vlastní

Z grafu 6 vyplývá, že prakticky u všech cílů je míra spokojenosti u vyléčených žen vyšší než u žen s inkontinencí, a to výrazně v zaměstnání (96,7 %), financích (100 %), koníčkách (70 %) a v společenském životě (90 %). Naopak u žen s močovou inkontinencí je míra spokojenosti vyšší než u vyléčených žen jen u cestování (18 %) a u partnera (100 %).

4.3 Edukační program, jak zvýšit kvalitu života žen s inkontinencí z hlediska porodní asistentky

Edukační program je pojat formou přednášky pro porodní asistentky. Dozvěděly by se zde, jak mohou ženám s močovou inkontinencí pomoci ke zlepšení jejich kvality života. Toho je možné dosáhnout jen tehdy, budou-li porodní asistentky dostatečně informovány.

Program přednášky:

1. Zahájení – seznámení s problematikou močové inkontinence
2. Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce (viz kapitola 1.2)
3. Prevence vzniku močové inkontinence
 - primární (seznámení s druhy cviků používané k prevenci vzniku močové inkontinence)
 - sekundární (seznámení s druhy cviků při již vzniklé močové inkontinenci)
4. Terapie močové inkontinence (viz kapitola 1.6)
5. Přístup porodní asistentky ke klientce
 - věnovat klientce dostatek času
 - provést důkladnou anamnézu
 - být empatická
 - umět komunikovat
 - hodnotit složky verbální i nonverbální komunikace
 - strategie jednání se ženou i jejím partnerem
6. Týmová spolupráce
 - v rámci ucelené rehabilitace spolupráce s psychologem

- výměna informací s praktickým lékařem, gynekologem, neurologem, urogynekologem

7. Zohlednění sociálních aspektů života

- co si žena může z ekonomického pohledu dovolit

8. Školení (viz kapitola 4.3.1)

Výstup z přednášky:

- tištěná a elektronická publikace na stránkách nemocnice obsahující: – otázky a odpovědi účastníků přednášky
– kontakty na jednotlivá pracoviště

4.3.1 Školení odborníkem v oblasti močové inkontinence

- Před sestavením obsahu školení je třeba zjistit pomocí dotazníkového šetření, co porodní asistentky nejvíce zajímá a v jaké oblasti nejvíce postrádají informace.
- Kvůli úspoře času a peněz navrhuji jednodenní školení.

Program školení:

1. Anatomie a patofyziologie močového ústrojí a etiologie vzniku močové inkontinence
2. Prevence vzniku močové inkontinence (primární a sekundární)
3. Výklad psychologa
 - jak se ženami komunikovat
 - jak k ženám přistupovat
4. Výklad rehabilitačního pracovníka
5. Výklad zástupce firmy pro inkontinentní pomůcky

– informace o pomůckách, dostupných na trhu

6. Výklad zástupce zdravotní pojišťovny

– informace o nabídce zdravotních pojišťoven o proplácení pomůcek

– diskuze na téma seminářů proplácených zdravotními pojišťovnami

Výstup ze školení:

- tištěná a elektronická publikace na stránkách nemocnice obsahující: – otázky a odpovědi účastníků školení

– kontakty na jednotlivá pracoviště

5 Diskuse

Močová inkontinence u žen není chorobou ve vlastním slova smyslu, ale příznakem, který má různé příčiny. Odhaduje se, že až 30–50 % žen udává občasný únik moči. Inkontinence je také úzce spjata s otázkou kvality života, a to do té míry, že dlouhodobé neřešení tohoto problému nepůsobí ženě jen dyskomfort, ale vylučuje ji z řady společenských, osobních i pracovních aktivit, a může vést až k tělesné i duševní invalidizaci v pravém slova smyslu.

Výzkum probíhal v průběhu března a dubna roku 2011 v Českých Budějovicích a přilehlém okolí. Celkem bylo provedeno třináct hloubkových rozhovorů.

Problém močové inkontinence je velmi rozšířený, ale na druhé straně také tabuizovaný. Ženy často o svých potížích s únikem moči nehovoří ani se svou rodinou, ani se svým partnerem. Tím se dostávají ještě pod větší tlak, kdy se snaha skrýt problém před okolím dostává i do ženina podvědomí a ona je tím pádem neustále ve stresu nejen mimo svůj domov, ale i v rodinném prostředí. Jak bylo v rozhovorech zjištěno, nejvíce ženy trpí v oblasti psychosociálních potřeb. Všech třináct respondentek uvedlo, že je močová inkontinence nejvíce ovlivňovala po psychické stránce. Neustále se strachovaly, že nenajdou toaletu, měly pocit, že inkontinence ovládá veškerý jejich čas. Měly také obavy z možného zápachu. To potvrzuje ve své publikaci i Sochorová s Vránovou, které popisují, že ženy obecně vnímají inkontinenci jako zásah do psychické intimity a autonomie a mají pocit nejistoty, studu, strachu ze zápachu a pomočení. (38) Jak uvádí Mastiliaková, osoba, která je vyvedena z psychické rovnováhy, mívá zvýšený počet kontrakcí močového měchýře a pocit nucení na močení. (32) A to je velký problém, na který se nesmí zapomínat. Inkontinence a psychika spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují.

Další šetření bylo zaměřeno na zjišťování informací. Zarazilo mě, že osm žen (61,5 %) v průměrném věku 66 let samostatně žádné informace nezjišťovalo. Poprvé se o močové inkontinenci, její diagnostice a následné léčbě ženy dověděly od lékaře. Sedm

(87,5 %) z nich se lékaři svěřilo až po několika letech, kdy se u nich močová inkontinence poprvé objevila. Dvě ženy (15,3 %) v průměrném věku 56 let získávaly informace z letáků a časopisů, ale i ony se lékaři svěřily až po mnoha letech, kdy samoléčba neměla kladné výsledky. Jedna žena (7,7 %) ve věku 46 let měla k dispozici informace díky svému povolání zdravotní sestry, kdy využívala odborné brožury. Jedna žena (7,7 %) ve věku 59 si informace zjišťovala z časopisů a také si zakoupila CD s doporučenými cviky. Pouze jedna žena (7,7 %) ve věku 35 let využívala mimo časopisů také internet. Deset žen (76,9 %) se svěřilo lékaři s únikem moči až po několika letech a to v době, kdy situace byla neudržitelná, dvě ženy (15,3 %) navštívily lékaře a následně se mu svěřily kvůli jiným gynekologickým obtížím a pouze jedna žena (7,9 %) se svěřila lékaři ihned po manifestaci obtíží. Jak potvrzují Sochorová s Vávrovou, problémem mnoha žen je, že svůj problém s inkontinencí nekonzultují s lékařem. (38). Poté, co jsem vyslechla hodnocení žen, jak moc je inkontinence omezovala, jsem byla překvapená, že se více nesháněly po informacích, jak problém řešit.

Deset respondentek (76,9 %) poprvé navštívilo lékaře jen kvůli postupnému zhoršení stavu. To dokládá i odpověď Marady na dotaz pacienta, kde uvádí, že u většiny typů inkontinence moči dochází časem ke zhoršení. (28)

Ačkoliv z rozhovorů vyplynulo, že pro respondentky byla, či stále je, močová inkontinence velká zátěž, která jim zasahuje do nezákladnějších činností v životě, některým trvalo mnoho let, než se svěřily lékaři. Jedna žena (7,7 %) se odhodlala po pěti letech, jedna žena (7,7 %) po devíti letech, dvě ženy (15,4 %) se zdráhaly o úniku moči s lékařem hovořit deset let a jedna žena (7,7 %) žila bez odborné pomoci dokonce dvacet let. Horčíčka potvrzuje, že podle dlouhodobých výzkumů trvá pacientce až tři roky, než se poprvé svěří se svým problémem ošetřujícímu personálu. (15)

K doplnění výzkumu jsem použila metodiku SEIQoL, jejímž prostřednictvím jsem zjišťovala důležitost a míru spokojenosti s jednotlivými životními cíly, které si respondentky samy zvolily, a z jejich ohodnocení jsem získala hodnotu kvality života. Abych mohla posoudit eventuální změny v kvalitě života, oslovila jsem ženy s močovou

inkontinencí a ženy, které močovou inkontinencí dříve trpěly a nyní se již neléčí. Jak je patrné z grafu 3, hodnota kvality života je u žen s močovou inkontinencí v průměru 56,9, což je nižší o 20,2 oproti ženám vyléčeným, jejichž hodnota kvality života je 79,8. Z grafu 1 vyplývá, že zdraví je na prvním místě v důležitosti pro všechny ženy (100 %), které stále trpí močovou inkontinencí. Pro ženy, které jsou již vyléčené, je zdraví důležité pro čtyři (50 %) z nich a pro zbývající čtyři (50 %) je to rodina. Dále z grafu vyplývá, že tři (60 %) ženy z první skupiny uvedly, že míra jejich spokojenosti se zdravím je nižší, než jakou mu přiřkládají důležitost a pro dvě (40 %) ženy je míra spokojenosti vyšší než jeho důležitost. U žen z druhé skupiny, kde jsou ženy již vyléčené, pouze jedna respondentka (12,5 %) uvedla míru spokojenosti se zdravím shodnou s jeho důležitostí a všech sedm (87,5 %) zbývajících žen uvádí míru spokojenosti vyšší než důležitost zdraví.

Jak je patrné z grafu 2, výsledná hodnota kvality života u žen s močovou inkontinencí má pro jednu (20 %) z nich vyšší hodnotu než míra spokojenosti se životem, pro tři (60 %) ženy má nižší hodnotu a pro jednu (20 %) ženu je hodnota kvality života stejná, jako míra spokojenosti se životem. U žen, které se již s močovou inkontinencí neléčí, je hodnota kvality života vyšší než míra spokojenosti se životem pro čtyři (50 %) ženy, nižší pro tři (37,5 %) ženy a pro jednu (12,5 %) ženu je stejná. To potvrzuje můj předpoklad, že hodnota kvality života u žen s močovou inkontinencí je v průměru nižší než celková spokojenost se životem oproti ženám vyléčeným, kde v 50 % je hodnota kvality života vyšší než spokojenost se životem. Myslím si, že je to tím, že u vyléčených žen není močová inkontinence – hlavní faktor snižující kvalitu života – aktivní a proto se mohou ženy soustředit i na jiné faktory, které jim spokojenost se životem snižují.

K nejvýraznějšímu rozdílu mezi oběma skupinami žen došlo u životního cíle finance a koníčky. Finance byly důležité pro čtyři (80 %) ženy s močovou inkontinencí, z žen vyléčených finance uvedla jen jedna (7,7 %). Koníčky neuvedla žádná inkontinentní žena, naproti tomu sedm (53,8 %) vyléčených žen je uvedlo jako svůj životní cíl. To ukazuje, co pro ženy s močovou inkontinencí není prioritní – koníčky. Ze

samotných rozhovorů vyplynulo, že se musí kvůli úniku moči vzdát svých volnočasových aktivit a spíše zůstávají doma.

K nejvýraznějšímu rozdílu mezi oběma skupinami žen došlo u dvou nejčastějších životních cílů zdraví a rodina, kdy pro inkontinentní ženy je výrazně důležitější zdraví oproti rodině, zatímco pro ženy bez potíží má rodina a zdraví téměř stejnou důležitost. To je možné vidět na grafu 5, kde ženy s močovou inkontinencí ohodnotily zdraví v průměru na 59 % a rodinu na 11,4 %, naproti tomu ženy, které se již neléčí, přidělily zdraví 33,1 % a rodině 35,3 %.

Zarazilo mě, že přes relativně velkou reklamní kampaň na speciální hygienické vložky na močovou inkontinenci, se 11 žen (84,7 %) zpočátku spokojilo pouze s menstruačními vložkami. Marada upozorňuje na to, že v první fázi mnohé ženy řeší obtíže menstruačními vložkami. (28) Zde se ukazuje, jak důležitá by byla edukace žen porodními asistentkami o možnosti využívání speciálních hygienických vložek, které z části hradí pojišťovna. To by mělo za následek i zlepšení finanční situace pacientek. Nehledě na to, že by ženy nemusely používat vložky vůbec, kdyby byly dostatečně informovány o jiném způsobu řešení.

Myslím si, že ženy podceňují snahu mít zájem shromažďovat informace. Výzkum ukázal, že mnoho žen nechalo močovou inkontinencí vyústit na nejvyšší možnou míru a až v té době se rozhodly problém řešit. Tady vidím příčinu v nedostatečné informovanosti ze stran lékařů, zdravotníků i dalších organizací zabývajících se zdravím člověka. Je nutné ženy důsledně varovat před možnými následky a nedovolit jim nechat inkontinenci dojít až do stavu, kdy jsou zcela narušeny i ty nejzákladnější lidské potřeby.

Velmi mě zarazil celkový přístup žen, který byl s vyšším věkem respondentek pasivnější. Kromě jediné respondentky žádná nepracovala s internetem. Ačkoliv v mnoha případech k němu měla přístup. V dnešní době, kdy se dá najít mnoho kvalitních odborných informací, je škoda ho nevyužít. Tady vidím i nedostatečné zapojení členů rodiny do problému močové inkontinence. Ženy by měly brát únik jako jednu z „nemocí“ a ne se za ni stydět. Měly by využít všech možností, které jim členové

rodiny mohou nabídnout. Jeden příklad za všechny: starším ženám by mohly děti či vnoučata pomoci získat potřebné informace právě na již zmiňovaném internetu. Ačkoliv si to členové rodiny třeba neuvědomují, inkontinence se netýká jen jejich manželky či matky. Ovlivňuje celkové prostředí v rodině. Mnoho žen upřednostňuje rodinu před sebou samými, aniž by si uvědomovaly, že i ony jsou jejími právoplatnými členy. Proto by měla být péče o vlastní osobu stejně důležitá, jako o ostatní. V tomto vidím další důležitou roli porodní asistentky, která by měla ženám vštěpovat, že jen zdravý a spokojený jedinec může pomoci i ostatním k jejich vlastnímu zdraví a spokojenosti. Ženy by měly znát hesla typu: „Nemůžu pomoci nikomu jinému, dokud nepomůžu sama sobě!“ a „Pečuji o sebe, neboť i já jsem členem rodiny!“

Myslím si, že by mělo být více zdůrazněno riziko, jež močová inkontinence přináší. Řešení spatřuji ve zvýšení počtu informačních brožur a letáků v čekárnách praktických lékařů či gynekologů, také v častějších prezentacích video spotů o močové inkontinenci na obrazovkách, které v mnoha čekárnách již jsou. Jak výzkum ukázal, ženy nepokračovaly s cvičením pod dohledem fyzioterapeuta kvůli financím. Věřím, že částka byla pro mnohé příliš vysoká, ale do čeho jiného než do zdraví bychom měli investovat? Jako jedna z možností by se mi líbila uspořádat dvoudenní seminář pro ženy s močovou inkontinencí, kdy první den by byl složen z přednášek o vzniku, diagnostice a terapii močové inkontinence a den druhý by byl věnován cvičení. Ženy by prošly teoretickou částí, kde by se dozvěděly, jak se cviky provádějí a jaký mají efekt, a následně by se zúčastnily lekce s fyzioterapeuty. Při ní by si vyzkoušely jednotlivé cviky, seznámily se s pomůckami a mohly se na cokoliv zeptat. Tím by se docílilo okamžité zpětné vazby, která u cvičení podle knih není. Bylo by hezké, kdyby tyto semináře byly z části placené zdravotními pojišťovnami a z části samotnými ženami, pro které by částka nebyla již tak vysoká, protože by se o ni dělilo více žen.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala močovou inkontinencí a jejím dopadem na kvalitu života žen, které jí trpí. První cíl – zjišťování vnímání kvality života ženy s inkontinencí – byl splněn pomocí hloubkového rozhovoru a metodiky SEIQoL. Druhý cíl – zjišťování informovanosti žen a způsob získávání informací o inkontinenci – byl také splněn. Stejně tak byl splněn třetí cíl – sepsání edukačního programu, jak zvýšit kvalitu života žen s inkontinencí z hlediska porodní asistentky.

První výzkumná otázka – *v jakých oblastech života vnímají ženy inkontinenci jako největší přítěž* – ukázala, že nejvíce postihuje psychiku člověka. Močová inkontinence ovlivňuje myšlení žen tím, že soustřeďuje veškerou pozornost na sebe. To také způsobuje omezení společenského života a snižuje čas strávený s rodinou. Druhá výzkumná otázka – *kde ženy získávají informace o inkontinenci* – ukázala, že si ženy většinou informace samy nevyhledávají a spoléhají se až na ty, které dostanou od lékaře. To má za následek, že jsou bez jakýchkoliv informací mnoho let, protože rozhovor s lékařem na toto téma dlouho odkládají. Třetí výzkumná otázka – *jak pomohla ženám informovanost o problematice inkontinence ke zlepšení kvality života* – ukázala, že až ve chvíli, kdy obdržely ucelené informace od lékaře specialisty, se ženy rozhodly problém s inkontinencí neprodleně řešit. Do té doby se většina z nich spoléhala jen na samoléčbu, která nebyla účinná.

Podle informací získaných díky rozhovorům se ženami s močovou inkontinencí a s těmi, které jsou nyní již bez problémů, se dá předpokládat, že hodnota kvality života je u inkontinentních žen výrazně snižena. Díky šetření, ve kterém jsem použila metodiku SEIQoL, se moje domněnka částečně potvrdila, ale ne v takové míře, jakou jsem předpokládala. Hodnota kvality života byla u inkontinentních žen o 22,9 % nižší než u žen vyléčených. Naproti tomu se ukázalo, že míra spokojenosti s nejdůležitějším životním cílem nebyla u vyléčených žen nikdy nižší než jeho důležitost, zatímco u inkontinentních byla míra spokojenosti nižší v 60 % případů, viz graf č. 1.

Informovanost žen do značné míry souvisí s věkem a tím pádem i zdrojem, ze kterého čerpají. K mému velkému překvapení se v rozhovorech ukázalo, že si osm žen (61,5 %) v průměrném věku 66 let samostatně žádné informace nezjišťovalo. Poprvé se o močové inkontinenci, její diagnostice a následné léčbě ženy dověděly od lékaře. Sedm (87,5 %) z nich se lékaři svěřilo až po několika letech, kdy se u nich močová inkontinence poprvé objevila. Dvě ženy (15,3 %) v průměrném věku 56 let čerpaly informace z letáků a časopisů, ale i ony se lékaři svěřily až po mnoha letech, kdy samoléčba neměla kladné výsledky. Jedna žena (7,7 %) ve věku 46 let měla k dispozici informace díky svému zaměstnání zdravotní sestry a využívala rovněž odborné brožury. Jedna žena (7,7 %) ve věku 59 si informace zjišťovala z časopisů a také si zakoupila CD s doporučenými cviky. Pouze jediná žena (7,7 %) ve věku 35 let využívala mimo časopisů také internet.

Šetření dále ukázalo, že ve chvíli, kdy ženy získaly potřebné informace na urogynekologické ambulanci, rozhodly se neprodleně problém s únikem moči řešit. To se však stalo až po mnoha letech od začátku jejich problému. Pouze jedna žena, která se dočetla o páskové operaci, o ní řekla svému gynekologovi, a ten ji proto doporučil návštěvu urogynekologické ambulance. Je tedy důležité, aby zdravotničtí pracovníci u praktických lékařů či gynekologů byli informováni o nejnovějších poznatcích v oblasti diagnostiky a terapie močové inkontinence, která se v současné době stále rozvíjí. Prostřednictvím větší osvěty by se ženy více zajímaly o možnosti léčby. Zde se ukazuje nezastupitelná role porodní asistentky, která by mohla v rámci aplikace ošetrovatelského procesu aktivně vyhledávat ženy s močovou inkontinencí, edukovat je o správné životosprávě, nutnosti dostatečného pitného režimu a informovat je o možnostech léčby, které v dnešní době existují.

V rámci edukace by měly porodní asistentky spolupracovat s fyzioterapeuty na sestavení tištěných brožur nebo videí se cviky na posílení svalů pánevního dna. Edukace žen by mohla probíhat formou přednášek, letáků volně rozmístěných v čekárnách zdravotnických zařízení či formou workshopů, kde by si ženy mohly cviky přímo vyzkoušet. Dále by měly porodní asistentky spolupracovat s psychology, aby věděly, jak jednat se ženami, které se o svém problému zdráhají mluvit. Tím by se zajistila lepší

informovanost žen o dané problematice a došlo by ke zlepšení kvality života, která je díky nedostatečné informovanosti narušena.

7 Seznam použité literatury

1. ABRAMS, P., et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourol.Urolyn.* [online]. 2009. Dostupný z WWW: <<http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=605>>.
2. ABRAMS, P., et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourol.Urolyn.* [online]. 2004. Dostupné z WWW: <<http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=2>>.
3. BARDOVÁ, M. Co přináší management inkontinence? *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, roč. 7. s.15. ISSN 1210-0404.
4. CITTERBART, K., et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
5. ČERMÁK, A., PACÍK, D. *Inkontinence moči*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
6. EPI-NO. *Inkontinence*. [online]. Dostupný z WWW: <http://www.epino.cz/epi-no/inkontinence.html>.
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
8. FRANTÁLOVÁ, D. Až dvacet procent rodiček trápí inkontinence moči, *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2007, roč. 17. s. 3. ISSN 1210-0404.
9. HALAŠKA, M. OAB – choroba (téměř) pětiny populace, *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2006, roč. 16. s. 12. ISSN 1210-0404.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života, sborník příspěvků z konference*. Hnilicová, H. Vydáno v rámci řešení projektu: Podpora zdraví na úrovni kraje – determinanty zdraví a nová zdravotní politika (investice do

zdraví) NO/7701-3, OK 12. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s 9–21. ISBN 80-86625-20-6.

11. HOŘČIČKA, L. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Moderní babičství* [online]. 2006, 9. Dostupné z WWW: <www.levret.cz>.
12. HOŘČIČKA, L. Cvičení svalů pánevního dna - možnosti konzervativní léčby inkontinence moči. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2008, roč. 1, s. 40–41. ISSN 1210-0404.
13. HOŘČIČKA, L. Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2007, roč. 17, s. 6–8. ISSN 1210-0404.
14. HOŘČIČKA, L. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, s. 22–25. ISSN 1214-0732.
15. HOŘČIČKA, L. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. *Sestra, Tématický sešit: Inkontinence*. 2009, roč. 2, s. 67–68. ISSN 1210-0404.
16. CHMEL, R. Chirurgická léčba ženské stresové močové inkontinence, *Lékařské listy, mimořádná příloha*. 2003, č. 38. s. 23–24. ISSN 0044-1996.
17. CHMEL, R. Ženská močová inkontinence – symptom snižující kvalitu života. *Gynekologie*. 2008, roč. 11, č. 5, s. 158–161. ISSN 1212-0197.
18. CHMEL, R. Současné možnosti léčby ženské močové inkontinence. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urogynekologie*. 2002, č. 38, s. 19–21. ISSN 1214-7664.
19. CHMEL, R. Chirurgická léčba ženské stresové močové inkontinence. *Močová inkontinence* [online]. 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky1.html>>.
20. JANEČKOVÁ, P. Psychosociální aspekty tyreopatie. Brno, 2008. 210 s. Dizertační práce. Masarykova universita.

21. JIRKOVSKÁ, L., TAKÁČOVÁ, M. Pacientka a sestra na urogynekologické ambulanci. *Sestra*, mimořádná příloha: *Inkontinence*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 9. ISSN 1210-0404.
22. JOHNSON&JOHNSON. Portfolio pásek Gynecare. *Zajištění kontinence, Výrobová řada pro její řešení*. [online]. 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.inkontinence.com/images/articles/Gynecare.pdf>>.
23. KAŠÍKOVÁ, E. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví* [online]. 2008, 16. Dostupné z WWW: <www.levret.cz>.
24. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha: Maxdorf, 2009. 148 s. ISBN 80-7345-125-5.
25. KRČMÁŘ, M. Stresová inkontinence moči u žen po porodu. *Sestra, Tematický sešit 295: Inkontinence*. 2010, roč. 20, s. 40. ISSN 1210-0404.
26. KROFTA, L., et al. Konzervativní terapie inkontinence. *Postgraduální medicína: Urogynekologie*. 2003, roč. 5, č. 8, s. 890–898. ISSN 1212-4184.
27. PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON. 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
28. MARADA, T. Inkontinence – nepříjemný problém. *Sestra*. 2008, roč. 6, s. 9–10. ISSN 1210-0404.
29. MARTAN, A. Konzervativní léčba inkontinence moči, *Lékařské listy, mimořádná příloha: Urogynekologie*. 2003, č. 26, s. 16. ISSN 0044-1996.
30. MARTAN, A., a kol. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha: PanMed, s.r.o., 2001. 190 s. ISBN 80-903049-0-7.
31. MARTAN, A., a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf. 2005. s. 79. ISBN 80-7345-076-3.
32. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.

33. NOVÁČKOVÁ, M., CHMEL, R. Inkontinence moči u žen a její terapie. *Causa subita, Gynekologie*. 2006, roč. 9, č. 4, s. 141–143. ISSN 1212-0197.
34. OBORNÝ, T., GÄRTNER, M. Inkontinence není neřešitelný problém!. *Sestra: Tematický sešit: Urologie, neurologie*. 2009, 10, s. 66. ISSN 1210-0404.
35. OTČENÁŠEK, M. Mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2008, roč. 18, č. 6, s. 14–15. ISSN 1210-0404.
36. ROKYTA, R., et al. *Somatologie*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwert ČR, a.s., 2009. 260 s. ISBN 978-80-73-57-454-3.
37. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada Publishing. 2007, 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
38. SOCHOROVÁ, N., VRÁNOVÁ, V. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5. s. 263–266. ISSN 1213-1768.
39. SKŘIVÁNEK, A. Obezita v gynekologické ambulanci. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urologie*. 2009, č. 3, s. 24–26. ISSN 1214-7664.
40. VIK, V. et al. Periuretrální implantáty u stresové inkontinence (injectables) – opomíjená metoda léčby?. *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 12. s. 720–723. ISSN 0032-6739.
41. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.

8 Klíčová slova

inkontinence moči

kvalita života

porodní asistentka

terapie

únik moči

žena

9 Přílohy

1. Příloha 1 – Přehledné zpracování dotazníků SEIQoL
2. Příloha 2 – TVT, TVT-O, Bulkamid, EPI-NO
3. Příloha 3 – Gymnastika svalů pánevního dna

Příloha 1:

Přehledné zpracování dotazníků SEIQoL

Respondent s potížemi bez potíží	Životní cíle	Důležitost (%)	Míra spokojenosti (%)	Životní spokojenost	SEIQoL
č. 1	zdraví	95	60		
	rodina	2	50		
	pohoda	1	10		
	zaměstnání	1	50		
	finance	1	10		
				č. 1	40
č. 2	zdraví	50	30		
	rodina	20	20		
	příroda	10	40		
	domácnost	10	20		
	cestování	10	10		
				č. 2	80
č. 3	zdraví	50	80		
	finance	30	60		
	zaměstnání	10	60		
	rodina	5	70		
	cestování	5	25		
				č. 3	90

č. 4	zdraví	50	30		
	přítel	20	100		
	rodiče	10	40		
	dcera	10	70		
	práce a finance	10	50		
			č. 4	85	51,0
č. 5	zdraví	50	80		
	pohoda a klid	20	80		
	rodina	10	80		
	domácnost	10	80		
	finance	10	80		
			č. 5	80	80,0
č. 6	zdraví	50	50		
	rodinné vztahy	12,5	50		
	zahrádka	12,5	90		
	pohoda a klid	12,5	50		
	vztah s manželem	12,5	75		
			č. 6	50	58,1
č. 7	zdraví	50	90		
	rodina	25	90		
	vztah s manželem	15	100		
	zahrádka	5	10		
	procházky	5	10		
			č. 7	50	83,5

č. 8	zdraví	50	70		
	rodina	30	60		
	zvířata	10	100		
	chalupa	5	100		
	cestování	5	10		
			č. 8	100	68,5
č. 9	rodina	50	80		
	zdraví	30	90		
	zaměstnání	10	100		
	zahradka	5	80		
	společenský život	5	80		
			č. 9	90	85,0
č. 10	rodina	50	80		
	kultura	20	60		
	procházky	20	50		
	zdraví	10	60		
	zaměstnání	0	100		
			č. 10	60	68,0
č.11	rodina	30	80		
	zdraví	30	80		
	zaměstnání	20	90		
	auto	10	50		
	bydlení	10	60		
			č. 11	80	77,0

č. 12	rodina	50	100		
	zvířata	20	100		
	příroda	20	100		
	luštění	5	100		
	zdraví	5	70		
			č. 12	95	98,5
č. 13	zdraví	40	100		
	rodina	35	100		
	společenský život	10	100		
	partnerský vztah	10	100		
	finance	5	100		
			č. 13	100	100,0
Průměr				76,9	71,0

Příloha 2:

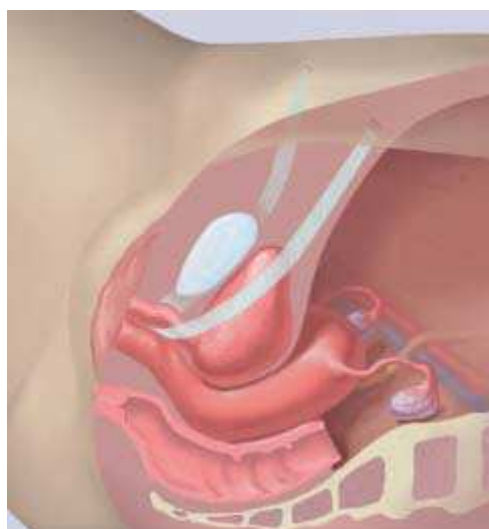
TVT (tension-free vaginal tape)

obr. č. 1



Zdroj: Gynecare

obr. č. 2



Zdroj: Gynecare

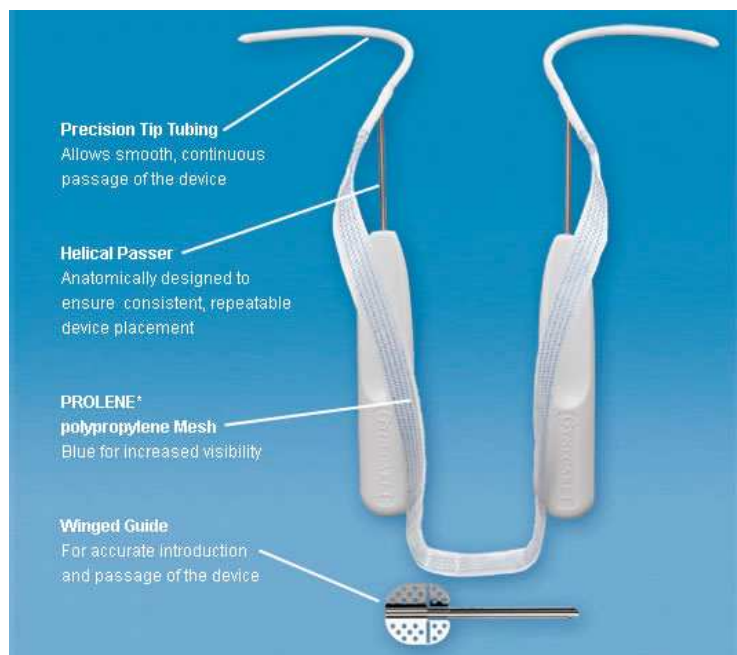
TVT-O (transobturator tube)

obr. č. 3



Zdroj: Johnson&Johnson

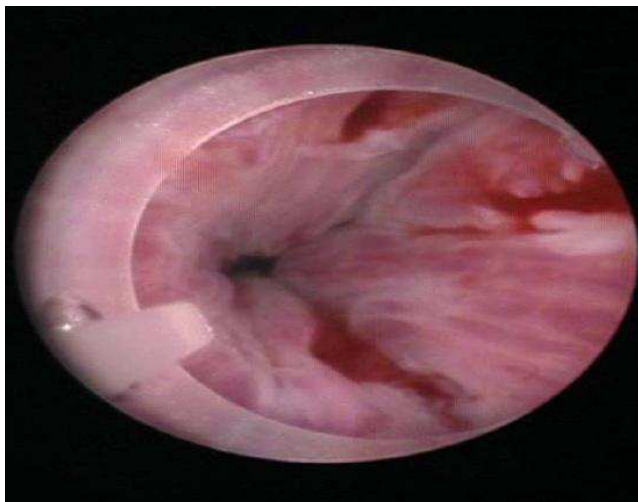
obr. č. 4



Zdroj: Gloum

Bulkamid

obr. č. 5



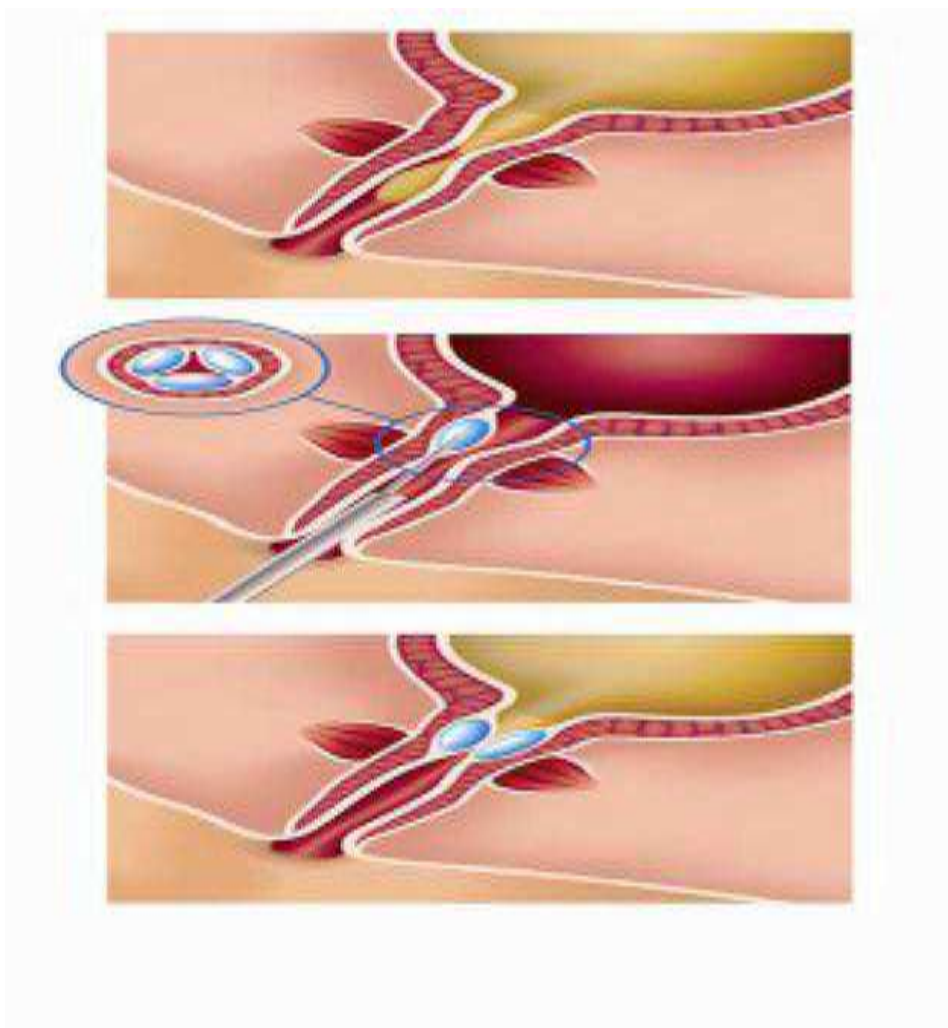
Zdroj: Johnson&Johnson

obr. č. 6



Zdroj: Johnson&Johnson

obr. č. 7



Zdroj: Johnson&Johnson

EPI-NO

obr. č. 8

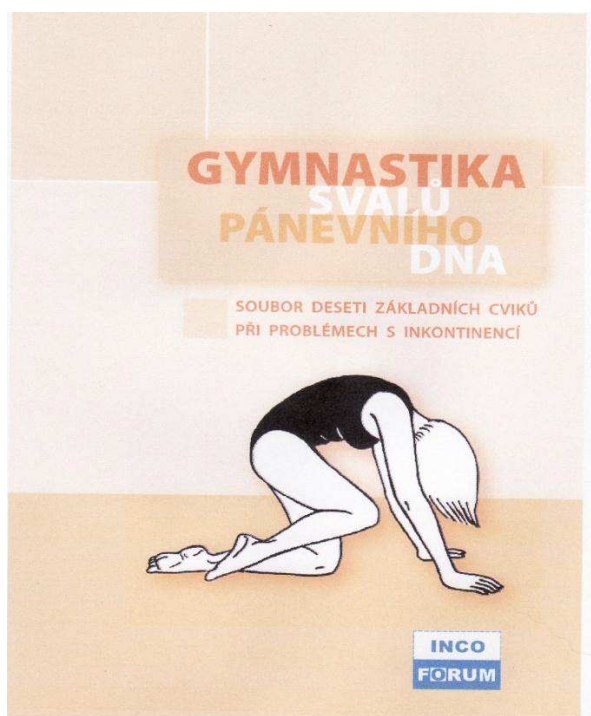


Zdroj: EPI-NO.cz

Příloha 3

Gymnastika svalů pánevního dna

obr. č. 9



obr. č. 10

Komu je leták určen?

2 Tento soubor cviků svalů pánevního dna je určen ženám, které trpí nekontrolovaným únikem moči, tedy inkontinencí. Jedná se o velice nepříjemnou poruchu, která vážně narušuje jejich profesní a osobní život a snižuje jeho kvalitu. Jestliže se však žena naučí pravidelně a správně provádět cviky posilující svaly pánevního dna, může po určité době očekávat, že problémy s udržením moči vymizí zcela, nebo se stav alespoň do určité míry zlepší. Toto cvičení je velmi efektivní, u nás je však v léčbě inkontinence zatím poněkud podceňováno.

Mělo by být pravidlem, že každá žena, kterou trápí problém nekontrolovaného úniku moči, absolvuje nejdříve tuto konzervativní léčebnou metodu, fyzioterapii svalů pánevního dna. Teprve v případě, že by tato neoperační metoda selhala, měla by být zvažována operační léčba. Opačný postup je chybný.

Fyzioterapie svalů pánevního dna není určena jen ženám trpícím inkontinencí moči. Je vhodná i pro ženy, které mají ochablé svalstvo a vazivo pánevního dna, způsobené porodem. Můžeme je doporučit také ženám, které jsou dlouhodobě vystaveny náročnému fyzickému zatížení a ženám ve vyšším věku, kdy svalstvo a vazivo ochabuje v přirozeném procesu.

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DŇA

obr. č. 11

Co můžeme od léčby očekávat?

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.

3

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

obr. č. 12

Kdy začít cvičit?

4

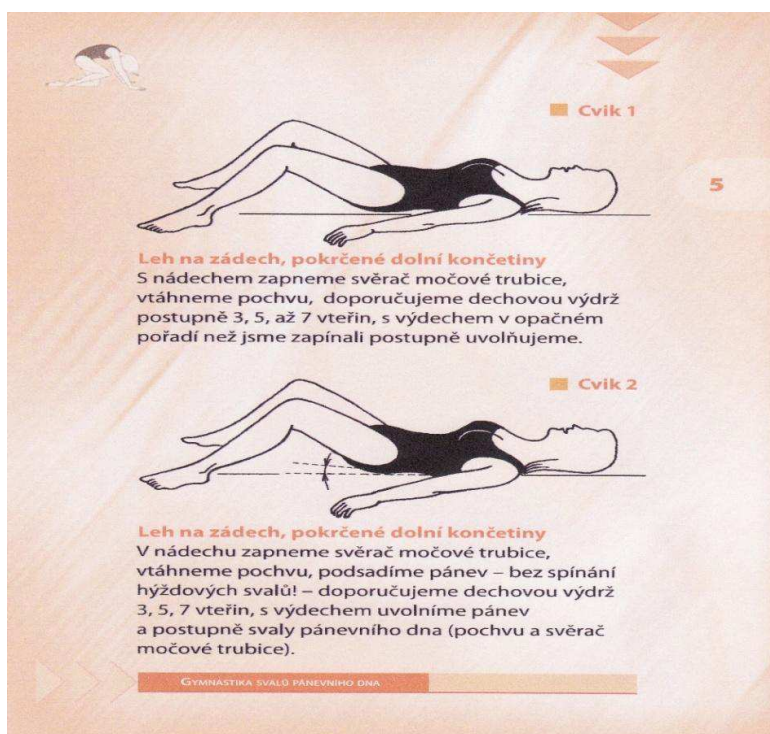
Pokud již žena trpí problémy s udržením moči, je nutno, aby nejprve navštívila svého lékaře – gynekologa. Ten ženu vyšetří a určí, jaký druh léčby je pro ni vhodný a zda je třeba svaly pánevního dna posilovat. Teprve potom, kdy je stanovena jasná indikace, by měla žena vyhledat zkušeného fyzioterapeuta 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 cvičích se soustředujeme na svěrač konečníku i na ostatní svalové skupiny a na jejich vzájemnou koordinaci. Základem je výchozí nácvik vlastního cvičení zadržování svěrače močové trubice a vtahování pochvy. Lehnete si volně na záda na podložku a pokrčte kolena.

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

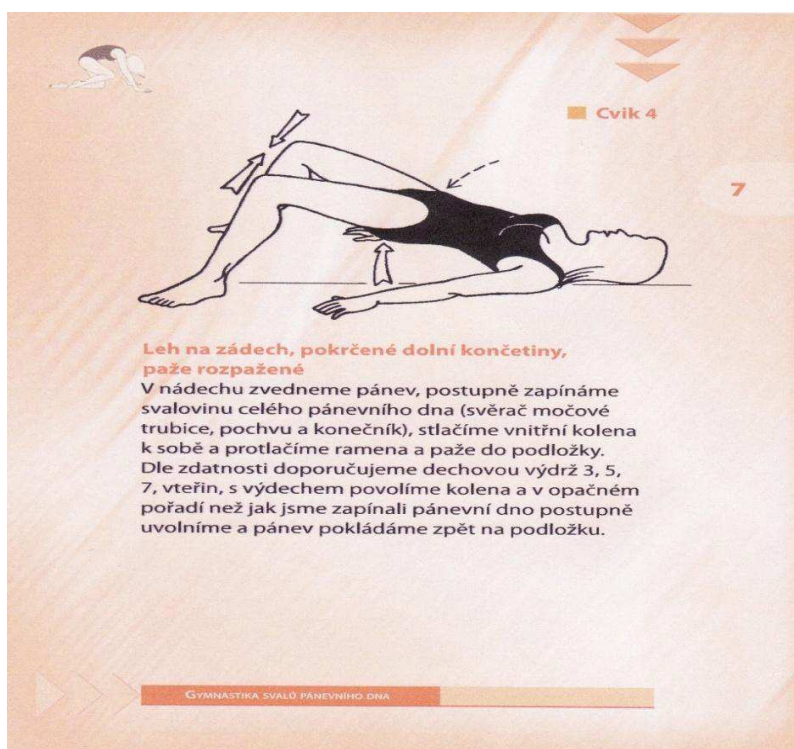
obr. č. 13



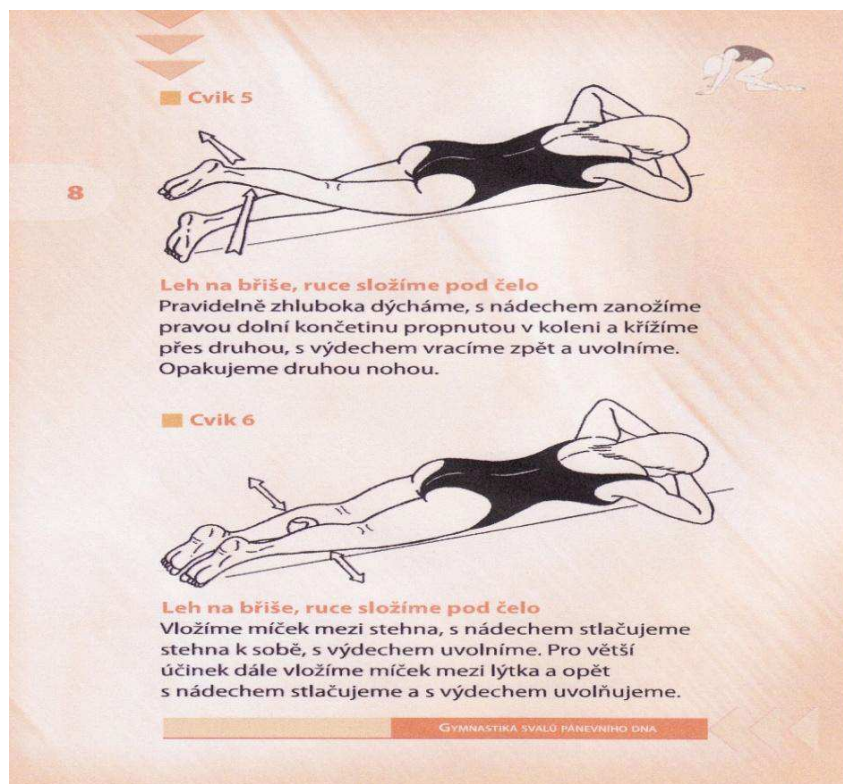
obr. č. 14



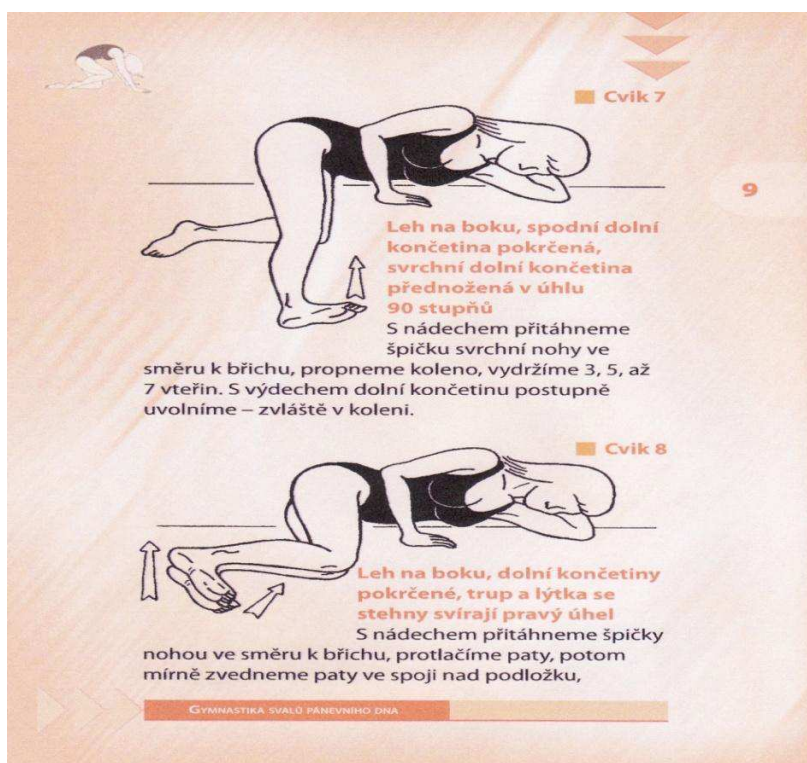
obr. č. 15



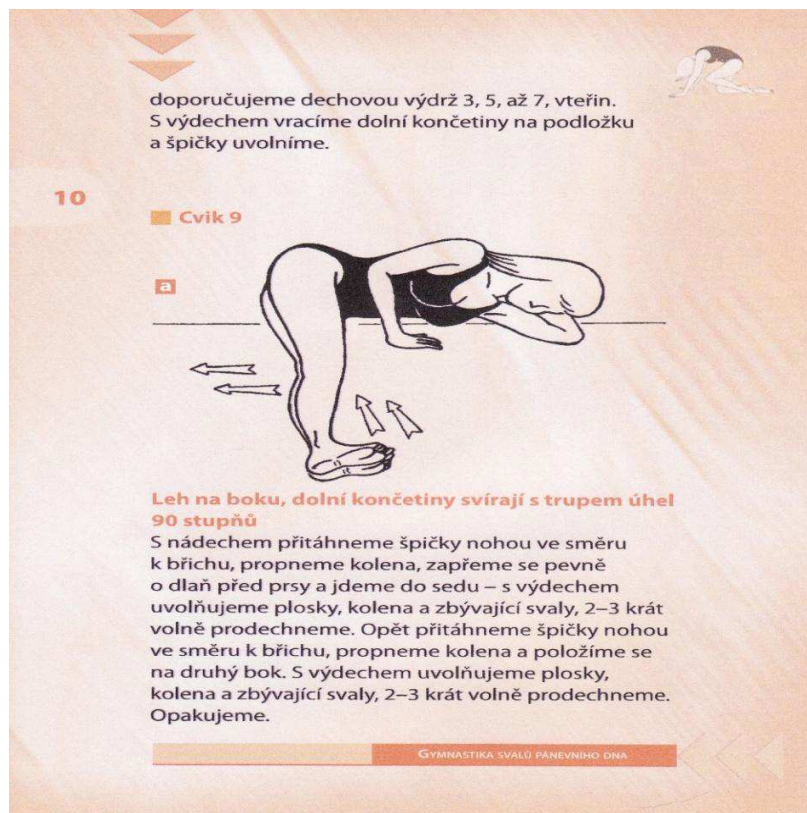
obr. č. 16



obr. č. 17



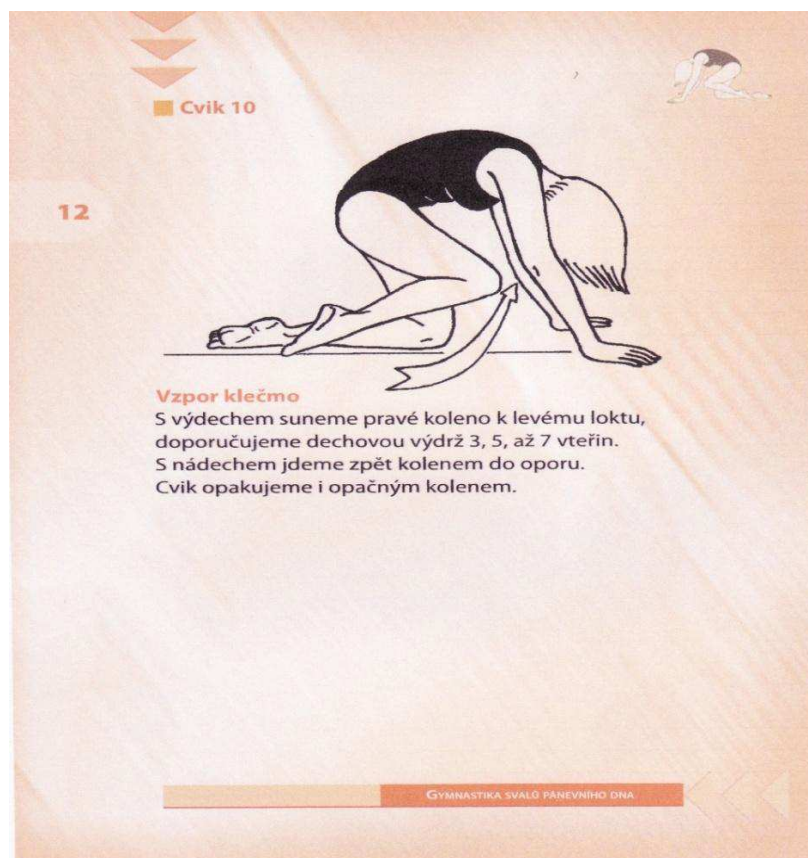
obr. č. 18



obr. č. 19



obr. č. 20



obr. č. 21

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. 22

Cvičení je součástí sirsí aktivity ženy

14

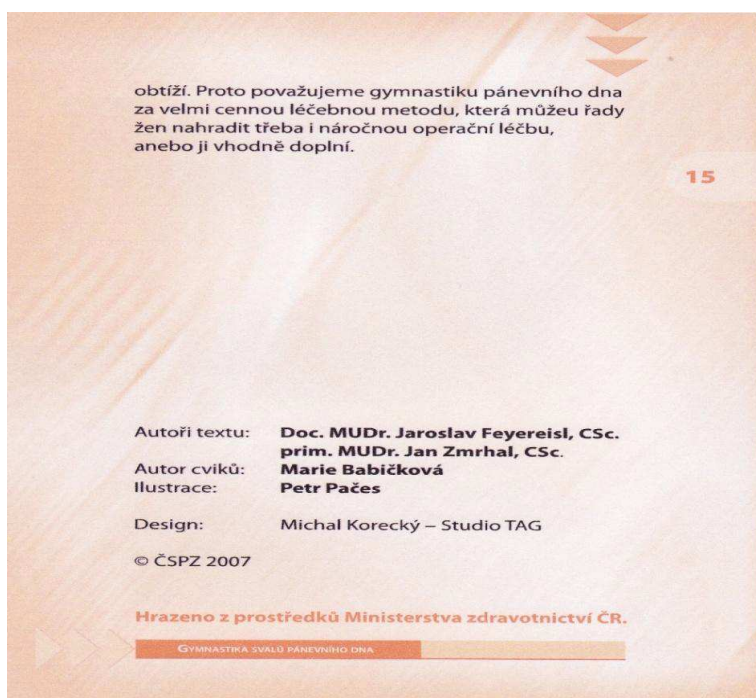
Předvedené cviky jsou pouze základem k léčebné gymnastice pánevního dna. Jejich intenzita, časování a celková zátěž záleží na individuálním léčebném plánu a zkušenosti zdravotnického týmu. Ze strany pacientky je rozhodující soustředění, motivace, fyzická zdatnost a pravidelnost cvičení.

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. 23



obr. č. 24



zdroj: www.pelvis-klub.cz