

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Informovanost žen o možnostech léčby inkontinence

bakalářská práce

Autor práce: Martina Vavřicová

Studijní program: Prezenční

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: prim. MUDr. Petr Sák, Ph.D

Datum odevzdání práce: 4. 5. 2012

Abstract

Women in particular suffer from urinary incontinence. This disease affects very often their bio-psycho-social needs which are not met adequately. At the same time, it is reflected in all spheres of women's life and women have to limit their needs relating to the personal, social and work life and that because of incontinence. Women experience a loss of self confidence and a feeling of personal failure. If the woman does not manage her problem any more, it can reach a state of social separation. Most women are afraid to confide it to their medical practitioner, or the gynaecologist. It is given by the fact that women feel ashamed of their health condition. They justify this problem by the fact that incontinence belongs to their age, or the health.

This thesis was focused on the awareness of women about possibilities of treatment for urinary incontinence. In the theoretical part, there is described anatomy of urinary system, possibilities of treatment for urinal incontinence and nursing care provided by a midwife and that of a woman suffering from urinal incontinence.

The research data for processing of the practical part of the thesis were obtained through quantitative research. The data were collected by means of questionnaires. The questionnaires was intended for women of every age in the disrict of Český Krumlov.

Three aims were chosen for the research in the practical part. The first aim was to find out the awareness of women about possibilities of a surgery of incontinence. The second aim was focused on the awareness of women about possibilities of a conservative treatment for incontinence. The third aim was to find out which treatment women should prefer in the case of stress incontinence. Three hypotheses were determined on the basis of these aims.

Hypothesis 1 „Women have information about the surgical treatmet for stress incontinence“ was not confirmed. Hypothesis 2 „Women do not have information about the conservative treatment for incontinence“. This hypothesis was confirmed. The aim 2 was fulfilled. Hypothesis 3 „Women prefer the surgical treatment in the case of stress incontinence“ was not confirmed.

The results show that the awareness of women should be increased and that

about qualification and competens of the midwife who could help them with their problem. An information booklet could serve for these purposes and women could find there this kind if information and also the information relating to the treatment for incontinence.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum:

Martina Vavřicová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu prim. MUDr. Petru Sákovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce. Touto cestou bych ráda poděkovala své blízkým za trpělivost a podporu při dokončování práce.

Obsah	
Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce	10
1.1.1 Anatomie močového ústrojí u ženy	10
1.1.2 Inervace močového měchýře a uretry	12
1.1.3 Fyziologie mikce.....	12
1.2 Příčiny inkontinence moči	13
1.2.1 Vliv těhotenství a porodu na vzniku inkontinence moči	13
1.3 Inkontinence moči	14
1.3.1 Rozdělení inkontinence.....	14
1.3.2 Stresová inkontinence	15
1.3.3 Urgentní inkontinence.....	15
1.3.4 Reflexní inkontinence	16
1.3.5 Paradoxní inkontinence.....	16
1.4 Vyšetřovací metody	16
1.4.1 Anamnéza.....	16
1.4.2 Fyzikální vyšetření, klinické testy a laboratorní testy	17
1.4.3 „Leak point pressure“	18
1.4.4 Zobrazovací metody	18
1.4.5 Urodynamické vyšetření	19
1.5 Léčba inkontinence	19
1.5.1 Léčba stresové inkontinence	20
1.5.2 Léčba urgentní inkontinence.....	23
1.6 Role porodní asistentky v péči o ženu s inkontinencí moči	25
1.6.1. Potencionální ošetřovatelské diagnózy	27
2 Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy	28
3 Metodika	29
3.1 Popis metodiky	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29

4 Výsledky výzkumu	30
4.1 Analýza dotazníků.....	30
5 Diskuze	51
6 Závěr	58
7 Seznam literatury	59
8 Klíčová slova	62
9 Přílohy	63

Úvod

Inkontinencí trpí především ženy. Toto onemocnění velmi často narušuje jejich bio-psycho-sociální potřeby, které nejsou adekvátně uspokojeny. Zároveň se promítá do všech sfér jejich života, kdy se ženy musí kvůli inkontinenci velmi omezovat ve svém osobním, společenském a pracovním životě. U žen dochází ke ztrátě důvěry v sebe sama a tím i k pocitu osobního selhání. Pokud žena svůj problém již nezvládá, může to vést až k sociální izolaci. Většina žen se bojí s problémem svěřit svému praktickému lékaři či gynekologovi. Je to dáno tím, že se ženy stydí za svůj zdravotní stav. Tento problém si omlouvají tím, že inkontinence patří k jejich věku nebo zdravotnímu stavu.

Inkontinence je velmi často společensky, ale i medicínsky tabuizované téma. Jde především o to, že společnost je velmi málo informovaná o problému zvaném inkontinence. Společnost je velmi konzervativní a nepřístupná k tématu inkontinence. Toto téma vzbuzuje pocit špinavosti, méněcennosti, senility a tím staví inkontinenci na okraj zájmu. Ale bohužel inkontinence není pouze doménou starých lidí, ale může se týkat i mladých matek po porodu a žen ve středním věku.

A proto je důležité, aby se ženy všech věkových skupin nebály a nestyděly svěřit se svým problémem lékaři či porodní asistentce, která je většinou prostředníkem mezi ženou a lékařem. Porodní asistentka musí umět s ženou komunikovat tak, aby jí byla oporou a zároveň, aby ženě pomohla se s problémem ztotožnit.

Opomíjená je i prevence inkontinence. Mluví se o důležitosti včasné léčby o nových diagnostických metodách a miniinvazivních metodách, které ženu co nejméně zatěžují. Především prevence je to hlavní, o čem by se ženy měly dozvědět. Jak umět předcházet inkontinenci.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, abych zjistila jak, a do jaké míry jsou ženy informovány o možnostech léčby inkontinence. Zajímá mě především to, jak jsou ženy informovány o inkontinenci v dnešní době, kdy mohou využívat běžně dostupné informační zdroje jako je především internet. Nebo zda mají zájem něco si zjistit o tomto problému.

1 Současný stav

Inkontinence moči u žen není choroba, ale příznak, který má různé příčiny. Definice symptomu inkontinence, je stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. Podle odhadů trpí 30-50% žen občasným únikem moči. Inkontinence moči je pro ženu stresující a invalidizující stav, který zvyšuje nemocnost ve společnosti. Inkontinence velmi výrazně ovlivňuje kvalitu života ženy. Zasahuje do všech oblastí života, jako jsou každodenní aktivity, sociální vztahy, psychická pohoda, zaměstnání a v neposlední řadě i do sexuálního života ženy. Pokud má žena dlouhodobější problémy s únikem moči, může u ní dojít i ke ztrátě sebeúcty a vzniku deprese. Ženy trpící inkontinencí se vzdávají svého životního stylu a dochází u nich k narušení společenských a mezilidských vztahů. V nejhorším případě dochází i k sociální izolaci. Více než polovina žen trpící inkontinencí nikdy nevyhledá odbornou pomoc. Důvodem nevyhledání lékařské pomoci je stud, pocit osobní nečistoty a selhání.

Inkontinence moči je často tabuizované medicínské téma. Ženy většinou narazí na nepochopení a odbytí ze strany praktického lékaře. Je to především dané tím, že se jim žena nesvěří a většina lékařů se aktivně nezeptá.

V roce 2000 bylo založeno Inco forum. Díky otevření společenské diskuze se začali inkontinencí zabývat nejen odborníci z oblasti medicíny, ale z oblasti společenské a ekonomické.

V posledních letech nastává výrazný rozmach a pokrok v diagnostice a léčebných metodách při léčbě inkontinence. Nové postupy v medikamentózní léčbě mají vyšší úspěšnost a mnohem méně nežádoucích účinků. Lepší operativní léčba stresové inkontinence pomocí páskové metody, vede ke zrychlení a zjednodušení výkonu. Doba rekonvalescence po operaci je kratší.

Tyto nové metody léčby inkontinence zatěžují ženu minimálně. Proto většina žen zvažuje, jak jim inkontinence může znepríjemnit život a raději zvolí odbornou lékařskou pomoc, kde se lékaři se svými obtížemi svěří. (10,18,25,29)

1.1 Anatomie močového ústrojí a fyziologie mikce

1.1.1 Anatomie močového ústrojí u ženy

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý svalový orgán, který je uložen v malé pánvi. Kapacita močového měchýře je 500ml. Hlavní funkce je shromažďování moče a vyprazdňování. Vnitřní povrch sliznice je kryt urotelem, který nasedá na podslizniční vazivo. Další částí močového měchýře je svalovina, která se nazývá detruzor (m. detrusor vesicae). Detruzor tvoří tři vrstvy hladké svaloviny (vnitřní podélná, cirkulární, zevní podélná vrstva). Cévní zásobení močového měchýře zajišťuje *a. iliaca interna*, která se dělí na *aa. vesicales superiores* a *inferiores*. Venožní síť je tvořena *vv. vesicales*, které odvádějí krev do *v. iliaca interna*.

Trigonum se nachází na spodině močového měchýře. Trigonum je část močového měchýře, která je ohraničena ústími močovodů a vnitřním ústím uretry. Trigonum zabraňuje vzniku vezikoureterálního refluxu během močení.

Močová trubice (uretra) vystupuje z močového měchýře. U ženy je dlouhá 3-4 cm. V močové trubici se nachází dva druhy epitelu. Vrstevnatý přechodný epitel, který přechází ve vrstevnatý dlaždicový epitel. S přibývajícím věkem ženy se mění i hranice těchto epitelů. Tato změna je dána hladinou estrogenů.

Při přechodu močového měchýře v uretru je v místě spojení zesílen vypuzovací sval, nebo-li vnitřní svěrač močové trubice. Svěrač močové trubice tvoří hladká svalovina, která uzavírá uretru a tím zamezí úniku moči mezi močením. Druhý svěrač je nazýván zevní svěrač močové trubice a je tvořen příčně pruhovaným svalstvem. Svalovina je uvnitř svěrače cirkulárně spojena s diaphragma urogenitále a zvenku je tvořena podélnými vlákny. Nejdůležitější funkcí příčně pruhovaného svalstva je včasná kontrakce při zvýšení nitrobřišního tlaku.

Tepny pro uretru vedou z *aa. vesicales inferiores* a *a. vaginális*, která je větví *a. uterina*. *A. pudenda interna* zásobuje zevní část močové trubice.

Pochva (vagina, kolpos) má tvar předozadně oploštělé trubice. Pochva se skládá z hladké svaloviny. Vnitřní vrstvu tvoří především cirkulární vlákna a zevní vrstvu tvoří podélné svalové snopce. Sliznice pochvy je kryta mnohvrstevnatým dlaždicovým epi-

telem a je složena v přední a zadní stěně v příčné řase. Stěny pochvy nejsou stejně dlouhé, přední měří 7-10 cm a zadní 10-12 cm. Přední stěna pochvy je v kontaktu s močovým měchýřem a v dolní třetině se stýká s uretrou.

Horní část pochvy zásobuje *a. vaginalis* a dolní část *a. pudenda interna*. Žilní krev odtéká do *plexus uretrovaginalis* poté pokračuje do *v. iliaca interna*.

Závěsný aparát pochvy se skládá ze tří etáží:

První etáž – Level I

V horní části pochvy jsou na sebe přiloženy přední a zadní stěna pochvy a jsou dorzokraniálně přichyceny, pomocí sakrouterinních a kardinálních ligament.

Druhá etáž – Level II

K musculus levator ani jsou fixovány přední poševní výběžky. Zadní poševní výběžky jsou připojené krátkými vazy k m. levator ani a rectu. V místě úponu je svalová fascie zesílena.

Třetí etáž – Level III

Kraniálně od hymenálního prstence je pochva pevně spojena s preneální membránou. Za pochvou se tato membrána spojuje v pevné centrum tendineum perinei. Distální uretra je pevně fixovaná k přední stěně pochvy.

Pánevní dno se skládá z vazivového a svalového systému. Jde o podpurný aparát pánevních orgánů. Pánevní dno je složeno ze dvou částí *diaphragma pelvis* a *diaphragma urogenitale*. Slouží k fixaci močového měchýře, hrdla močového měchýře a uretry. Tím zajišťují kontinenci, především při zvýšeném intraabdominálním tlaku.

Diaphragma pelvis je nálevkovitý svalový a vazivový útvar. Jeho hlavní součástí je m. levator ani. M. levator ani se skládá z příčně pruhovaného svalstva. V mediální části tvoří hiatus levator ani, jehož součástí je hiatus urogenitalis. M. levator ani se skládá z několika funkčních svalových segmentů. Nejdůležitějším svaem pro funkci *diaphragma pelvis* je m. puborectalis. Tento sval podporuje orgány, které procházejí diafragmou skrz hiatus levator ani. Pokud dojde k poklesu tohoto svalů začne se hiatus otevírat a tím se zvyšuje riziko poklesu pánevních orgánů. Arteriální zásobení této oblasti zajišťují superiorní a inferiorní tepny. Pomocí rektálních vén odtéká krev do vena cava inferior.

Diaphragma urogenitale je zdvojená vazivová strukturam, která vede od symfýzy ke

kostem sedacím. D. urogenitale má tvar trojúhelníku a její vlákna jsou fixována v perineu. Diaphragma napomáhá k udržení postavení uretry, vezikouretrální funkce a baze močového měchýře. Interní pudendální arterie a vény jsou hlavním cévním zásobním.(6,13,17,24)

1.1.2 Inervace močového měchýře a uretry

Hlavní osa inervace zahrnuje, šedou kůru mozkovou, pontinní mikční centrum, sakrální mikční centrum (S₂-S₄) a periferní autonomní a somatické nervy. Inervaci močového měchýře a uretry zajišťuje sympatická a parasympatická složka. Parasympatická inervace odstupuje ze sakrální míchy (části S₂-S₄) a vede přes plexus pelvicius do močového měchýře a proximální uretry. Tyto aferentní vlákna vedou podněty z močového měchýře do zadních míšních provazců a jimi do mozku. Sympatická inervace vychází z buněk postranních míšních rohů, které se nacházejí v hrudní a bederní páteři (části Th₁₀-L₂). Sympatická nervová vlákna inervují hlavně trigonum, hrdlo močového měchýře. Detruzor je především inervován *nervus pelvicius* a hrdlo močového měchýře je inervováno z *nervus hypogastricus*. (6,13,24)

1.1.3 Fyziologie mikce

Močový měchýř má za funkci shromažďovat a vyprazdňovat moč. Uretra řídí odvod moči z těla. Plnicí fáze a fáze vyprazdňování nebo-li mikční patří k fyziologickému vylučování moči, kdy během plnicí fáze dochází ke zvyšování intravezikálního tlaku uvnitř močového měchýře. Objem močového měchýře se zvětšuje a napětí svalových vláken stoupá. Podněty, které jsou vyvolány zvětšujícím se močovým měchýřem vedou do centra v sakrální míše. Odtud jsou podněty vedeny k příčně pruhovanému zevnímu svěrači. Pokud objem močového měchýře dosáhne 300 – 500 ml dochází k aktivaci mikčního reflexu. Normálním vyprazdňováním moči se dosáhne relaxací pánevního dna, zevního svěrače močové trubice a kontrakcí detruzoru. Po úplném vyprázdnění se kontrahuje svěrač. Hrdlo močového měchýře se uzavře a detruzor relaxuje.(3,20)

1.2 Příčiny inkontinence moči

Nejčastější příčinou inkontinence je ochabnutí svalstva dna pánevního nebo pojivové tkáně. Přičemž dochází k uvolnění močové trubice ze své fyziologické polohy a umožní moči odtékat i při mírném nitrobřišním tlaku. Další příčinou je nedostatečnost svěrače močové trubice. Inkontinence se může objevit i u žen vyššího věku, kdy dochází k poklesu hladiny estrogenů. Důvodem může být i těžký porod nebo žena měla dlouhodobá a nadměrná fyzická zátěž. I některé onemocnění jako např. diabetes mellitus nebo neurotické onemocnění mohou být spojeny s únikem moči. Dalším faktorem, který podporuje rozvoj inkontinence, především stresové, je obezita. Kvůli narůstající obezitě se zvyšuje intraabdominální tlak a způsobuje napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna. Kouření může být predisponující faktor inkontinence. Ženy, které kouří, trpí inkontinencí 2-3x častěji než nekuřačky. Důvodem je chronický usilovný kašel, který kouření způsobuje. I některé léky (diuretika, alfa-andrenergní antagonisté aj.) mohou mít vedlejší účinek nebo vliv na únik moči. Příčinou inkontinence může být i porušení dolního a horního motorického neuronu. To může nastat po radikální hysterektomii. (1,5,6)

1.2.1 Vliv těhotenství a porodu na vznik inkontinence moči

V těhotenství dochází k nárůstu hmotnosti a to především růstem dělohy (z 50g až na 900-1000g) a jejího objemu (z 2-3ml na 4500-5000ml), zvětšením krevního řečiště a zvýšením objemu extracelulární tekutiny v mezibuněčných prostorech. S rostoucí dělohou je močový měchýř vysouván výš a mechanicky drážděn. Účinkem progesteronu je nižší tonus a peristaltika v močovém měchýři a močové trubici. Hmotnostním přírůstkem v těhotenství dochází ke změnám statiky v oblasti pánevního pletence. Tyto změny mají pak za následek velké přetížení a poškození pánevního dna v těhotenství a během porodu. Při vaginálním porodu je na pánevní dno vyvíjen tlak z naléhající části plodu a tlaku vypuzovacích sil matky. Tyto síly roztahují pánevní dno a mají za následek anatomické či funkční změny nervů, svalů a pojivové tkáně, které pak mohou vést k rozvoji močové inkontinence. Musculus levator ani je nejvíce namáhán během porodu, především jeho ventrální část – musculus pubovisceralis, který obepíná distální úsek

pochvy. Tento sval má podíl na udržení normální velikosti urogenitálního hiatusu. Při porodu je napínán a tím umožní otevření hiatusu pro průchod hlavičky. Průchodem hlavičky může dojít k přepětí a ischemii svalových snopců a k poškození pudendálního nervu. Další rizika spojená s vedením vaginálního porodu na rozvoj vniku močové inkontinence. Jsou: plodu > 4000g v kombinaci s mediolaterální epiziotomií, vedení porodu per forcipem či vakuumextrakcí, první porod, prodloužená II. doba porodní, ruptura III. stupně, věk rodičky nad 30 při prvním porodu a BMI nad 30. Stresový typ inkontinence je pouze přechodný jev v těhotenství a po porodu často vymizí.

Pomocí cviků na posílení pánevního dna může žena těhotná nebo v šestinedělí předejít inkontinenci moči. U těhotných se doporučuje začít se cvičením po 20. týdnu těhotenství. Cvičení by mělo být zaměřeno na svaly pánevního dna, dechovou a cévní gymnastiku. Cvičení celkově zlepšuje průběh těhotenství a porodu. Ženy v šestinedělí mohou začít cvičit již druhý den po porodu. Cvičení v šestinedělí podporuje hojení jizvy po epiziotomii, poporodních trhlinek a omezí rozvoj inkontinence. Pomocí správných cviků se podporuje regenerace a obnovení fyzického a psychického stavu. Ženy by měly vždy cvičit pod dohledem zkušených fyzioterapeutek nebo porodních asistentek. Je nutné, aby cviky byly prováděny správně. (7,8,17,22)

1.3 Inkontinence moči

1.3.1 Rozdělení inkontinence

ICS (Internacional Continence Society – Mezinárodní společnost pro kontinenci) definovala symptom inkontinence moči jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. (19)

Zjednodušená klasifikace inkontinence moči.

Pokud dochází k úniku moči jinou cestou než uretrou je tento stav označován termínem extrauretrální inkontinence.

1. Ureterální inkontinence

- a) stresová inkontinence
- b) urgentní inkontinence

c) reflexní inkontinence

d) paradoxní inkontinence

2) *Extrauretrální inkontinence*

a) kongenitální (extrophia vesicae, ektopický ureter)

b) získaná (píštěle) (19)

1.3.2 *Stresová inkontinence*

Projevem této inkontinence je mimovolný únik moči, který je spojený s fyzickými aktivitami např. běhání, skákání, zvedání předmětů, kýchnutí, prudký pohyb, kašláním. Příznačné pro tuto inkontinenci je, že úniku nepředchází žádný varovný signál – nucení. Únik moči je podmíněn zvýšením nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru. Nejčastější příčinou je hypermobilita uretry a porucha činnosti vnitřního svěrače, která vznikne v důsledku poškození podpůrných a závěsných aparátů uretry. Hlavní důvod hypermobility je v tkáňovém defektu, který souvisí se změnou a množstvím i charakteru kolagenu a vaziva. Za únikem moči stojí nedostatečnost uzávěrového mechanismu za současného zvýšení intraabdominálního tlaku. Pokud jsou tyto ženy v klidu, nemají žádné obtíže, v noci nemají nucení na močení. Příčiny stresové inkontinence jsou multifaktoriální. Diagnostika stresové inkontinence patří do rukou urogynekologa nebo urologa s patřičnou specializací. (1,6,14)

1.3.3 *Urgentní inkontinence*

Urgentní inkontinence je definována jako nechtěný únik moči při naléhavém nucení na močení. Hlavním příznakem je velmi časté a důrazné nucení s následným odtokem malého množství moči. Urgentní inkontinence moči je vyvolána nadměrnými sensorickými podněty z receptorů ve stěně močového měchýře.

Urgence může být:

- motorická – způsobená hyperaktivitou detruzoru
- sensorická – hypersenzitivita receptorů detruzoru

Příčin urgentní inkontinence je mnoho. Pokud známe příčiny detruzorové aktivity, jde o symptomatickou urgentní inkontinenci. Pokud se vyvolávající příčina odstraní, dochází

k ústupu urgetní inkontinence. (6,15,24)

1.3.4 Reflexní inkontinence

Jde o nechtěný únik moči z uretry zapříčiněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra. Při této inkontinenci nedochází k pocitům běžně spojených s nucením na močení. Žena ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu z důvodu onemocnění nebo poškození centrálního nervového systému. (24)

1.3.5 Paradoxní inkontinence

Paradoxní inkontinence nebo-li paradoxní ischurie je způsobena pasivním přepětím stěny močového měchýře. Nastává mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři, kdy dochází k převýšení intravezikálního tlaku nad ureterálním. Inkontinence se vyznačuje únikem malého množství moči i po několika minutách. (6)

1.4 Vyšetřovací metody

Cílem vyšetřovacích metod je potvrdit, zda žena má inkontinenci a určit, zda nebyl únik moči přechodný. Během vyšetření je nutné vyloučit jinou závažnou příčinu, která by mohla způsobit únik moči. (17)

1.4.1 Anamnéza

Anamnéza zpravidla začíná rodinnou anamnézou, pokračuje osobní, pracovní a gynekologicko – porodnickou. Významnou částí je porodnická anamnéza, údaje o počtu a vedení porodů, údaje o porodní hmotnosti plodů, délce II. doby porodní a porodním rozsahu poranění. Je potřeba posoudit i věk ženy, poruchy hybnosti a domácí prostředí. Důležité jsou informace o životním stylu ženy, jaký je příjem tekutin a jakého druhu, zda žena bere léky a jaké. Další významné údaje jsou o provedených chirurgických výkonech v oblasti malé pánve. V urogynekologické anamnéze se dozvíme o pocitu sestupu a tíže v rodidlech, o problému s močením, polakisurii, nykturii aj. Používají se i různé dotazníky. Pomocí dotazníku se mohou obtíže částečně objektivizovat. Nejčastěji je využíván Gaudenzův dotazník k stanovení základního typu inkontinence. Používají se i

dotazníky hodnotící kvalitu života – QOL (quality of life).

Užitečnou pomůckou jsou mikční karty a mikční deníky. Mikční deníky mohou obsahovat dobu močení, měření objemu mikce, záznam epizod inkontinence, objemu přijatých tekutin a dalších údajů nutných pro hodnocení inkontinence. (17,31,32)

1.4.2 Fyzikální vyšetření, klinické testy a laboratorní vyšetření

Fyzikální vyšetření a klinické testy provádíme zároveň i gynekologickým vyšetřením. Fyzikální vyšetření začíná aspekci. Žena se vyšetřuje v klidu a také při zatlačení. Během vyšetření se pozoruje stav poševního introitu, jizev po epiziotomiích, stavu hráze, zevní ústí uretry, sestup poševních stěn. Palpací močového měchýře a svalů pánevního se zjišťuje, jakou schopnost kontrakce tyto svaly mají. Provádí se také orientační vyšetření dolního reflexního oblouku. Sem patří vyšetření perineálního cití nebo bulbokavernózního reflexu. Ke gynekologickému vyšetření patří, vyloučení gravidity, pánevních tumorů. Při vyšetření v zrcadlech se posuzuje, zda není v pochvě zánět, typ prolapsu či přítomnost cysto- a rectokély. (17,20,32)

Klinické testy

Marshalův test - Močový měchýř se naplní 200 ml sterilní tekutiny. Pokud má pacientka stresový typ inkontinence, při zakašlání ve stoje moč odtéká.

Bonneyho test - Po dokončení prvního testu se dvěma prsty nadzdvihne parauretrální tkáň v místě krčku měchýře. Při zakašlání moč neodtéká.

Q-tip test - Tento test se používá při orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Po zavedení navlhčené vatové štětičky nebo pevné cévky do uretry si pacientka zatlačí. Při hypermobilním uretrovezikálním spojení začne štětička nebo cévka opisovat polokruh směrem vzhůru. Pokud štětička nebo cévka pohybuje o více než 30 stupňů je test hodnocen jako pozitivní.

Pad-weight test - Je to test vážení vložky, který určuje ztrátu moči vážením vložek nebo plen před standardními aktivitami a po nich. Test trvá jednu hodinu.

I mimo jednohodinového testu, který je doporučen organizací ICS, jsou ještě používány:

1. 48 hodinový test, který si pacientka kontroluje doma i v práci
2. 40minutový test, jenž zahrnuje aktivity z jednohodinového testu, ale před začát-

kem testu je močový měchýř naplněn na 75% maximální kapacity.

Cough test (kašlací test) - Používá se při objektivizaci úniku moči. Test je nejčastěji prováděn vleže a během gynekologického vyšetření. Pacientce se naplní močový měchýř 300ml sterilní tekutiny, poté zakašle. Sleduje se únik moči zevním ústím uretry. Pokud dojde k jakémukoliv úniku moči test je hodnocen jako pozitivní. (17,20,24)

Laboratorní vyšetření

Důležité je mikrobiologické vyšetření poševního prostředí, kultivace bakteriální flory z hrdla a močové trubice. Provádí se i hodnocení močového sedimentu a kultivace moči. Podmínka pro použití dalších vyšetřovacích metod je spojena s katetrizací měchýře. U ženy v období pre- a perimenopauze se zaměřuje na diagnostiku estrogenního deficitu. (17,31)

1.4.3 „Leak point pressure“

Takto je označován tlak, při kterém uniká moč z uretry:

1. Detrusor leak point pressure – zvýšením tlaku v močovém měchýři dochází k úniku moči, který je způsoben močovým měchýřem bez současného zvýšení intraabdominálního tlaku.
2. Abdominal leak point pressure – jde o únik moči při zvýšeném nitrobršním tlaku, ale nedochází ke kontrakci detruzoru. (24)

1.4.4 Zobrazovací metody

Cystouretroskopie se považuje za důležitou v diagnostice výskytu tumoru měchýře, změn na hrdle po endoskopických zákrocích aj. Indikace k vyšetření je hematurie nejasného původu, symptomy urgencye a inkontinence, urogenitální píštěle. Vyšetření je většinou doplněno o biopsii.

Intravenózní vylučovací urografie je přínosná při vyšetření extraureterální močové inkontinenci způsobená ektopickým ureterem. Pomáhá při vyhledávání uretrovaginálních píštělích.

Videocystourografie, videourodynamika je kombinace mikční cystografie s cystometrií a uroflow se záznamem.

Ultrazvukové vyšetření se používá k hodnocení pozice a mobility uretry, hrdla a baze močového měchýře. Užívá se jako diagnostická metoda k určení příčiny a typu inkontinence. Používá se při hodnocení efektu konzervativní a operativní léčby. Během ultrazvukového vyšetření nejčastěji sledujeme postmikční reziduum, tloušťku detruzoru aj.

Magnetická rezonance podává hodnotné informace o strukturách pánevního dna. Je vhodné především u pacientek před reoperací. Nevýhodou tohoto vyšetření je vysoké finanční náklady a časová náročnost.

Kontrastní radiografie zahrnuje mikční kolpo-cysto-uretrografii, defekografii, perineografii a pánevní skiaskopii. Rozděluje se na statickou a dynamickou. (17,24,31)

1.4.5 Urodynamické vyšetření

Cystometrie může být vodní nebo plynová. Měří se vztah mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře a změnou v detruzorovém napětí. Při plnění močového měchýře se sleduje detruzorová aktivita, kapacita močového měchýře, pocity ženy během plnění a kdy žena pocítí nucení na močení.

Uretrální tlakový profil klidový se měří po celé délce uretry při současném snímání intravezikálního tlaku a jejich rozdílu. U dynamického – stresového profilu se hodnotí zpětný pohyb katétru při kašli. Je-li na záznamu vyšší tlak v močovém měchýři než intrauretrální tlak, pak je vyšetření pozitivní.

Uroflowmetrie měří hodnoty močového proudu, který je určen objemem tekutiny vypuzené za jednotku času. Měření může být kontinuální nebo intermitentní. Podává informaci o průběhu mikce. Součástí uroflowmetrie je změření postmikčního rezidua.

Elektromyografie je založena na sledování elektrických potenciálů vzbuzených depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního pomocí povrchových nebo jehlových elektrod. (17,20,24,31)

1.5 Léčba inkontinence

Podle typu inkontinence se volí její léčba. Cílem léčby je zajištění funkce uzávěrového aparátu. Každá žena trpící inkontinencí má různě závažné potíže. Pomocí správně

né diagnostiky se oddělí jednotlivé formy inkontinence, které se mohou léčit konzervativně, od těch závažnějších, které nelze řešit jinak než pomocí operace. (2,12)

1.5.1 Léčba stresové inkontinence

Farmakoterapie stresové inkontinence se zaměřuje na zvýšení intraureterálního tlaku zvýšením tonu hladkého svalstva nebo ovlivněním tonu příčně pruhovaného svalstva uretry a pánevního dna. Aby se dosáhlo těchto změn, používají se různé přípravky jako např. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, tricyklická anti-depresiva aj. Výsledky léčby pomocí léků nejsou většinou uspokojivé především pro častý výskyt nežádoucích účinků.

U žen v menopauze trpící inkontinencí se doporučuje hormonální substituční léčba. Estrogeny mají vliv na cévy a vazivovou tkáň uretry. Také zvyšují množství kolagenu a počet epitelárních buněk v uretře a senzitivitu alfa-andrenergních receptorů. Účinek léčby estrogenů nastupuje po 3-6 měsících a trvá pouze po dobu podávání. Výsledky podávání estrogenů jsou však kontroverzní. (20,30)

Posilování svalů pánevního dna je velmi vhodné a vyžaduje aktivní přístup ženy. Nejprve se provede kineziologické a vaginální vyšetření. Podle výsledků se sestaví individuální terapeutický plán.

Arnold Kegel byl první kdo popsal metodiku cvičení pánevního dna (r. 1951). Cviky jsou zaměřeny na posílení svalů pánevního dna a zpevnění břišní stěny. Aby se došlo, ke správnému efektu léčby je potřeba přesná instruktáž a zpětná vazba od pacientky. Pro sledování léčebného efektu lze využít jednoduchý přístroj perinoemetr. Tento přístroj zaznamenává zvýšenou kontrakční schopnost svalů pánevního dna.

Porodní asistentka edukuje ženu o cvicích, které jsou důležité pro posílení pánevního dna. Důležité je, aby si žena dokázala představit v podvědomí posilovanou část pánevního dna. Porodní asistentka ženě doporučí, aby cvičení prováděla na místě, kde nebude rušena a může se v klidu koncentrovat na cvičení. Porodní asistentka ženě vysvětlí, že cvičení lze rozdělit na celý den, cvičit lze v leže, ve stoje a s různými pomůckami jako jsou gymnastický míč nebo malý míček. Porodní asistentka vše ženě vysvětlí a nechává jí prostor na kladení otázek. Důležitá je především zpětná vazba, zda žena

všemu rozuměla. Pokud žena bude chtít, některé cviky jí porodní asistentka předvede a po instruktáži od porodní asistentky si je sama vyzkouší.

Mezi další cviky na posílení pánevního dna patří i takové, které využívají různé intravaginální pomůcky. *Vaginální kónusy* jsou vyrobeny z inertních plastů a uvnitř mají uložená závaží o vzrůstající hmotnosti. Žena si zavede kónus do pochvy, pokud ho udrží, zavádí si těžší závaží. *Kolpexin* je dutá plastová kulička a uvnitř je menší pohybující se kulička. Žena si zavede kolpexin hluboko do pochvy, při pohybu se rozpohybuje menší kulička a naráží do poševních stěn. Tím vyvolá mechanické impulzy svalům pánevního dna, které reagují kontrakcemi. Výsledkem cvičení je zvýšený bazální tonus kontrakčních schopností, lepší podpora uretrovezikální junkce a zmenšení její hypermobility. (6,9,13,21,23)

Elektrostimulace svalů pánevního dna vyvolá reflexní kontrakci příčně pruhovaného periuretrálního a paraureterálního svalstva, které je provázeno současnou reflexní inhibicí detruzoru. K elektrostimulaci se používají vaginální sondy, které vysílají impulzy o frekvenci 50 Hz. Pokud nelze využít vaginální stimulace používá se tzv. Stollerova metoda. Stimuluje se periferní nerv (n.thibialis) z oblasti plexus sacralis, pomocí jehlových elektrod.(6,21)

Pesaroterapie se používá především k dočasné léčbě u pacientek, které nemohou podstoupit operaci. Pesary omezí nebo úplně odstraní příznaky. Po zavedení mění anatomické poměry a zvýší výtokový odpor uretry. Pesary mají různé tvary a výstupky, tím napomáhají omezit hypermobilitu hrdla močového měchýře. Žena by měla být s léčbou pesaroterapií seznámena. Měla by znát přesný vzhled pesaru, jeho indikaci a měla by být edukována o manipulaci a očištění pesaru. Pomocí pesaru se může aplikovat lokální estriolová léčba. (6,21)

Cílem operační léčby stresové inkontinence je změna v uložení močové trubice a zamezení její hypermobility. Operativní léčba patří mezi nejúčinnější terapie stresové inkontinence. V dnešní době je důležité nejen vyléčení pacientky, ale i krátká doba potřebná k rekonvalescenci. Díky novým operačním postupům nedochází ke kosmetickým defektům, jako jsou jizvy po břišní operaci. (2,6,12)

Burchova retropubická kolpoplexe se provádí u pacientek s hypermobilitou uretrou

a malým descenzem. Během výkonu se hrdlo močového měchýře s horní polovinou močové trubice zavěsí pomocí nevstřebatelných stehů k vazům symfýzy. Operace se provádí za symfýzou v Retziově prostoru z příčné suprapubické laparotomie (Pfannenstielův řez). Hospitalizace po operaci byla 7 dní, pracovní neschopnost 4-6 týdnů.

Tato operace byla mnoho let považována za „zlatý standard“. Elevace hrdla močového měchýře mohla vést k mikčním poruchám a vývoji urgencye *de novo*. Proto se od této operace odstupuje. V dnešní době se operace podle Burche využívá, pokud je nutný transabdominální přístup z důvodu současného provedení abdominální hysterektomie. Tento výkon se provádí, pokud je přítomná stresová inkontinence a různé děložní patologie.

Odlišná operace retrobupické kolpoplexe sblížuje paraureterální tkáň v oblasti hrdla močového měchýře s periostem stydké spony (Marshall-Marchetti-Krantz).(6,12,17,26)

Vaginální operace (kolpoplastiky) se rozdělují na přední zadní a jehlové závěsné operace. Přední kolpoplastika spočívá ve zřasení paraureterálního vaziva a pubovezikální fascie s elevací hrdla močového měchýře. Zadní kolpoplastika se obvykle spojuje s přední kolpoplastikou. *Jehlové závěsné operace* se provádějí vaginální cestou. Zachycuje se oblast kolem hrdla močového měchýře a různými typy jehel se prochází retrobupicky do pochvy. Při dotažení stehu se elevuje celá část pochvy a uretry. (2,6)

Smyčkové operace vytvářejí podporu pro svalovinu pánevního dna a hrdla močového měchýře. Tato operace využívá pruhy fascie břišních svalů, které se podvlékají pod hrdlo močového měchýře. Fascie se upevňuje k pánevnímu dnu nebo k fascii břišní stěny. Podobně se provádí vaginální sling. Provádí se podpora uretry z části poševní stěny, která se fixuje k fascii přímých břišních svalů. (4)

Miniinvazivní operace (TVT, TOT, TVT-S) jsou nejvyužívanější metodou v léčbě stresové inkontinence. *TVT (tension free vaginal tape - tahu prostá vaginální páska)* umožní podporu močové trubice volnou vaginální páskou. Páska je zavedena jehlou z krátké vaginální incize pod močovou trubici a vyvedena v podbřišku. Páska působí trvalou podporu močové trubice. Uretra zůstává při zvýšení nitroabdominálního tlaku uzavřena, tím nedochází k úniku moči. (26)

TVT-O (tension free vaginal transobturator tape) - při výkonu je konec pásky

veden přes foramen obturatum a vyveden v oblasti genitofemorální rýhy. Během výkonu se vyhýbá uretře a močovému měchýři. Operace může být vedena v lokální anestezii s možností kontroly výsledného efektu. Páska se používá, pokud dochází k poklesu močové trubice při zvýšení nitrobřišního tlaku. (6,26)

TVT-S (tension free vaginal tape secure) - jde o novou operační metodu, která využívá velmi krátkou polypropylenovou pásku. Vstřebatelný materiál, který kryje oba konce pásky, vrůstá do okolní tkáně. Tím umožní rychlou fixaci pásky. Páska slouží ke stabilizaci močové trubice. Při výkonu není páska vedena za symfýzou nebo obturátovým otvorem. Tato operace je pro pacientku minimálně zatěžující. (17,26)

1.5.2 Léčba urgentní inkontinence

Hlavní cílem léčby urgentní inkontinence je obnovit centrální kontrolu mikce nebo upravit inervaci. Pro úspěšnost léčby je nutná správná diagnóza. Za léčbu první volby je doporučována behaviorální terapie. Jde o levnou, jednoduchou léčbu bez vedlejších účinků. Hlavní podmínkou je motivace a spolupráce pacientky. Mezi behaviorální terapii patří změna životního stylu (dietní návyky, kouření, užívání alkoholu, obezita, regulace obstipace, aj.). Porodní asistentka seznámí ženu s dietním opatřením. Žena by se měla vyvarovat ostře kořeněným jídlům, citrusovým plodům, syceným nápojům, umělých sladidlům. Dále porodní asistentka poučí ženu o důležitosti dodržování pitného režimu a rozložení příjmu tekutin během dne. Žena by měla redukovat nápoje s obsahem kofeinu. Ženě se doporučí dostatečný příjem tekutin a přírodních laxativ. U obézních žen je nutné snížení váhy. (6, 13, 24)

Trénink močového měchýře - základním principem tréninku je prodlužování pravidelných intervalů mezi mikcemi. Pacientka si vede mikční karty, aby měla přehled o mikčních intervalech a porcích. (13,24)

Psychoterapie – inkontinence je spojena se změnou v sebepojetí. Psychoterapie pomáhá žena překonávat problémy spojené s inkontinencí a posiluje sebedůvěru a umožňuje návrat ke kvalitnímu životu. Důležité je, aby si porodní asistentka získala důvěru ženy. Porodní asistentka by si měla zjistit stav o jejích individuálních potřebách a kvalitě života. Při získávání informací musí zajistit vysokou míru diskrétnosti. Porodní

asistentka má nejen umět ženě poradit, ale velký význam má i „umění naslouchání.“ Porodní asistentka především ženu motivuje při rozhodování, jak problém řešit. Posiluje získání sebejistoty a sebedůvěry. (26,27)

Biofeedback je metodu cvičení svalů pánevního dna podle Kegela, při kterém se používá snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG. (26)

V léčbě urgentní inkontinence převažuje *farmakoterapie*. Cílem léčby je odstranit příčinu obtíží nebo potlačit příznaky nemoci. Při nasazení farmakoterapie je nutné sledovat nežádoucí účinky. Při léčbě lze využít *antimuskarinika*, která jsou „*zlatým standardem*“ při léčbě urgentní inkontinence. Tyto léky vyvolávají útlum funkce detrusoru, vedou ke zvětšení objemu při prvním nucení na močení. Tricyklická antidepresiva snižují stažitelnost detrusoru. Tím se zvyšuje kapacita močového měchýře a snižuje se intravezikální tlak. Blokátory kalciového kanálu zamezují vápníku do svalové buňky detrusoru aj.

Estrogeny zvyšují senzitivitu alfa-receptorů a mohou zmírnit symptomy, jako jsou nykturie, urgencye, pollakisurie a dysurie. Estrogenní receptory jsou v oblasti uretry a trigona. Estrogeny se podávají formou vaginálního krému, tablet nebo čípků. (13,19,24,30)

Při *elektrické stimulaci* se používá elektrický proud k přímému dráždění pánevních orgánů nebo jejich inervace. (13)

Chirurgická léčba se používá, pokud byla neúspěšná konzervativní léčba a inkontinence nadále omezuje ženu. *Parciální myektomie* je založena na snesení části detrusoru, kde se ponechá intaktilní sliznice a vytvoří se pseudodivertikl. Tím se vytvoří „zóna úniku“ při zvýšení nitrobřišního tlaku. *Augmentace močového měchýře* je výkon, při kterém se zvětší kapacita močového měchýře. Nejčastěji se využívá střevní segment. (13)

1.6. Porodní asistentka a její role v péči o inkontinentní ženu

Porodní asistentka v ambulantní péči je většinou první, s kým se ženy setkají. Je většinou jediným člověkem, kterému se žena svěří, a zároveň k ní vzhlíží jako ke zdroji informací. Porodní asistentka může svým nevhodným chováním a bagatelizací zamezit svěření se s problémem. Proto by měla co nejlépe využít potenciál svých znalostí a vědomostí a pomoci ženě zmírnit její utrpení. (11)

Porodní asistentka by měla především znát informovanost ženy o jejím problému a umět správně ženu edukovat. Při edukaci by měla podporovat rozvoj poznatků, schopností, hodnotové, postojové a citové kvality ženy. Porodní asistentka se v edukaci zaměří na prevenci inkontinence a změnu životního stylu. Edukuje ženu o vhodném pitném režimu. Žena by měla vypít nejméně 2 litry tekutiny, neměla by pít cca 2-3 hodiny před spaním, snížit nápoje s obsahem kofeinu a alkoholu. Dále o dodržení pravidelného intervalu močení každých 4-5 hodin. Při mikci nebo defekaci zajistit klid, intimní prostředí a uvolnění. Význam má i močení až při plném močovém měchýři a nezvyknout si odskočit si na toaletu jen „pro případ“. Dále by měla žena předcházet obstrukci úpravou svého jídelníčku, u obézních žen je nutná redukce váhy. Porodní asistentka by měla ženu poučit o hygieně pohlavního života, jako je vymočení se před stykem nebo osprchování se po pohlavním styku. U kuřáček je nutné zdůraznit škodlivost kouření a vliv kouření na vznik inkontinence. Nabídnout ženě možnost odvykací léčby. Porodní asistentka poučí ženu, aby se vyhýbala fyzicky náročné a stereotypní práci. Porodní asistentka informuje ženy o pomůckách a speciální kosmetice při inkontinenci a jejich použití. Doporučí informační materiály týkající se inkontinence (viz příloha 3). (26,27,28)

U těhotných je důležité informovat, jak pečovat o vylučování moči v graviditě, ale i o cvičení na posílení pánevního dna během těhotenství a šestinedělí a obnovení správné mikce v šestinedělí. (26)

Pokud je žena s urgentní inkontinencí léčena medikamenty je nutné, aby porodní asistentka informovala o negativních a nežádoucích účincích léků. Ženě musí vysvětlit, že není nutné léčbu vysadit, ale stačí upravit dávkování nebo vybrat jiný lék.

U žen trpící stresovou inkontinencí je doporučena gymnastika pánevního dna. Je vhodné, aby si je žena sama vyzkoušela pod dohledem porodní asistentky. Mezi posilovací cviky patří i přerušované močení, kdy žena 4-5krát přeruší močení stáhnutím svěrače. Žena je od porodní asistentky poučena o doplňkovém cvičení, které může pozitivně ovlivnit udržení moči. Cviky se soustřeďují především na koordinaci pánevních, hýžd'ových a stehenních svalů a svalů v oblasti bederní páteře. Může ženu odkázat i na užitečné internetové odkazy. Při léčbě pomocí pesaru je žena informována o tom jak si ho správně zavést a o péči a nutnosti pravidelných kontrol (viz příloha 1). (11,27)

Je-li žena indikována k operativní léčbě inkontinence, měla by dostat informace o typech operace, pracovní neschopnosti o předoperačním vyšetření. Při hospitalizaci je nutné podat adekvátní informace o operačním výkonu a okolnostmi s ním spojenými. Porodní asistentka podává ženě informace týkající se bolesti po operaci a jejím tlumením, hygienické péči, rehabilitace, možných vedlejších účinků anestezie a vyprazdňování. Důležité je i věnovat se otázkám týkající se sexuálního života. Porodní asistentka musí být trpělivá a vstřícně zodpovídat všechny dotazy.

Po výkonu porodní asistentka ženu edukuje o pohybovém režimu. Porodní asistentka zhodnotí úroveň hygieny, především zajistí zvýšenou hygienu v oblasti genitálu, často vyměňuje vložky. Dodržuje intimitu ženy. Ptá se ženy na bolest, kterou hodnotí na škále bolesti. Porodní asistentka vysvětlí příčinu bolesti a snaží se o prevenci bolesti. Pomáhá ženě najít úlevovou polohu, nácvik sedu a vstávání z lůžka a poučí klientku o nutnosti fixaci rány při kašli. Podle potřeby klientky aplikuje analgetika. Podle ordinace lékaře porodní asistentka podává ATB jako profylaxi. Posuzuje stav operační rány a pátrá po známkách infekce. Pravidelně sleduje fyziologické funkce. Sleduje příjem a výdej tekutin při a po odstranění permanentního močového katétru. Měla by si všimnout příměsí v moči a obtíží při močení. Porodní asistentka poučí ženu o nutnosti dodržování pitného režimu. Pomáhá klientce při nácviku spontánního močení. Poskytuje psychickou podporu a nabádá k trpělivosti. Doporučí dostatek vitamínů, odpočinku.

Při propuštění vysvětlí ženě základy životosprávy jako je dostatek klidu, nenosit těžká břemena, nezvedat trvale těžká břemena (těžší než 5kg), klást důraz na hygienu, péče o stolicí, prevence infekce a sexuální abstinence po dobu 6-ti týdnů a ochranu

před prochlazením. Poučí ženu o následné léčbě jako je návštěva obvodního gynekologa, pracovní neschopnost. Porodní asistentka by si měla ověřit, zda žena všemu rozuměla a zodpovídat na její otázky a poskytnout ženě zpětnou vazbu. Edukace by se neměla podceňovat. Čas, který porodní asistentka stráví s ženou se jí později bohatě vrátí. Žena, která je dobře edukovaná dobře spolupracuje a pozdější zotavování je většinou bez problémů. (11,27,28)

1.6.1 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 00017 Stresová inkontinence moči
- 00018 Reflexní inkontinence moči
- 00019 Urgentní inkontinence moči
- 00053 Sociální izolace
- 00059 Sexuální dysfunkce
- 00065 Neefektivní sexuální život
- 00095 Porušený spánek
- 00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování
- 00119 Chronicky nízká sebeúcta
- 00120 Situačně snížená sebeúcta
- 00126 Deficitní znalost
- 00153 Riziko situačně snížené sebeúcty
- 00161 Ochota doplnit deficitní znalosti
- 00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu
- 00166 Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči
- 00167 Ochota zlepšit sebepojetí (16)

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zjistit informovanost žen o operativní léčbě inkontinence.

Cíl 2.: Zjistit informovanost žen o konzervativní léčbě inkontinence.

Cíl 3.: Zjistit jaké léčbě by ženy daly přednost při stresové inkontinenci.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1.: Ženy mají informace o operativní léčbě inkontinence.

Hypotéza 2.: Ženy nemají informace o konzervativní léčbě inkontinence.

Hypotéza 3.: Ženy dají přednost operativní léčbě stresové inkontinence.

3 Metodika práce

3.1 Popis metodiky

Výzkumná data pro zpracování praktické části bakalářské práce byla získána pomocí kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníků. Dotazník byl anonymní a obsahoval 21 otázek, které byly uzavřené nebo polouzavřené a u třech otázek byla možnost označit více odpovědí (viz příloha 2). Prvních 6 otázek mělo identifikační charakter, další část dotazníku se především orientovala na informovanost žen v oblasti inkontinence moči a na roli porodních asistentek při poradenství ohledně léčby inkontinence.

Dotazník byl určen ženám všech věkových kategorií v Českokrumlovském regionu. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únor – březen 2012.

Výsledky získané z dotazníků byly zpracovány do grafů.

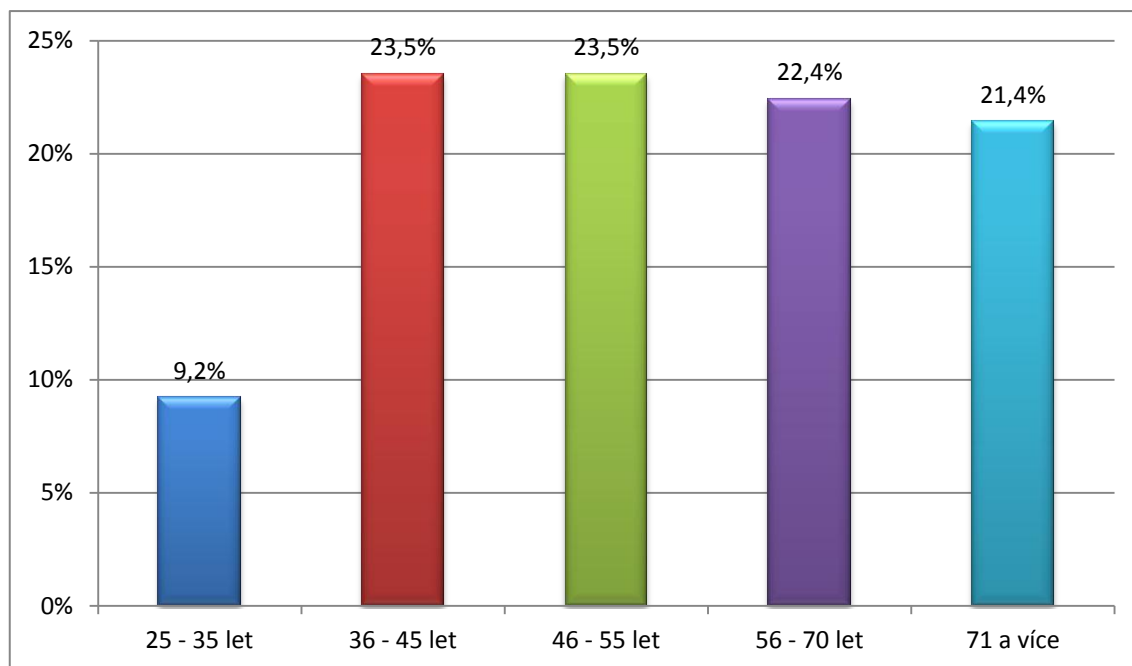
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy všech věkových kategorií, které alespoň jedenkrát porodily. Výzkum probíhal v Českokrumlovském regionu, kde bylo rozdáno 110 dotazníků. Vráceno bylo 105 (95%). Z důvodu neúplného vyplnění muselo být vyřazeno 7 dotazníků. Celkový počet respondentek byl 98 (100%)

4 Výsledky výzkumu

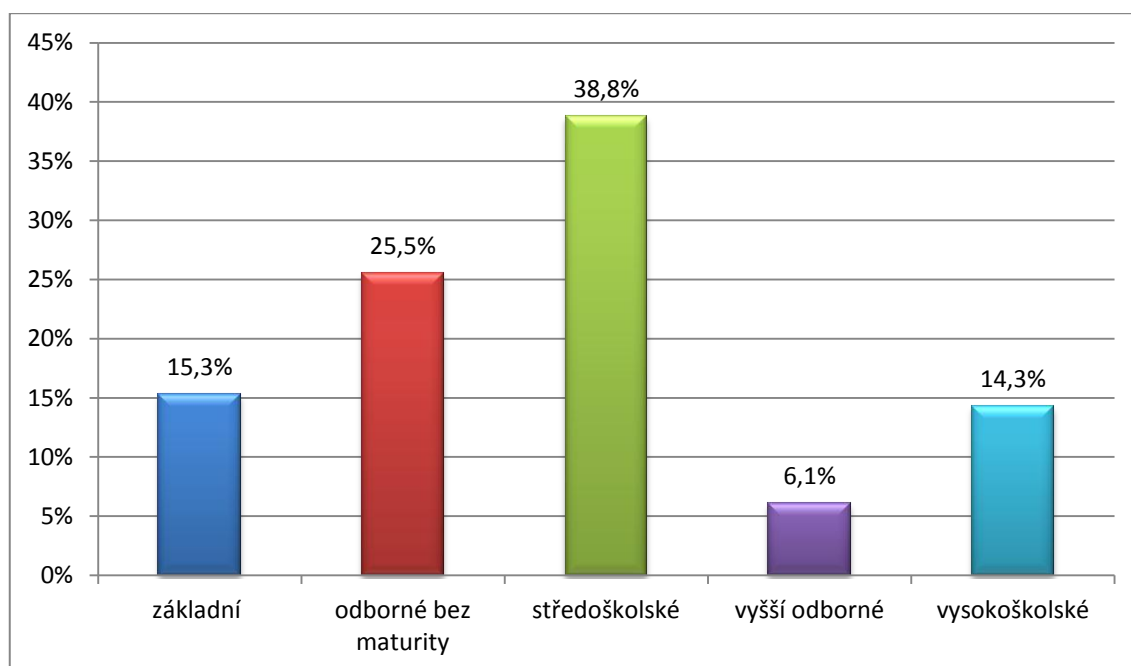
4.1 Analýza dotazníků

Graf 1 Věk respondentek



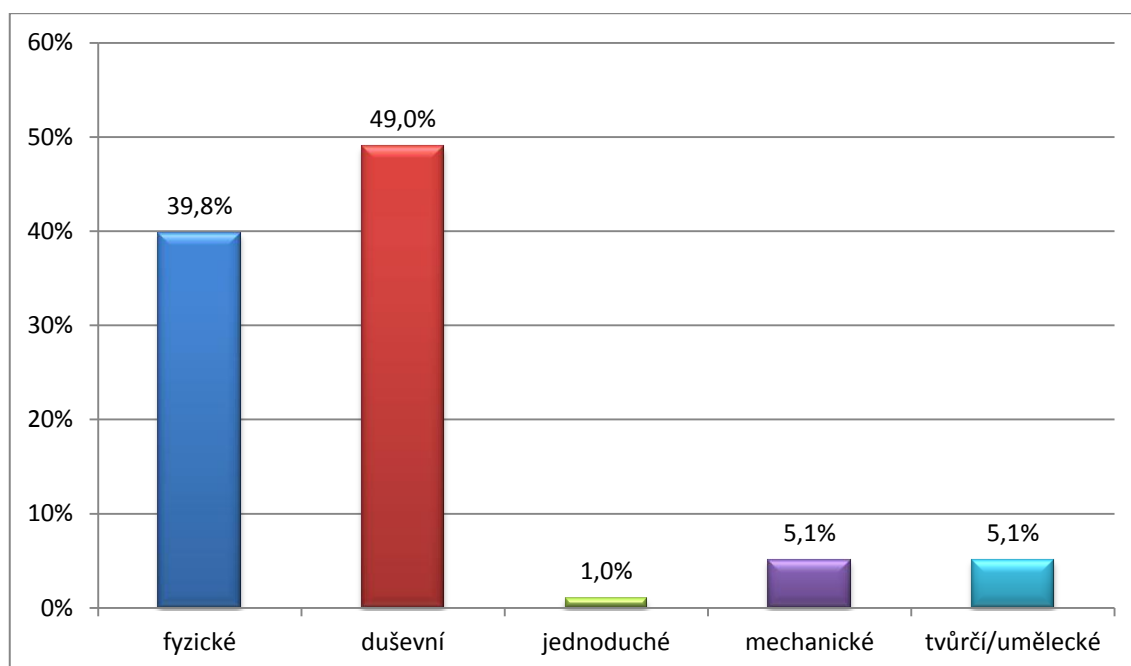
Z celkového počtu 98 (100%) dotazovaných respondentek je ve věku 25-35 let 9 (9,2%) respondentek, v rozmezí mezi 36-45 lety je 23 (23,5%) respondentek, ve věku 46-55 let je 23 (23,5%) respondentek, 56-70 let je 22 (22,4%) respondentek a ve věku 71 a více je 21 (21,4%) respondentek.

Graf 2 Dosažené vzdělání respondentek



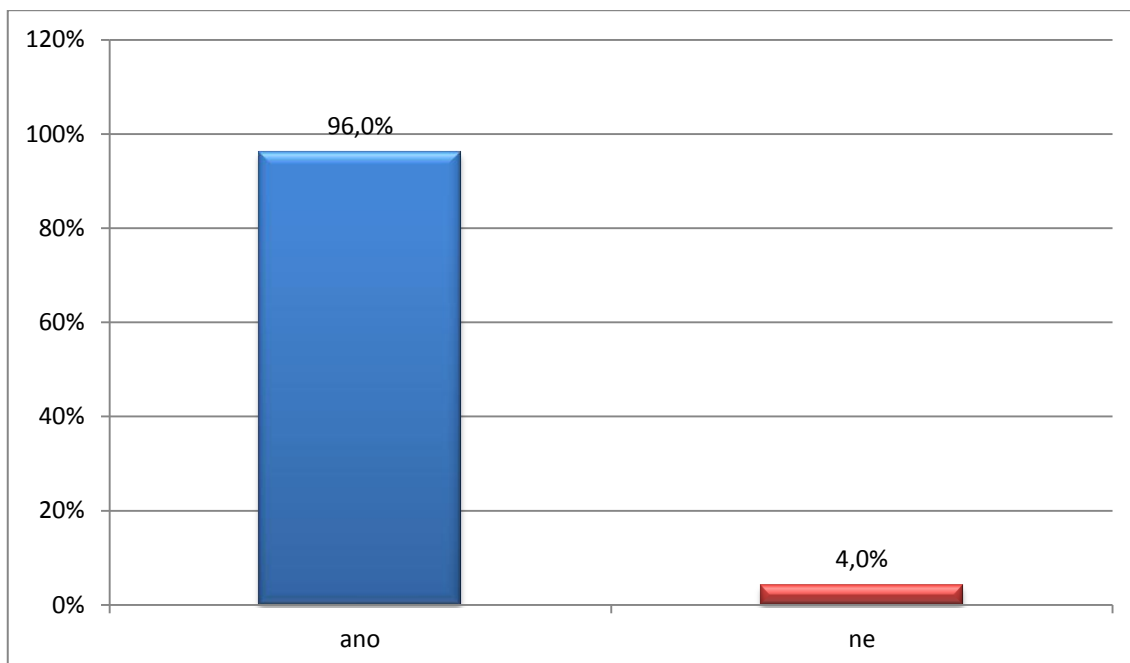
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo, že jejich nevyšší dosažené vzdělání je základní 15 (15,3%), odborného bez maturity dosáhlo 25 (25,5%) respondentek, největší počet respondentek má středoškolské vzdělání 38 (38,8%), vyšší odborné vzdělání má 6 (6,1%) a vysokoškolské vzdělání má 14 (14,3%) respondentek.

Graf 3 Zaměstnání respondentek



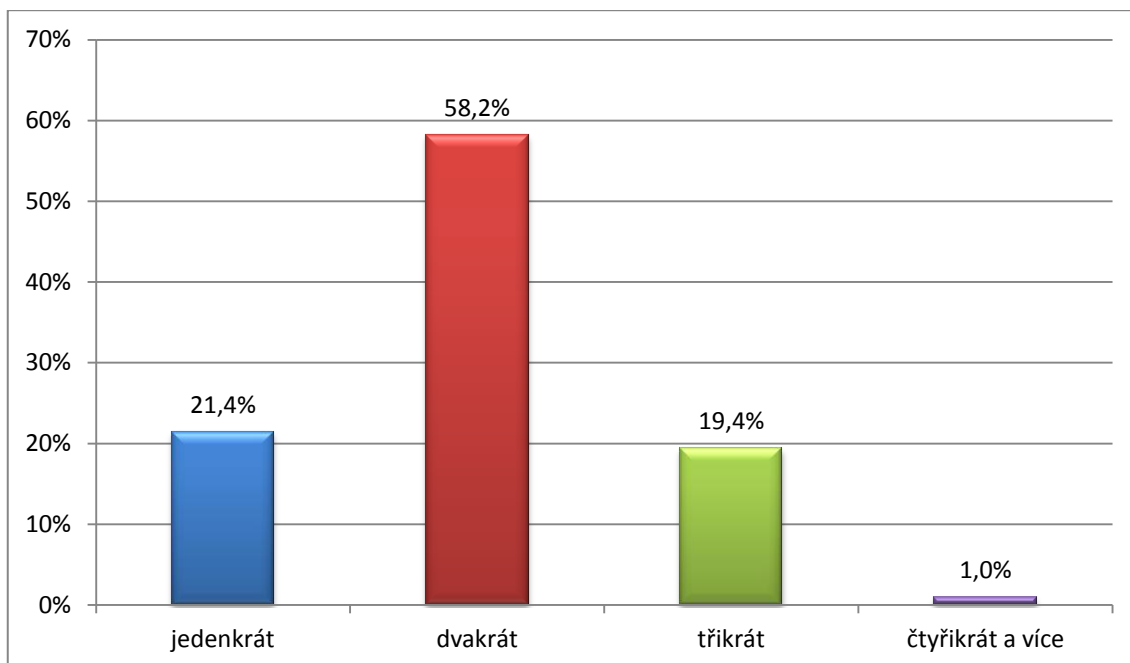
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 39 (39,8%), že vykonává nebo vykonávalo fyzické zaměstnání, 48 (49%) respondentek označilo svoje zaměstnání jako duševním, fyzicky lehčí - jednoduché zaměstnání označila 1 (1%) respondentka, 5 (5,1%) respondentek označilo fyzicky lehčí - mechanické zaměstnání a 5 (5,1%) respondentek označilo své zaměstnání jako tvůrčí.

Graf 4 Znalost pojmu inkontinence



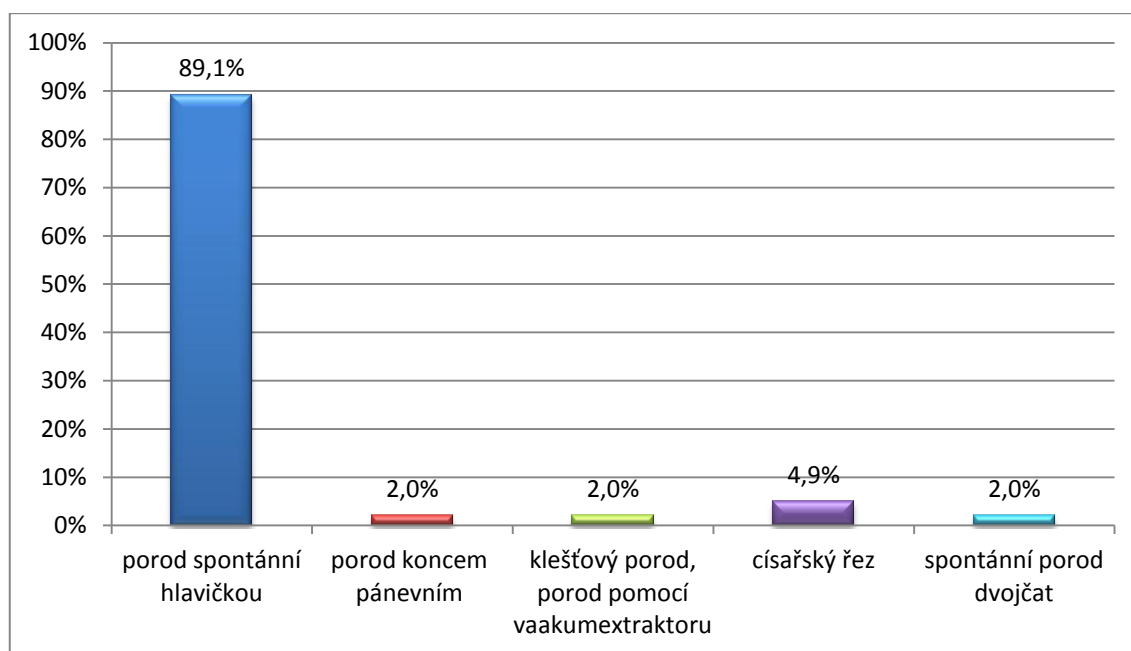
Na otázku, zda znají respondentky pojem inkontinence, odpovědělo 94 (96%) respondentek kladně, že zná pojem inkontinence, 4 (4%) respondentky odpověděly, že neznají pojem inkontinence.

Graf 5 Počet porodů



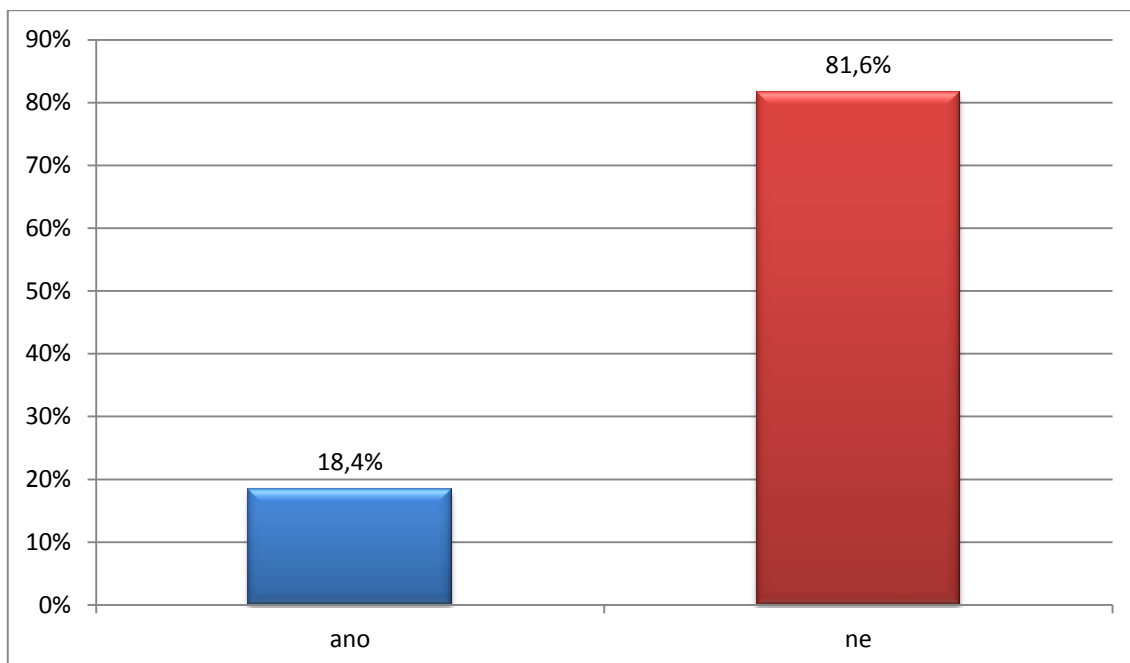
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek rodilo jedenkrát 21 (21,4%), dvakrát rodilo 57 (58,2%) respondentek, 19 (19,4%) bylo respondentek, které rodily třikrát, čtyřikrát a více odpověděla 1 (1%) respondentka.

Graf 6 Porody



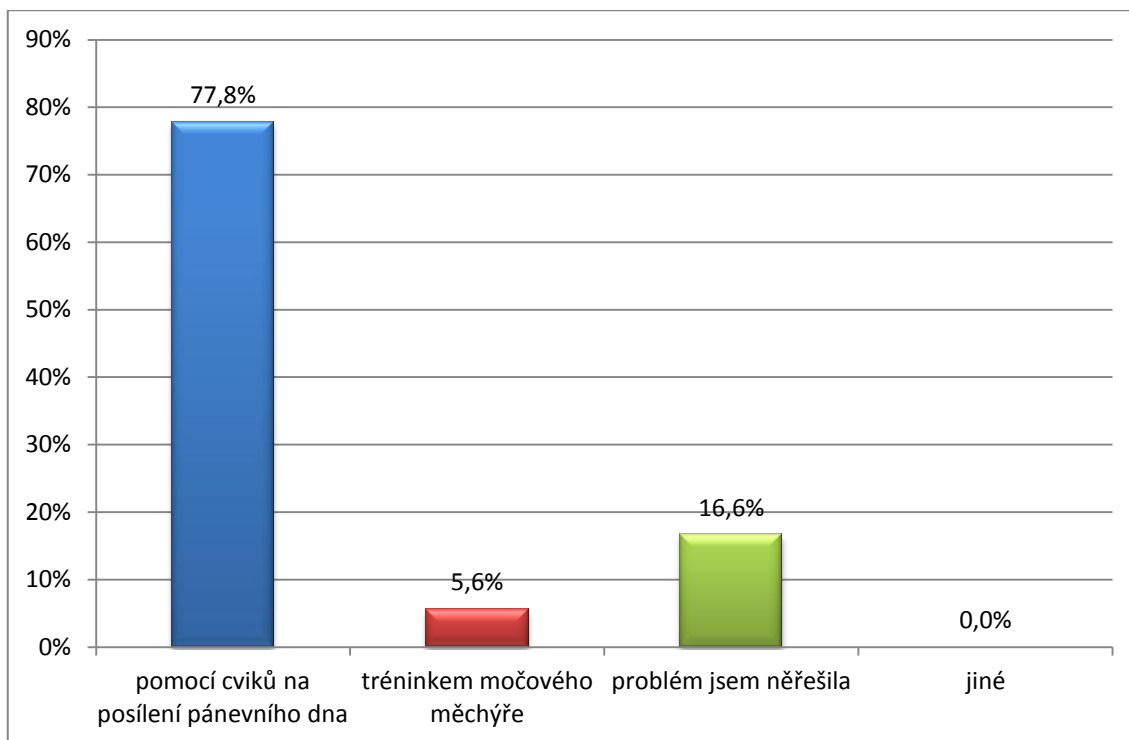
V otázce č. 6 měly respondentky možnost označit více odpovědí. Ze 101 (100%) odpovědí 90 (89,1%) respondentek rodilo spontánně hlavičkou, u 2 (2%) respondentek proběhl porod koncem pánevním, 2 (2%) respondentky uvedly porod pomocí kleští nebo pomocí vaakumextraktoru, 5 (4,9%) respondentek označilo císařský řez, u 2 (2%) respondentek byl veden spontánní porod dvojčat.

Graf 7 Problémy s únikem moči po porodu



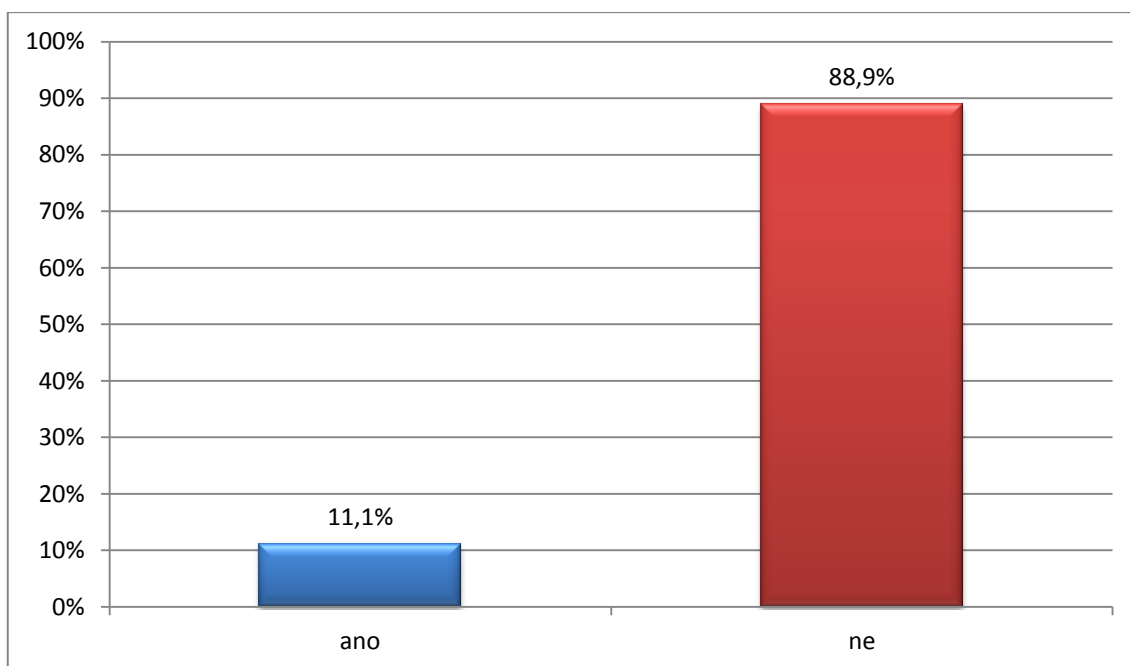
Na otázku č. 7, zda měly ženy po porodu potíže s únikem moči, odpovědělo z celkového počtu 98 (100%) respondentek, 18 (18,4%) respondentek, mělo potíže s únikem moči po porodu, 80 (81,6%) respondentek nemělo potíže s únikem moči po porodu.

Graf 8 Řešení problému s únikem moči



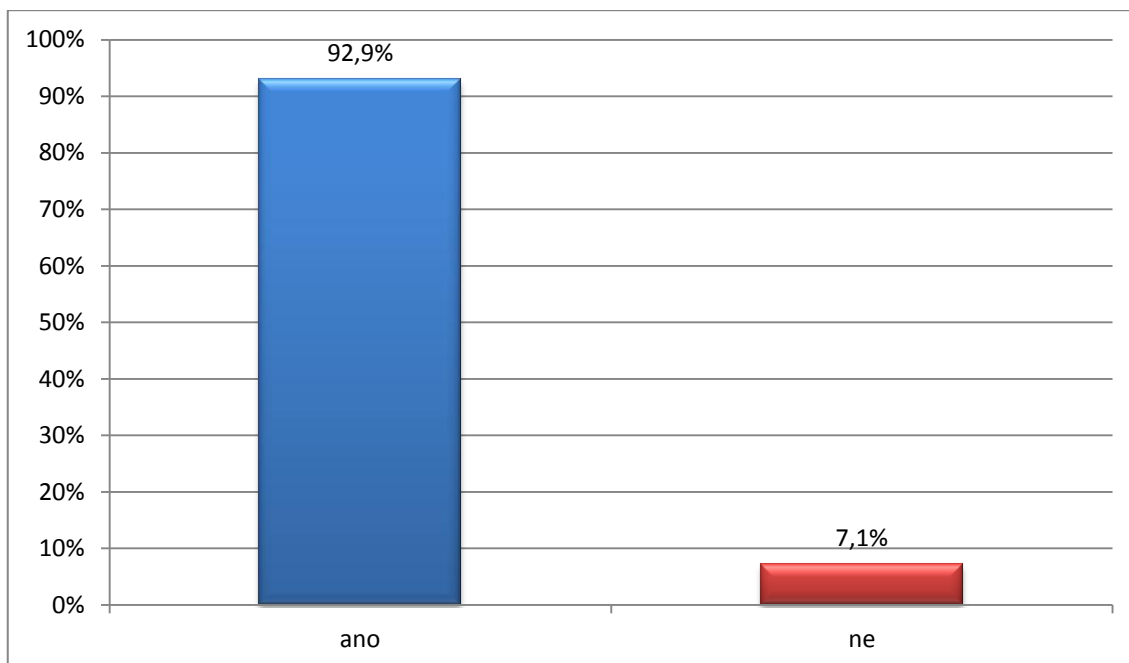
Na otázku č. 8 odpovídaly respondentky, které měly problémy s únikem moči po porodu. Z 18-ti (100%) repondentek, 14 (77,8%) respondentek označilo, že tento problém řešily pomocí cviků na posílení pánevního dna, 1 (5,6%) respondentka označila trénink močového měchýře, 3 (16,6%) repondentky problém neřešily, u odpovědi d) jiné nebyla žádná odpověď.

Graf 9 Pomoc porodní asistentky



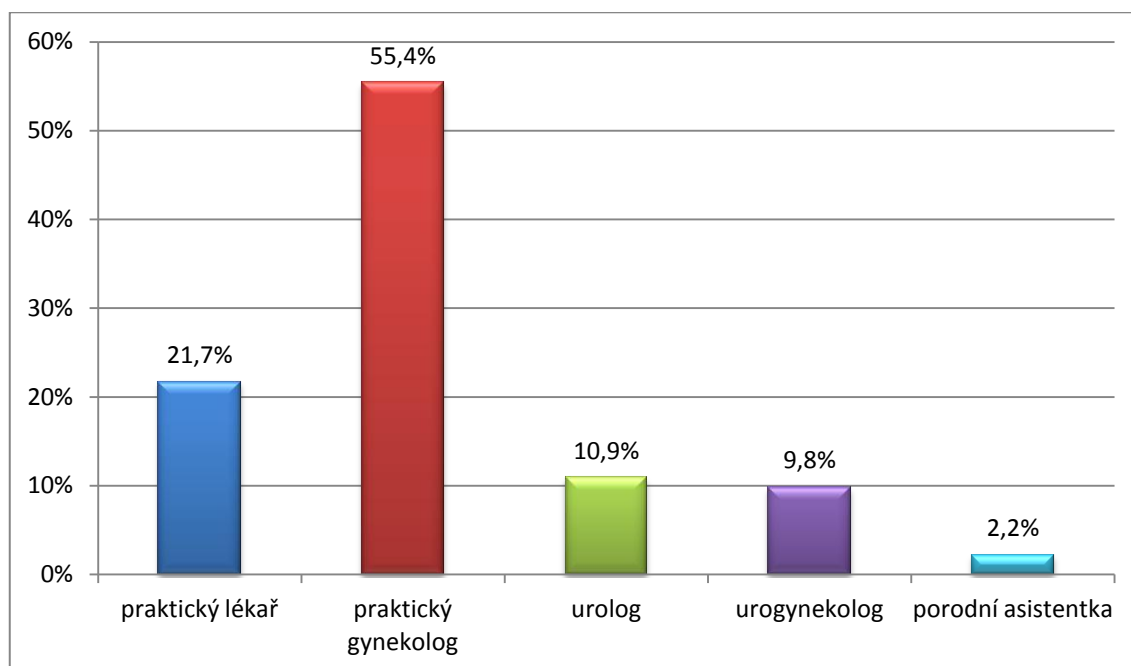
Na otázku č. 9 odpovídaly pouze respondentky, které měly po porodu problémy s únikem moči. Z 18-ti (100%) respondentek, 2 (11,1%) respondentky odpověděly, že jim porodní asistentka pomohla problém řešit, 16 (88,9%) označilo odpověď ne.

Graf 10 Vyhledání odborné pomoci



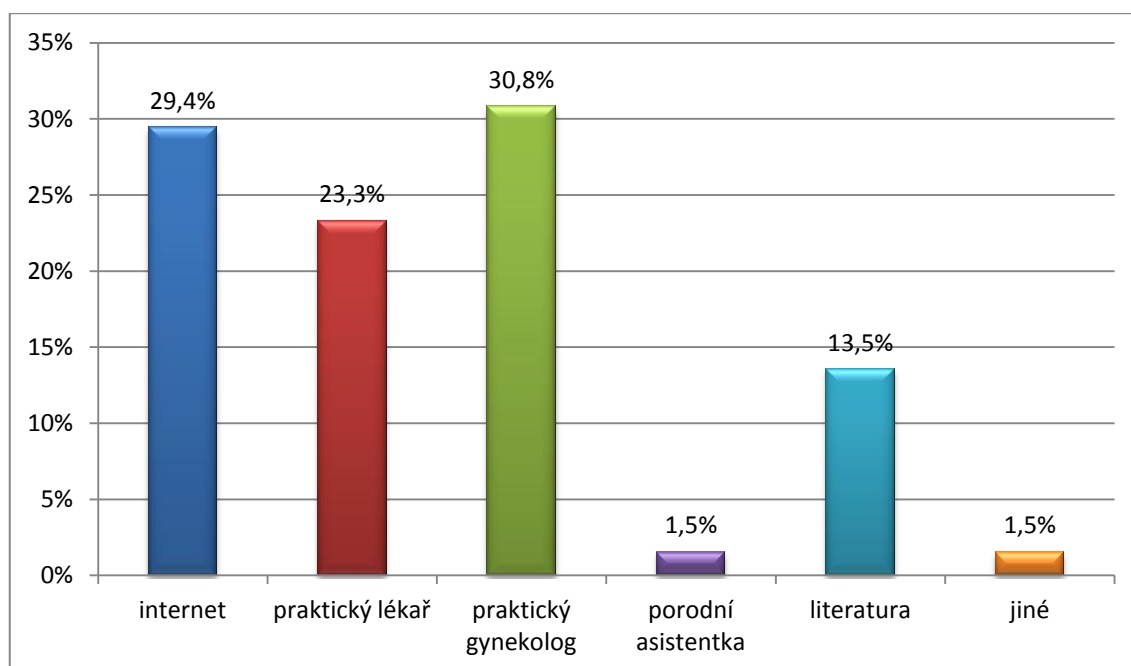
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 92 (92,9%) respondentek, že by vyhledala odbornou pomoc při úniku moči, 7 (7,1%) respondentek by odbornou pomoc nevyhledalo, kdyby se u nich objevila inkontinence moči.

Graf 11 Vyhledání odborné pomoci



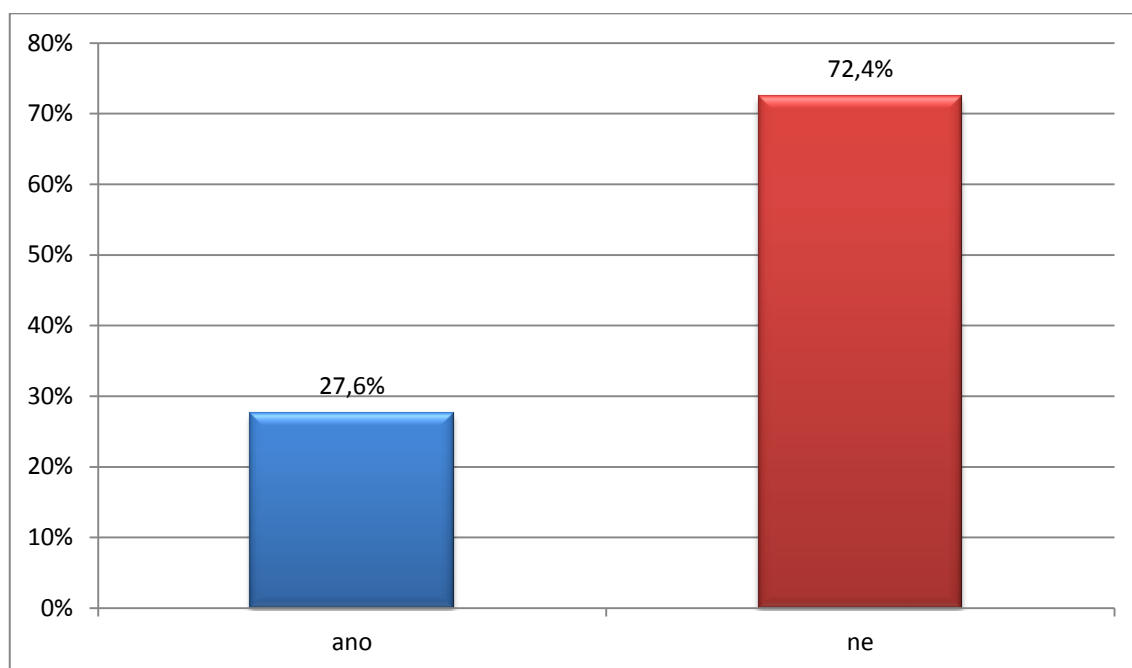
Na otázku č. 10 koho by ženy vyhledaly, kdyby začaly trpět únikem moči. Z celkového počtu 92 (100%) respondentek, by 20 (21,7%) respondentek vyhledalo pomoc u praktického lékaře, největší počet respondentek, 51 (55,4%) zaškrtnulo praktického gynekologa, 10 (10,9%) respondentek by navštívilo urologa, 9 (9,8%) respondentek uvedlo, že by navštívilo urogynekologa a pouze 2 (2,2%) respondentky by vyhledaly pomoc u porodní asistentky.

Graf 12 Zdroje informací o možnostech léčby inkontinence



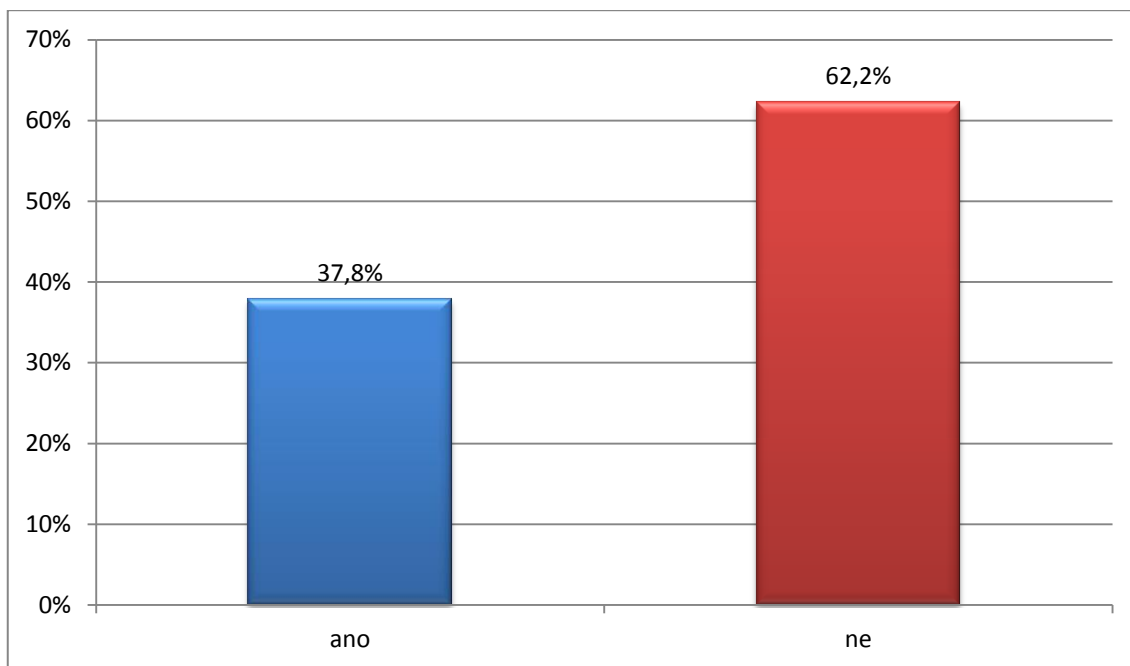
U otázky odkud by ženy čerpaly informace o možnosti léčby inkontinence, měly respondentky možnost označit více odpovědí. Ze 133 odpovědí 39 (29,4%) respondentek uvedlo internet, 31 (23,3%) respondentek by chtělo informace od praktického lékaře, nejvíce odpovědí bylo zaškrtnuto u praktického gynekologa 41 (30,8%), informace od porodní asistentky by chtěly 2 (1,5%) respondentky, literaturu uvedlo 18 (13,5%) respondentek, 2 respondentky označily odpověď jiné, kde by jedna respondentka čerpala informace od urologa a druhá respondentka by čerpala informace z alternativní medicíny.

Graf 13 Poskytnutí informací o cvicích na posílení pánevního dna



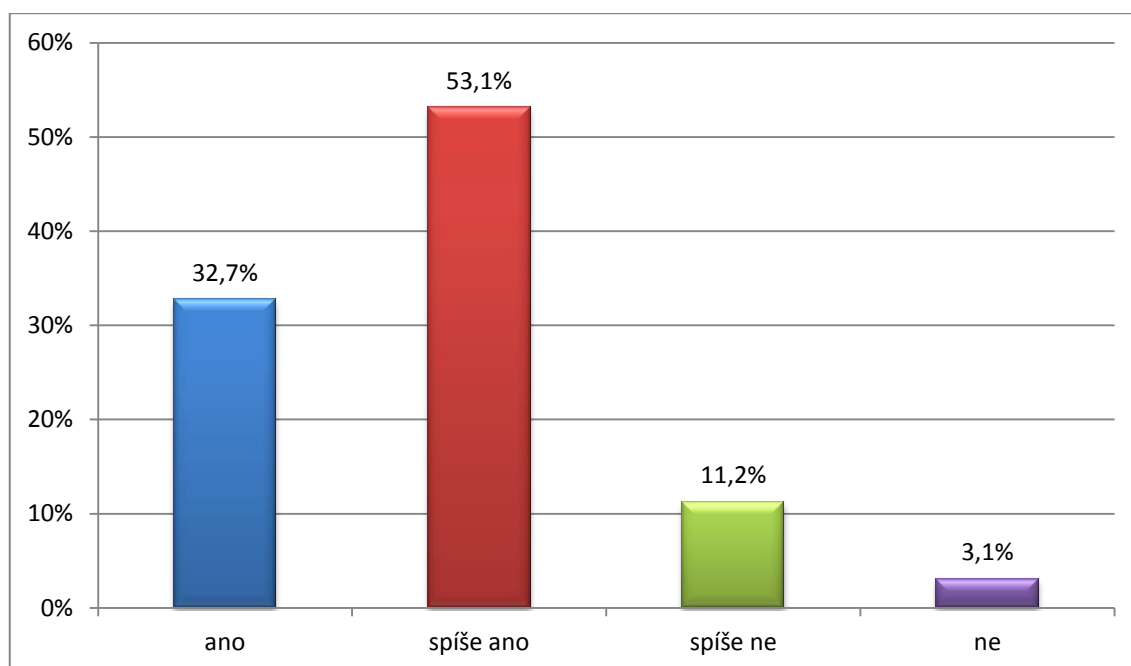
Na otázku zda ženám poskytla porodní asistentka informace o cvicích na posílení pánevního dna odpovědělo z celkového počtu 98 (100%) respondentek 27 (27,6%), že jim porodní asistentka poskytla informace o cvicích na posílení pánevního dna, 71 (72,4%) respondentek nedostalo informace o cvicích na posílení pánevního dna.

Graf 14 Využití cviků jako prevence inkontinence



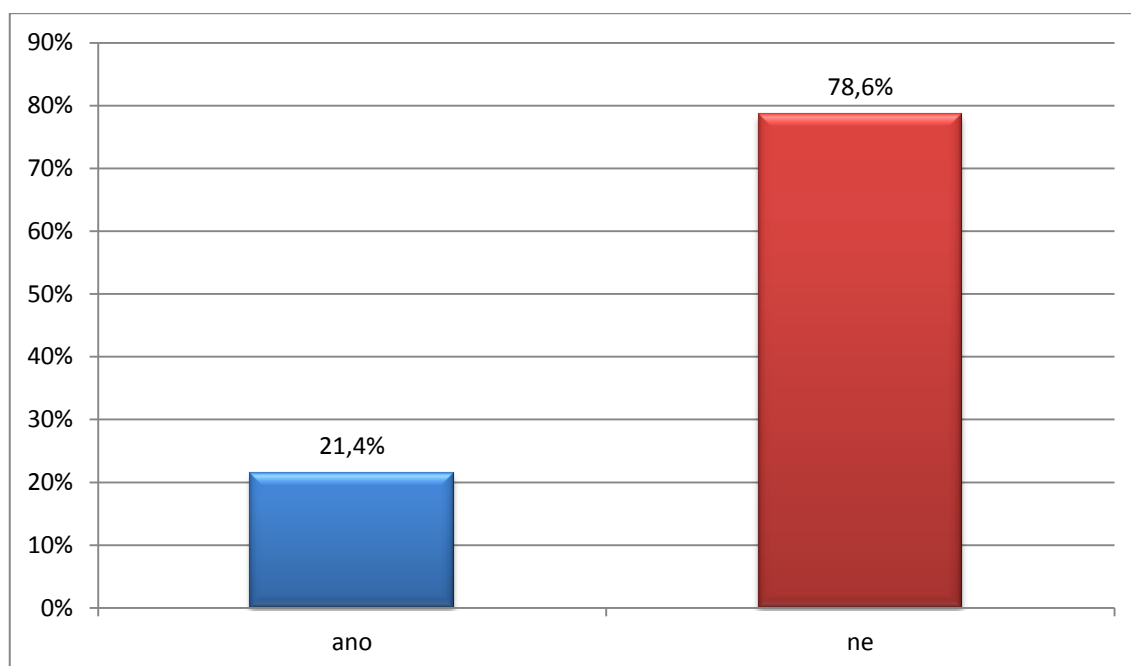
Na otázku č. 14 respondentky odpovídaly, zda využívají cviky na posílení pánevního dna, aby předešly inkontinenci. Z celkového počtu 98 (100%) respondentek, 37 (37,8%) respondentek využívá tyto cviky, aby předešly inkontinenci, 61 (62,2%) respondentek uvádí, že tyto cviky necvičí.

Graf 15 Dodržení dietního režimu



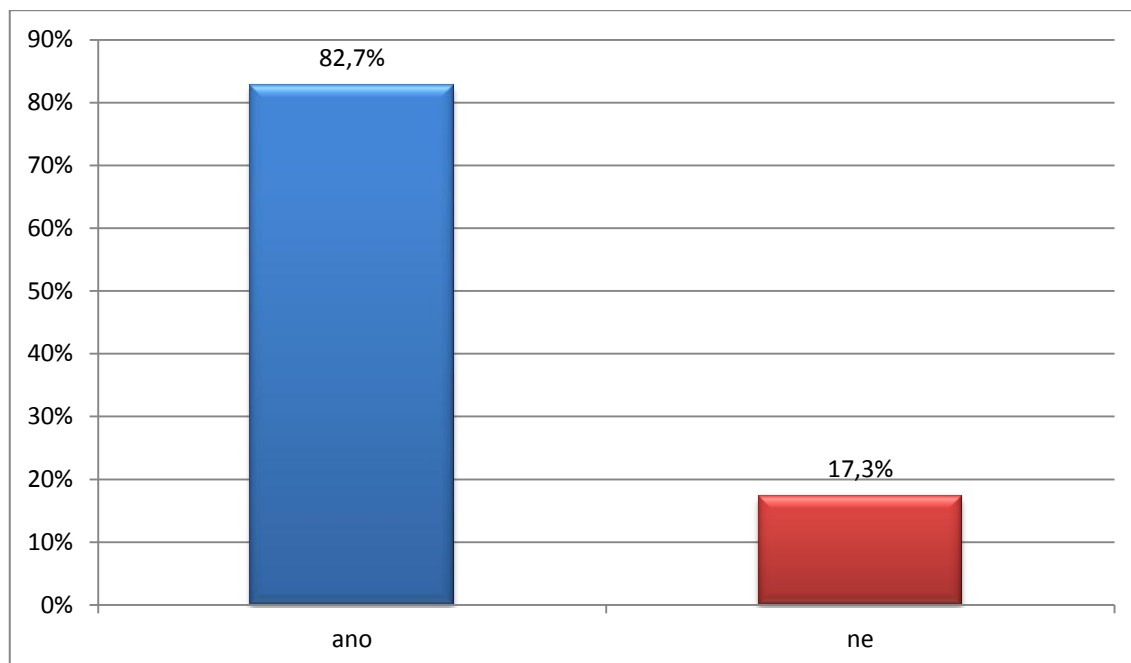
Na otázku pokud by ženy porodní asistentka poučila o nutnosti změny dietního režimu při úniku moči, z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 32 (32,7%) respondentek ano, dodržovaly by dietní režim, 52 (53,1%) respondentek uvedlo spíše ano, 11 (11,2%) respondentek by spíše nechtělo dodržovat dietní režim, 3 (3,1%) respondentky zaškrtnly ne, vůbec by dietní režim nedodržovaly.

Graf 16 Seznámení s vhodnými pomůckami při inkontinenci



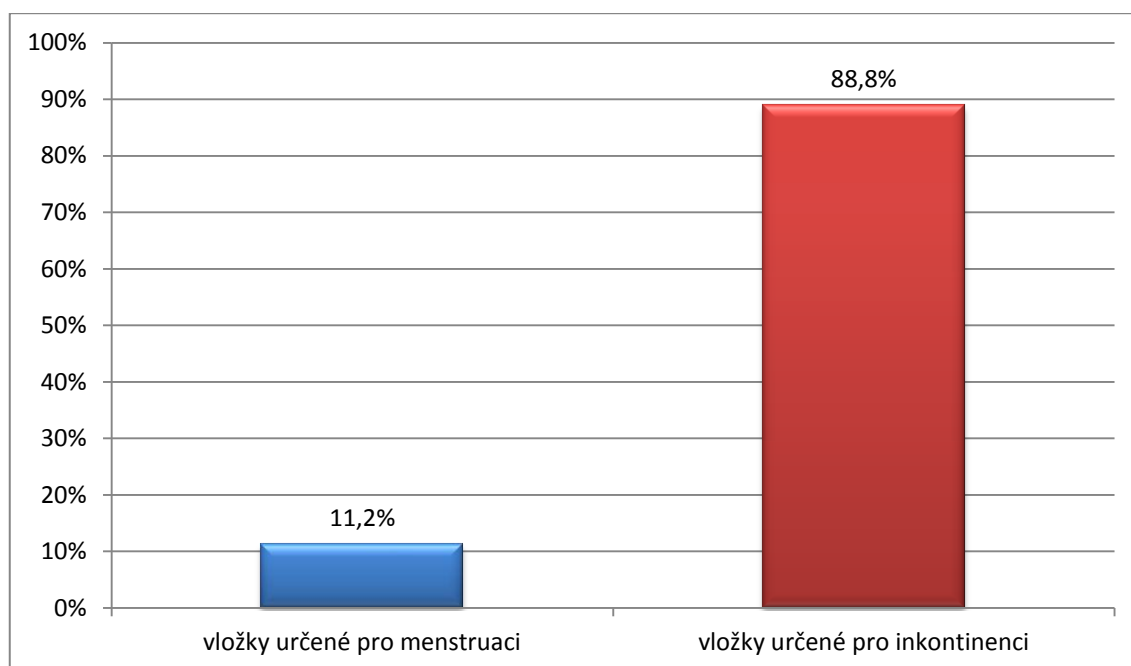
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 21 (21,4%) respondentek, že je porodní asistentka seznámila s vhodnými pomůckami při inkontinenci, 77 (78,6%) respondentek není seznámeno s vhodnými pomůckami při inkontinenci.

Graf 17 Zájem o informace



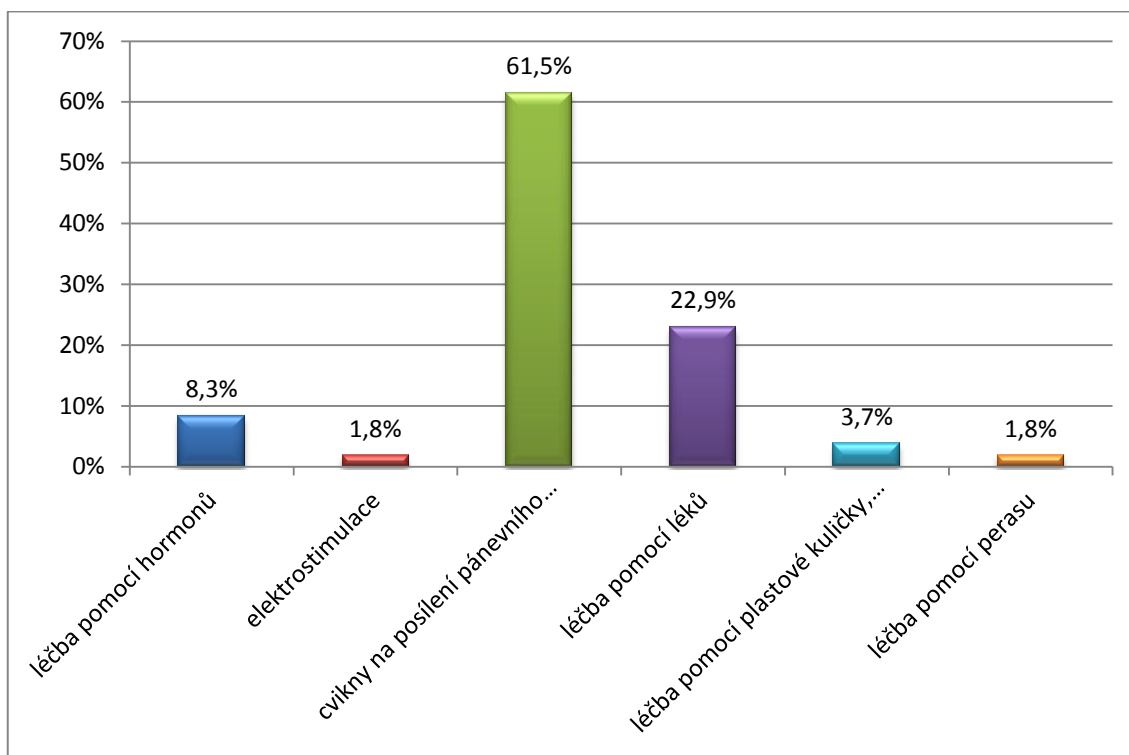
Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 81 (82,7%) respondentek, že má zájem o poskytnutí informací od porodní asistentky, 17 (17,3%) respondentek uvedlo ne, tyto respondentky nemají zájem o poskytnutí informací.

Graf 18 Volba druhu vložek při úniku moči



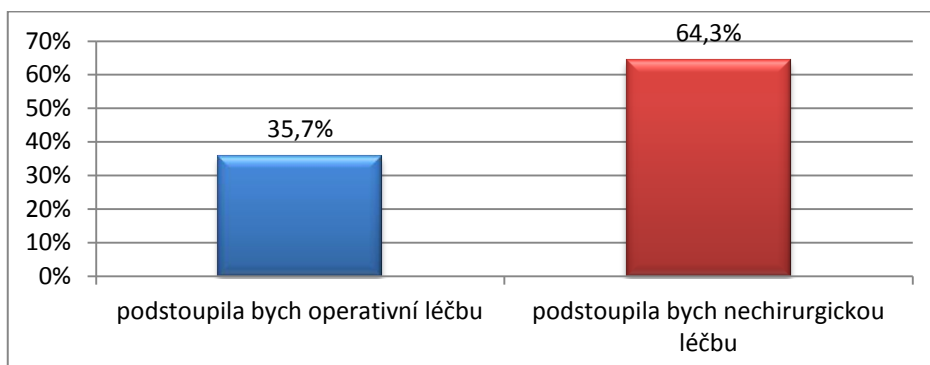
Na otázku jaký druh vložek by si ženy zvolily, kdyby se u nich objevil samovolný únik moči odpovědělo z celkového počtu 98 (100%) respondentek, 11 (11,2%) respondentek, že by zvolily menstruační vložky, 87 (88,8%) respondentek odpovědělo, že při úniku moči by zvolily vložky určené pro inkontinenci.

Graf 19 Znalost žen konzervativní léčby inkontinence



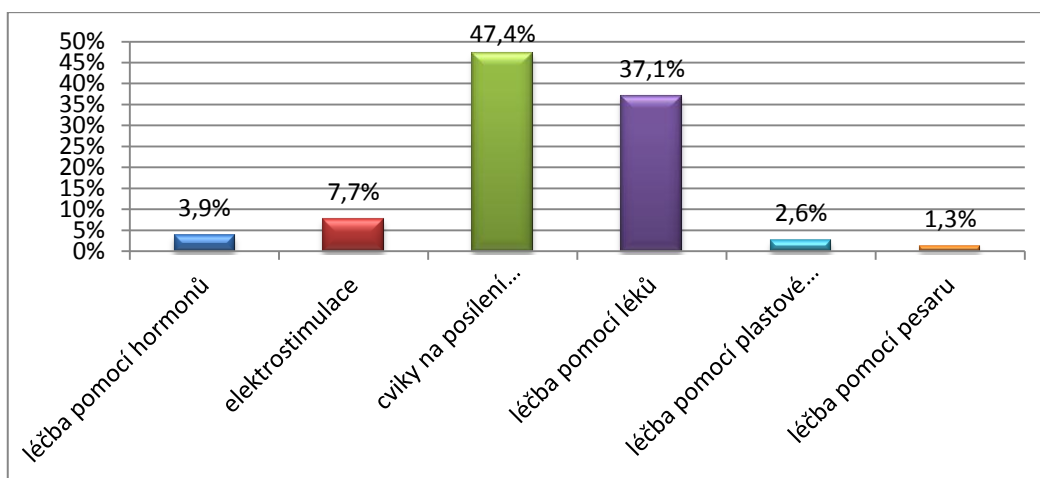
Na otázku jaké druhy konzervativní léčby ženy znají, měly respondentky možnost více odpovědí. Z celkového počtu 109 odpovědí zná léčbu pomocí hormonů 9 (8,3%) respondentek, o léčbě pomocí elektrostimulace ví 2 (1,8%) respondentky, 67 (61,5%) dotázaných respondentek zná cvikny na posílení pánevního dna, 25 (22,9%) respondentek je informováno o možnosti léčby pomocí léků, 4 (3,7%) respondentky znají léčbu pomocí plastové kuličky se závažím, která se zavede do pochvy, 1 (1,8%) respondentka ví o možnosti léčby pomocí pesaru.

Graf 20 Léčba, kterou by ženy podstoupily



Na otázku jakou léčbu by ženy podstoupily odpovědělo, z celkového počtu 98 (100%) respondentek, 35 (35,7%) respondentek, že by podstoupilo operativní léčbu inkontinence, 63 (64,3%) respondentek by raději podstoupilo nechirurgickou léčbu inkontinence.

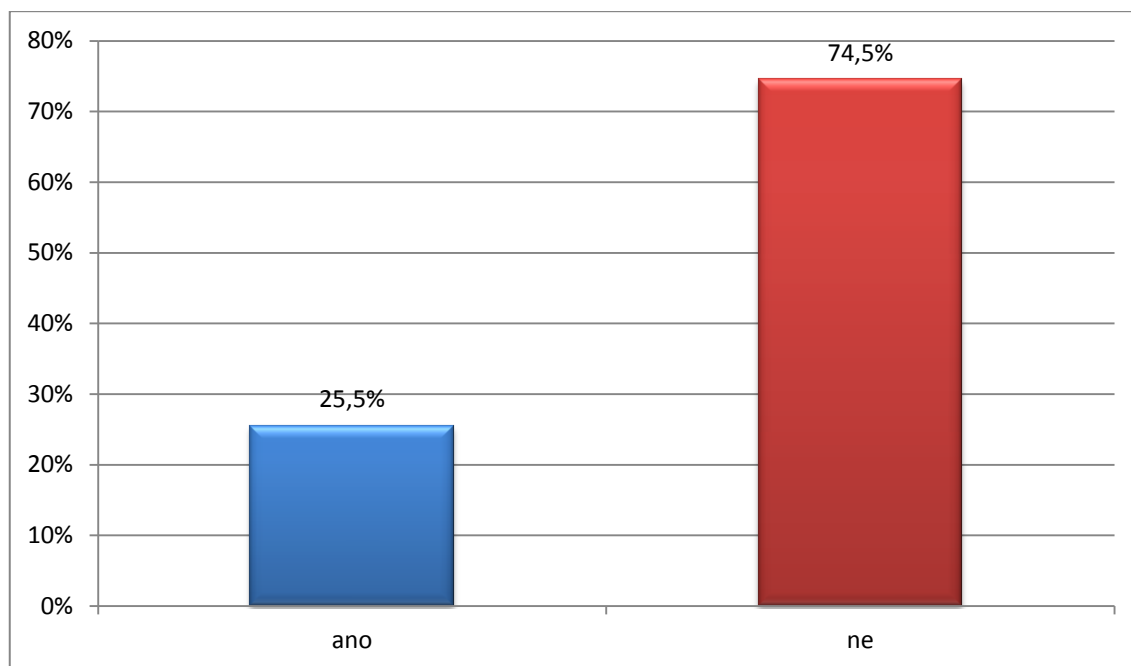
Graf 21 Konzervativní léčba inkontinence



Tento graf se vztahuje k otázce č. 20 a popisuje, jakou konzervativní léčbu by ženy podstoupily, kdyby si nezvolily operativní léčbu. U konzervativní léčby měly respondentky možnost výběru z více odpovědí. Z celkového počtu 78 odpovědí by léčbu pomocí hormonů podstoupily 3 (3,9%) respondentky, 6 (7,7%) respondentek by zvolilo léčbu elektrostimulací, 37 (47,4%) respondentek, by si jako konzervativní léčbu

zvolily cviky na posílení pánevního dna, u 2 (2,6%) respondentek by léčbou první volby byla plastová kulička se závažím, 1 (1,3%) respondentka uvedla léčbu pomocí pesaru.

Graf 22 Informovanost o operativní léčbě inkontinence



Na otázku zda mají ženy informace o operativní léčbě inkontinence odpovědělo, z celkového počtu 98 (100%) respondentek, 25 (25,5%) respondentek má informace o operativní léčbě, 73 (74,5%) respondentek nemá informace o operativní léčbě inkontinence.

5 Diskuze

Inkontinence moči je stav, který ženu omezuje v jejích osobních potřebách, proto je nezbytné, aby ženy byly informovány o možnostech prevence a léčby. Informovat ženy může lékař, ale především by to měla být porodní asistentka, která je jako první v kontaktu se ženou. Porodní asistentka by měla umět s ženou komunikovat a pomoci jí problém řešit.

Výzkumný soubor byly ženy všech věkových kategorií z Českokrumlovského regionu. Ženám byl rozdán anonymní dotazník, který obsahoval 21 otázek. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únor – březen 2012, shromážděno bylo 98 dotazníků.

První graf znázorňuje věkovou kategorii žen. Ve věku 25-35 let je 9 (9,2%) respondentek, ve věku 36-45 let je 23 (23,5%) respondentek, ve věku 46-55 let je 23 (23,5%) respondentek, ve věku 56-70 let je 22 (22,4%) respondentek a ve věku 71 let a více je 21 (21,4%) respondentek. Nejméně respondentek bylo ve věku 25-35 let. Nejvíce oslovených žen je ve středním věku 36-45 let a pozdním věku 46-55 let a v časném stáří. Ženy v tomto věku mohou začít trpět nebo trpí inkontinencí moči. Chmel uvádí, že močová inkontinence je velmi častý problém, který postihuje žen. Její obecné rozšíření v populaci stoupá s věkem, především postihuje ženy ve věku 30 až 60 let. (12)

Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Základní vzdělání má 15 (15,3%) respondentek, odborného vzdělání bez maturity dosáhlo 25 (25,5%) respondentek, nejvíce respondentek 38 (38,8%) má středoškolské vzdělání, vyšší odborné označilo 6 (6,1%) respondentek a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 14 (14,3%) respondentek. Z celkového počtu 98 respondentek má 15 respondentek pouze základní vzdělání. Jedná se většinou o ženy ve věku 71 let a výše, které měly ve své době zhoršené možnosti dosáhnout vyššího vzdělání. Nejvíce respondentek má středoškolské vzdělání, které dnes již patří ke společenskému standardu.

Na grafu č. 3 je znázorněno, jaké je nebo bylo zaměstnání respondentek. Fyzické zaměstnání vykonává nebo vykonávalo 39 (39,8%) respondentek, duševní zaměstnání uvedlo nejvíce respondentek 48 (49%), mechanické a tvůrčí zaměstnání uvedlo stejně respondentek 5 (5,1%), jednoduchou práci označila 1 (1%) respondentka. Respondentky, které klasifikovaly své zaměstnání jako fyzické a fyzicky lehčí

(jednoduché) a fyzicky méně náročné (mechanické) byly, většinou ženy se základním vzděláním nebo odborným vzděláním bez maturity. Některé respondentky se středoškolským vzděláním označily, že jejich práce je fyzická, ale některé vykonávají i duševní práci. Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním jsou respondentky, jejichž zaměstnání je především tvůrčí a duševní. Myslím si, že ženy, které vykonávají fyzickou a mechanickou práci mají větší predispozici k inkontinenci než ženy, které vykonávají duševní zaměstnání.

Pokud jsou ženy trpící inkontinencí, indikovány k operativní léčbě inkontinence a vykonávají fyzicky náročnou práci, je nutné, aby tyto ženy porodní asistentka poučila o možnosti změnit zaměstnání. Žena by měla vědět, že délka trvání efektu operace je přímo úměrná fyzické zátěži nejenom těsně po operaci, ale obzvláště v dlouhodobém časovém horizontu.(11)

Graf č. 4 znázorňuje otázku „Znáte pojem inkontinence?“ Na tuto otázku odpovědělo 94 (96%) respondentek ano, znají pojem inkontinence a 4 (4%) respondentky odpověděly ne, neznají pojem inkontinence. Respondentky, které neznají pojem inkontinence, byly především ženy, které byly ve věku 71 let a výše a ženy se základním vzděláním. Je dobře, že jsou ženy s tímto pojmem obeznámeny a vědí, co se za ním skrývá. Myslím si, že ženy, které tento pojem znají, a je jich většina, si snáze uvědomí, že jde o problém, který se musí řešit.

Těhotenství má prokázanou souvislost s vyšším výskytem inkontinence. V těhotenství a při porodu dochází k velkému zatížení a někdy i poškození svalů pánevního dna, které se mohou projevit inkontinencí. (6, 22)

Proto jsem se zaměřila i na paritu a porody, které ženy prodělaly, viz graf 5, 6. Některé ženy mohly trpět po porodu únikem moči. Zda tento problém řešily a jak, je popsáno v následujících grafech 7, 8, 9.

V grafu č. 5 je znázorněna otázka, kolikrát ženy rodily. Jedenkrát rodilo 21 (21,4%) respondentek, 57 (58,2%) rodilo dvakrát, třikrát rodilo 19 (19,4%) respondentek a čtyřikrát a více odpověděla 1 (1%) respondentka. Nejvíce respondentek odpovědělo, že rodily dvakrát. Vcelku stejný počet žen byl mezi prvorodičkami a ženami, které rodily po třetí. Čermák a Pacík uvádí, že největší vliv na vznik

inkontinence má především průběh prvního těhotenství a porodu. Další porody nejsou z tohoto hlediska již tak významné. (6)

Jak byl porod veden je vidět z grafu č. 6. V této otázce měly respondenty možnost označit více odpovědí. Tato možnost se hlavně týkala vícerodiček. Z celkového počtu 101(100%) respondentek rodilo 90 (89,1%) respondentek spontánně hlavičkou. Nejvíce mě překvapuje malý počet žen 5 (4,9%), jejichž porod byl veden císařským řezem. Porod koncem pánevním byl veden u 2 (2%) respondentek, klešťový porod nebo porod pomocí vakumextraktoru (VEX) označily 2 (2%) respondenty, u 2 (2%) respondentek byl veden spontánní porod dvojčat. V celku mě udivuje malý počet císařských řezů, ze 101 odpovědí pouze 5, ale i porodů, které byly vedeny pomocí kleští nebo VEXu.

I ženy v mladém věku se mohou setkat s nechtěným únikem moči. Jde především o ženy po porodu. Aby žena předešla inkontinenci po porodu, je důležitá prevence. Vhodnou preventivní metodu představují cviky na posílení pánevního dna. Informace o nich může žena získat od porodní asistentky, která ženu se cviky seznámí a pomůže s zvládnutím techniky cvičení.

. Zda měly ženy problémy s únikem moči po porodu je vidět z grafu č. 7. 80 (81,6%) respondentek uvedlo, že neměly po porodu potíže s únikem moči. Překvapuje mě malý počet žen 18 (18,4%), které měly potíže s únikem.

Navazující otázka byla, jak tento problém ženy řešily. Z 18 (100%) respondentek, které trpěly po porodu únikem moči, jich 14 (77,8%) řešilo únik moči cviky na posílení pánevního dna, 1 (5,6%) respondentka uvedla trénink močového měchýře, 3 (16,6%) respondenty tento problém neřešily (viz graf č. 8). Je dobře, že se respondenty snažily tento problém nějak řešit. Nejvíce respondentek zvolilo cviky na posílení pánevního dna, které jsou nejrychlejší a nejdostupnější metodou v rámci léčby inkontinence. Myslím si, že u žen, které problém neřešily, byl únik moči malý a nezasahoval významně do jejich života. V souladu s tím Čermák a Pacík uvádí, že po porodu dochází u většiny žen k úpravě stavu kontinence. (6)

Na to, zda ženám, které trpěly únikem moči po porodu, pomohla porodní asistentka, jsem se ptala v otázce č. 9. Z 18-ti respondentek pomohla porodní asistentka

problém řešit pouze dvěma (11,1%) respondentkám, zbylých 16 (88,9%) respondentek nepomohla. Myslím si, že jde především o ženy, které se jí s problémem nesvěřily, nebo tento problém nechtěly řešit. Mohly si to zdůvodnit jejich stavem po porodu a problém řešily až později doma.

Mile mě překvapily odpovědi na otázku č. 10, tj. zda by ženy vyhledaly odbornou pomoc, kdyby se u nich objevil samovolný únik moči. Z 98 respondentek odpovědělo 92 (92,9%) respondentek ano, zbylých 7 (7,1%) respondentek ne (viz graf č. 10). Tudíž nemohou souhlasit s odbornou literaturou, ve které se často uvádí, že většina žen má strach vyhledat odbornou pomoc. Ale přesto je počet respondentek, které odpověděly záporně poměrně vysoký. Mezi respondentkami, které uvedly ne, byly ženy s vysokoškolským vzděláním a ženy ve věku 71 a více let. Otázkou zůstává, kolik žen by odbornou pomoc vyhledalo ve skutečnosti.

Pokud respondentky v předchozí otázce č. 10 napsaly ne, neodpovídaly na další otázku, jakou odbornou pomoc by vyhledaly, kdyby se u nich objevila inkontinence moči. Z celkového počtu 92 (100%) respondentek, by se nejvíce respondentek 51 (55,4%) obrátilo se svým problémem na praktického gynekologa, 20 (21,7%) respondentek by vyhledalo pomoc u praktického lékaře, na urologa by se obrátilo 10 (10,9%) respondentek, urogynekologa by navštívilo 9 (9,8%), pouze 2 respondentky by vyhledaly pomoc porodní asistentky, což mi přijde jako velice málo. Domnívám se, že ženy nejsou dostatečně informovány o kvalifikaci porodních asistentek, které by jim mohly s problémem pomoci. Spíše se obracejí na lékaře, který má patřičnou erudici, kde porodní asistentka hraje úlohu prostředníka mezi lékařem a klientkou.

Odkud by ženy čerpaly informace o možnostech léčby inkontinence zobrazuje graf č. 12. Z celkového počtu 133 (100%) odpovědí, uvedlo nejvíce 41 (30,8%) respondentek jako zdroj informací praktického gynekologa, 39 (29,4%) respondentek by si vyhledalo informace na internetu, 31 (23,3%) respondentek uvedlo praktického lékaře, 18 (13,5%) respondentek by čerpalo z literatury, 2 (1,5%) respondentky uvedly porodní asistentku, 2 (1,5%) respondentky uvedly v odpovědi jiné, že by čerpaly informace od urologa a z alternativní medicíny. Nejvíce mě překvapila odpověď respondentky, která by informace o možnostech léčby inkontinence čerpala

z alternativní medicíny. Nejméně žen by se v takovém případě obrátilo na porodní asistentku. Myslím si, že za nízkým počtem žen, které by vyhledaly porodní asistentku, stojí skutečnost, že většina žen není informovaná o kompetencích porodní asistentky. Ženy k porodní asistentce vzhlíží především jako k ženě, které se stará o těhotné a rodící ženy. Ale málokdo ví, že je vzdělaná i v otázkách týkající se gynekologických problémů. Myslím si, že pokud by se u žen zvedlo povědomí o kompetencích porodních asistentek, obracely by se na ně se svými problémy více.

V grafu č. 13 je znázorněna otázka, zda ženám porodní asistentka poskytla informace o cvicích na posílení pánevního dna. Z 98 (100%) respondentek odpovědělo 27 (27,6%) ano, porodní asistentka jim poskytla informace o cvicích, 71 (72,4%) respondentek odpovědělo ne. Ženy, které odpověděly ano, jsou většinou ženy starší, které mohou trpět inkontinencí a v rámci edukace jim porodní asistentka poskytla informace o cvicích. Domnívám se, že zbytek respondentek jsou ženy, které nemají problémy s únikem moči, a proto nepotřebují tyto informace, nebo ženy, které se stydí se svým problémem svěřit a raději si cviky vyhledají sami.

To je vidět v grafu č. 14 znázorňující otázku „Pokud tyto cviky znáte, používáte je, abyste předešla inkontinenci?“. Z 98 (100%) respondentek, 37 (37,8%) respondentek uvedlo, že tyto cviky znají a používají je jako prevenci inkontinence. 61 (62,2%) respondentek tyto cviky nevyužívá jako prevenci inkontinence, což mi přijde málo. Možná ženy tyto cviky znají, ale neví, že mohou sloužit jako prevence inkontinence. Myslím si, že respondentky, které nevyužívají cvičení, neumí cviky provádět správně tak, aby došlo ke kýženému efektu. Drobilová ve svém článku uvádí, že svaly pánevního dna se ženy musí naučit vnímat a cítit je při cvičení a jen tehdy s nimi může žena pracovat. Cvičení pomáhá udržet orgány pánve ve správném postavení, má příznivé účinky při léčbě hemoroidů, zvyšuje citlivost pochvy, tím se může zlepšit milostný akt a napomáhá ke správnému držení těla. (7) Proto by se ženy neměly stydět a nebát se vyhledat pomoc porodní asistentky, která jim cviky správně předvede.

Zda by ženy dodržovaly dietní režim, při léčbě inkontinence je vidět z grafu č. 15. Ano odpovědělo 32 (32,7%) respondentek, spíše ano 52 (53,1%) respondentek,

spíše ne 11 (11,2%) respondentek, ne 3 (3,1%) respondentky. O dietním režimu, který by žena měla dodržovat, ji poučí porodní asistentka. Překvapil mě počet kladných odpovědí, je dobře že si ženy uvědomují důležitost změny jídelníčku. Je vidět, že většina žen je ochotna pečovat o své zdraví. Respondentky odpovídající záporně byly především starší ženy, které dle mého názoru, již nemají vůli a možná ani ochotu měnit něco na svém zaběhlém životním stylu.

Zda ženy seznámila porodní asistentka s vhodnými pomůckami při inkontinenci, je vidět z grafu č. 16. Z celkového počtu 98 (100%) respondentek je seznámeno s pomůckami 21 (21,4%) respondentek, 77 (78,6%) respondentek není seznámeno s pomůckami. Seznámeny byly především ženy ve vyšším věku, které již mohou únikem moči trpět. Předpokládám, že většina respondentek, které nejsou seznámeny s pomůckami, nemají problém s inkontinencí, tudíž nemají potřebu zjišťovat si informace o pomůckách.

Na otázku, zda by měly ženy zájem o poskytnutí těchto informací od porodní asistentky (viz graf č. 17), odpovědělo 81 (82,7%) respondentek ano, mají zájem o tyto informace, 17 (17,3%) respondentek nemá zájem o podání těchto informací. Je dobře, že ženy mají zájem o informace týkající se inkontinence a její léčby. Myslím si, že by porodní asistentka mohla tyto informace podávat ženám v určitém věku, kterých se inkontinence zatím sice netýká, ale jsou pro ně relevantní z hlediska prevence.

V grafu č. 18 je znázorněno, jaký druh vložek by si ženy zvolily při úniku moči. Vložky určené pro menstruaci by zvolilo 11 (11,2%) respondentek, vložky určené pro inkontinenci by zvolilo 87 (88,8%) respondentek. Odpovědi na tuto otázku mě mile překvapily, je dobře, že většina respondentek by zvolila vložky určené pro inkontinenci. Myslím si, že se u žen zvýšila informovanost týkající se využití vložek určených pro inkontinenci. Ženy, které by použily vložky pro menstruaci, jsou buďto málo informované o vložkách určených pro inkontinenci, nebo se mohou stydět a raději si koupí menstruační vložky. Porodní asistentka by měla ženu seznámit s druhy vložek, aby se dokázala orientovat v jejich absorpci, ale i v ceně.

K otázce č. 19, zda ženy znají některé formy nechirurgické léčby inkontinence se vztahuje cíl 2.: Zjistit informovanost žen o konzervativní léčbě inkontinence a hypotéza

2.: Ženy nemají informace o konzervativní léčbě inkontinence. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 109 odpovědí zná 9 (8,3%) respondentek léčbu pomocí hormonů, 2 (1,8%) respondentky znají elektrostimulaci, 67 (61,5%) respondentek zná cviky na posílení pánevního dna, 25 (22,9%) respondentek ví o léčbě pomocí léků, 4 (3,7%) respondentky znají léčbu pomocí plastové kuličky, která se zavede do pochvy a 2 (1,8%) respondentky znají léčbu pomocí pesaru. Hypotéza č. 2 byla tímto potvrzena. Přestože nejvíce 67 respondentek uvedlo, že mají informace o cvicích na posílení pánevního dna, o ostatních formách léčby evidentně nemají informace (viz graf č. 19)

Graf č. 20 ukazuje, jaké léčbě by daly ženy přednost při léčbě inkontinence. Z 98 (100%) respondentek by 35 (35,7%) dalo přednost chirurgické léčbě inkontinence, 63 (64,3%) respondentek by podstoupilo nechirurgickou léčbu inkontinence. Třetím cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké léčbě by daly ženy přednost při stresové inkontinenci. Z uvedených zjištění vyplývá, že hypotéza 3 ženy dají přednost operativní léčbě inkontinence, se nepotvrdila. Myslím, si že ženy daly přednost nechirurgické léčbě, protože operace je již určitý zásah do těla, který ženy nerady podstupují.

V otázce č. 20 měly ženy navíc specifikovat, jaký druh léčby by zvolily. Z 63 respondentek by 3 (3,9%) respondentky podstoupily léčbu pomocí hormonů, 6 (7,7%) respondentek by podstoupilo elektrostimulaci, 37 (47,4%) respondentek by upřednostnilo cviky na posílení pánevního dna, 29 (37,1%) respondentek by zkusilo léčbu pomocí léků, 2 (2,6%) respondentky by vyzkoušely léčbu pomocí plastové kuličky se závažím, která se zavede do pochvy, 1 (1,3%) respondentka by si zvolila léčbu pomocí pesaru.

V grafu č. 22 je znázorněna otázka č. 21, jestli ženy mají informace o operativní léčbě inkontinence. Z celkového počtu 98 (100%) respondentek odpovědělo 25 (25,5%) respondentek ano, mají informace o operativní léčbě, 73 (74,5%) respondentek nemá informace o operativní léčbě. Cílem 1 bylo zjistit informovanost žen o operativní léčbě inkontinence. Hypotéza 1 zněla, že ženy mají informace o operativní léčbě inkontinence. Hypotéza 1 se nepotvrdila. Ženy jsou velmi málo informované o operativní léčbě inkontinence. Předpokládala jsem, že v dnešní době internetu budou ženy více informované léčbě inkontinence

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na informovanost žen o možnostech léčby inkontinence. V teoretické části je popsána anatomie močového ústrojí, možnosti léčby inkontinence a ošetrovatelská péče porodní asistentkou o ženu s inkontinencí.

Pro výzkum v praktické části byly zvoleny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o možnostech operativní léčby inkontinence. Druhý cíl byl zaměřen na informovanost žen o možnostech konzervativní léčby inkontinence. Třetím cílem bylo zjistit, jaké léčbě by ženy daly přednost při stresové inkontinenci. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza 1 „Ženy mají informace operativní léčbě stresové inkontinence“ nebyla potvrzena. Hypotéza 2 „ Ženy nemají informace o konzervativní léčbě inkontinence“. Tato hypotéza byla potvrzena. Cíl 2 byl splněn. Hypotéza 3 „ Ženy dají přednost operativní léčbě stresové inkontinence “ nebyla potvrzena.

Při kvantitativním výzkumném šetření bylo využito anonymních dotazníků. Dotazníky byly určené pro ženy všech věkových kategorií v Českokrumlovském regionu.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že by se mělo zvýšit povědomí žen o kvalifikaci a kompetencích porodní asistentky, které by jim mohly s problémem pomoci. K tomuto účelu by mohla sloužit informační brožura, kde by ženy našly tyto informace, a zároveň informace týkající se léčby inkontinence. Zejména vhodná by byla spolupráce s komunitní porodní asistentkou, která by se především orientovala na gynekologické problémy. Domnívám se, že nízké povědomí o léčbě inkontinence plyne z menší dostupnosti informací, s velikostí a řidší hustotou osídlením českokrumlovského regionu. Z toho vyplývá i nižší počet gynekologických ordinací a tím méně porodních asistentek, které by mohly tyto informace o léčbě ženám poskytnout.

Dále může tato bakalářská práce sloužit jako edukační materiál a informační zdroj pro porodní asistentky pracující u praktického gynekologa, i pro porodní asistentky pracující na gynekologickém oddělení.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMÍK, Zdeněk. Řešení úniku moči u žen. *Medical tribune: Nemocniční speciál*. 2007, 4, s. 1,-4. ISSN 1214-8911.
2. ADAMÍK, Zdeněk. Terapie stresové inkontinence. *Medical tribune: Nemocniční speciál*. 2007, 4, s. 1. ISSN 1214-8911.
3. BAUMOVÁ, Ivanka. Intermittentní katetrizace jako součást léčby dysfunkcí močového měchýře. *Sestra*. 2009, 10, s. 68-70. ISSN 1210-0404.
4. BROŽÁK, Miloš, et al. Smyčkové operace stresové inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*. 2007, 6, s. 268-271.
5. BUDYAOVÁ, Karla; SOUKUPOVÁ, Dagmar. Inkontinence a možnosti její léčby. *Sestra*. 2010, 4, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
6. ČERMÁK, Aleš; PACÍK, Dalibor. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
7. DROBILOVÁ, Bohumila. Pelvis klub a cvičení po porodech a gynekologických operacích. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2010, 4, s.46-48. ISSN 1210-0404.
8. FRANTÁLKOVÁ, Dana. Až dvacet procent rodiček trápí inkontinence moči. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2007, 9, s. 3. ISSN 1210-0404.
9. HOLAŇOVÁ, Romana; MUROŇOVÁ, Iva; KRHUT, Jan. Fyzioterapie inkontinence. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, 7-8, s. 13-14. ISSN 1210-0404.
10. HOŘČIČKA, Lukáš. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Česká geriatrická revue*. 2009, 1, s. 22-25. ISSN 1801-8661.
11. HOŘČIČKA, Lukáš. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. *Sestra: tématický sešit: Inkontinence*. 2009, 2, s. 67-68. ISSN 1210-0404.

12. CHMEL, Roman. Šetrnější operace pro ženy s inkontinencí. *Medical tribune*. 2005, 9, s. 8. ISSN 1214-8911.
13. KRHUT, Jan. *Hyperaktivní měchýř*. Praha: Maxdorf, 2007. 148 s. ISBN 978-80-7345-125-7.
14. LOCHMAN, Petr. Poruchy funkce dolních cest močových u žen. *Sestra*. 2006, 3, s. 28. ISSN 1210-0404.
15. LOCHMAN, Petr. Únik moči u žen - urgentní. *Sestra*. 2006, 4, s. 50. ISSN 1210-0404.
16. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
17. MARTAN, Alois, et al. *Nové operační postupy v urogynekologii : Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf, 2011. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.
18. MARTAN, Alois. Inkontinence moči u žen. *Medicína po promoci*. 2007, 2, s. 67-75. ISSN 1212-9445.
19. MARTAN, Alois. Farmakoterapie inkontinence moči u žen. *Lékařské listy*. 2006, 22, s. 13-16. ISSN 1214-7664.
20. MARTAN, Alois, et al. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.
21. MARTAN, Alois. Novinky v léčbě inkontinence moči u žen. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, 7-8, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
22. NOVÁKOVÁ, Eva, Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2010, 4, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
23. OBORNÝ, Tomáš; GÄRTNER, Marcel. Inkontinence není neřešitelný problém. *Sestra*. 2009, 10, s. 66. ISSN 1210-0404.
24. ROB, Lukáš, et al. *Gynekologie*. 2. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

25. RYBÁROVÁ, Lubica. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*. 2010, 4, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha : Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
28. STAŇKOVÁ, Gabriela; KOVAŘÍKOVÁ, Alena. Edukace žen při stresové inkontinenci moči. *Sestra, tématický sešit: Inkontinence*. 2009, 2, s. 72-73. ISSN 1210-0404.
29. ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Inkontinence - poslední tabu?. *Zdravotnické noviny*. 2008, 20, s. 16-18. ISSN 1214-7664.
30. VERNER, Pave . Farmakoterapie močové inkontinence. *Farmakoterapie*. 2007, 3, s. 513-522. ISSN 1801-7509.
31. ZMRHAL, Jan. Urogynekologická diagnostika. *Sestra - příloha*. 2005, 7-8, s. 6-7. ISSN 1210-0404.
32. ZMRHAL, Jan; HOŘČIČKA, Lukáš. Hyperaktivní měchýř. Diagnostika, sociální aspekty a kvalita života. *Praktická gynekologie*. 2006, 5, s. 174-179. ISSN 1801-8750.

8 Klíčová slova

Inkontinence moči

Informovanost

Operativní léčba inkontinence

Konzervativní léčba inkontinence

Porodní asistentka

9 Přílohy

Příloha 1: Pohybová léčba při lehkém úniku moči

Příloha 2 : Dotazník

Příloha 3: Informační materiál pro ženy

Příloha 1 Pohybová léčba při lehkém úniku moči

Pohybová léčba při lehkém úniku moči

1. cvik – dýchání

Poloha: lež na zádech, ruce složené pod hlavou.
Pohyb: nádech nosem do celého těla – až do chodidel, výdech ústy dělí než nádech.



2. cvik

Poloha: lež na zádech, ruce položíme na břicho, pod pasem.
Pohyb: nádech do břicha, zvěstíme břicho a postupně při výdechu posadíme pánev a vtahujeme pochvu, konečník a močovou trubici.



3. cvik

Poloha: lež na zádech, ruce položíme volně podél těla, malý míček dáme mezi kolena.
Pohyb: s nádechem vtahujeme pochvu, močovou trubici a kolena tlačíme k sobě. Vydržíme 3–5 vteřin a s výdechem uvolníme.



4. cvik – most bez míče

Poloha: lež na zádech, ruce podél těla.
Pohyb: nadechneme se, posadíme pánev a postupně obrátíme po obrátíme pánev (jako bychom chtěli přitáhnout konečník směrem k hlavě). S výdechem se postupně stejným způsobem vracíme do původní polohy.



5. cvik – most s velkým míčem

Poloha: lež na zádech, ruce podél těla, nohy opřené o velký míč (židli, gauč).
Pohyb: posadíme pánev, vtáhneme pochvu a konečník a postupně obrátíme po obrátíme pánev. Vydržíme 3–5 vteřin a postupně se pomalu stejným způsobem vracíme do původní polohy, uvolnění.



6. cvik – „fejkky“

Poloha: lež na boku.
Pohyb: nádech, chodidla jsou nahoru, současně vtahujeme pochvu, močovou trubici, páčky stáhneme, kolena zatlačíme k sobě a vydržíme 3–5 vteřin. Povolíme a vydechneme.



7. cvik – okénko

Poloha: lež na boku.
Pohyb: provedeme hluboký nádech a s výdechem oddálíme horní koleno, rozevřeme špičky nohou (chodidla jsou do fajfky), paty současně tlačíme k sobě, posadíme pánev, stáhneme pochvu a močovou trubici. Uvolníme a vrátíme se do původní polohy.



8. cvik – kočka

Poloha: klek, ruce opřeny dlaněmi o podložku, dlaně v úrovni ramen a kolena v úrovni kyčlí (= vzpor kleččo).
Pohyb: hluboký nádech do břicha, zvěstíme břicho a při výdechu posadíme pánev, stáhneme břicho a vtahujeme pochvu a močovou trubici.



9. cvik – dynamická kočka

Poloha: vzpor kleččo.
Pohyb: vyhrbíme záda a pomalu přecházíme do sedu na paty a protažení, nosem jedeme po podložce k palcům u rukou a přecházíme zpět do vzporu kleččo.



10. cvik – špagetka

Poloha: sed na židli/míči.
Pohyb: vyfukáme rty a vtahujeme vzduch (jako když vtahujeme špagetku), současně chíme, jak vtahujeme pochvu. Vydržíme 3–5 vteřin a krátce vydechneme ústy.



11. cvik – prstíky nahoru

Poloha: sed na židli/míči.
Pohyb: zvedneme prsty u nohou nahoru, současně vtáhneme pochvu, močovou trubici, držíme 3–5 vteřin a povolíme.



12. cvik

Poloha: sed na židli.
Pohyb: sed na okraj židle, záda vyhrbena, zatlačíme konečník, ruce volně položené na stehnech. Opakovaně vtahujeme konečník dovnitř těla.



13. cvik

Poloha: sed na židli.
Pohyb: tlačíme dlaněmi proti kolenům, špičky nohou se zvedají nahoru, stáhneme pochvu a močovou trubici, poté uvolníme.



14. cvik

Poloha: sed na židli, mezi kolena vložíme malý míček.
Pohyb: nadechneme se, vtahujeme pochvu, močovou trubici, zatlačíme kolena k sobě a pak povolíme.



15. cvik s jednou nohou

Poloha: stoj u židle, rukama se držíme okraje, jedna noha pokrčená a na špičce.
Pohyb: špičku tlačíme do podložky, současně posadíme pánev a stáhneme pochvu a močovou trubici. Poté nohy vyměníme.



16. cvik s oběma nohama

Poloha: stoj u židle, rukama se držíme okraje, obě nohy pokrčené a na špičkách.
Pohyb: špičky tlačíme do podložky, současně posadíme pánev a stáhneme pochvu a močovou trubici.



MoliMed – vložky při lehkém úniku moči

Pro více informací a vzorky zdarma volejte na bezplatnou linku nebo navštivte:

www.moliklub.cz
800 100 150
bezplatná linka



MoliMed

Zdroj: Vlková J. Pohybová léčba při lehkém úniku moči

Příloha 2 Dotazník

Vážená respondentko,

jsem studentka 3. ročníku JU ZSF obor porodní asistentka. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude podkladem pro moji bakalářskou práci na téma „Informovanost žen o možnostech léčby inkontinence“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro zpracování do bakalářské práce. Děkuji Vám za čas, který jste věnovaly vyplněním dotazníku.

Martina Vavřicová

1. Kolik je Vám let?
 - a) 25 - 35
 - b) 36 – 45
 - c) 46- 55
 - d) 56 – 70
 - e) 71 a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) odborné bez maturity
 - c) středoškolské
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

3. Jaké je (bylo) Vaše zaměstnání?
 - a) fyzické
 - b) duševní
 - c) jednoduché (např. lepení sáčků)
 - d) mechanické (např. práce u pásu)
 - e) tvůrčí/umělecké

4. Znáte pojem inkontinence?
 - a) ano
 - b) ne

5. Kolikrát jste rodila?
 - a) jedenkrát
 - b) dvakrát

 - c) třikrát

 - d) čtyřikrát a více

6. Jaký byl Váš porod/y? Pokud jste měla více porodů, můžete zaškrtnout více odpovědí.
- a) porod spontánní hlavičkou
 - b) porod koncem pánevním
 - c) klešťový porod, porod pomocí Vaakumextraktoru(VEX)
 - d) císařský řez
 - e) spontánní porod dvojčat
7. Měla jste po porodu problémy s únikem moči?
- a) ano
 - b) ne
8. Pokud **ano** jak jste tyto problémy řešila?
- a) pomocí cviků na posílení pánevního dna
 - b) tréninkem močového měchýře
 - c) problém jsem neřešila
 - d) jiné (prosím vypište)
-
9. Pomohla Vám s tímto problémem porodní asistentka?
- a) ano
 - b) ne
10. Pokud byste začala trpět samovolným únikem moči, vyhledala byste odbornou pomoc?
- a) ano
 - b) ne
11. Pokud jste v otázce č. 10 zaškrtnla **ne**, neodpovídejte na tuto otázku. Koho byste vyhledala, kdyby se u Vás objevila inkontinence moči (samovolný únik moči)?
- a) praktického lékaře
 - b) praktického gynekologa
 - c) urologa
 - d) urogynekologa
 - e) porodní asistentku

12. Odkud byste čerpala informace o možnosti léčby inkontinence moči? Můžete označit více odpovědí.
- a) internet
 - b) praktický lékař
 - c) praktický gynekolog
 - d) sestra = porodní asistentka
 - e) literatura (časopisy, knihy)
 - f) jiné (prosím vypište)
13. Poskytla Vám porodní asistentka informace o cvicích na posílení pánevního dna?
- a) ano
 - b) ne
14. Pokud tyto cviky znáte, používáte je, abyste předešla inkontinenci?
- a) ano
 - b) ne
15. Kdyby Vás porodní asistentka poučila o nutnosti změny v dietním režimu při úniku moči, dodržovala byste je?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
16. Seznámila Vás porodní asistentka o vhodných pomůckách při inkontinenci?
- a) ano
 - b) ne
17. Měla byste zájem o tyto informace, které by Vám mohla porodní asistentka poskytnout?
- a) ano
 - b) ne
18. Jaký druh vložek byste si zvolila, kdyby se u Vás objevil samovolný únik moči?
- a) vložky určené pro menstruaci
 - b) vložky určené pro inkontinenci
19. Znáte některé formy nechirurgické léčby inkontinence? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) léčba pomocí hormonů
 - b) elektrostimulace
 - c) cviky na posílení pánevního dna
 - d) léčba pomocí léků
 - e) léčba pomocí plastové kuličky se závažím, která se zavede do pochvy
 - f) léčba pomocí pesar

20. Kdybyste měla možnost operativní léčby inkontinence, podstoupila byste jej nebo byste dala přednost nechirurgické možnosti léčby?

a) podstoupila bych operativní léčbu

b) podstoupila bych nechirurgickou léčbu - a) léčba pomocí hormonů

b) elektrostimulace

c) cviky na posílení pánevního dna

d) léčba pomocí léků

e) léčba pomocí plastové kuličky se závažím, která se zavede do pochvy

f) léčba pomocí pesaru

21. Máte informace o operativní léčbě inkontinence?

a) ano

b) ne

Ženská inkontinence a její léčba

Vážené dámy, tento leták by Vás měl seznámit s močovou inkontinencí a její léčbou.

Močová inkontinence, nebo-li neschopnost udržet moč, postihuje především ženy a její výskyt se zvyšuje s věkem. Veřejnost ji většinou vnímá jako zdravotní problém, související s vyšším věkem člověka. Inkontinence je ale diagnózou, která postihuje ženy, muže, dokonce i u dětí. Únik moči velmi často zhoršuje kvalitu života, přičemž příčiny mohou být různorodé např. infekce močových cest, komplikovaný průběh porodu, těžká fyzická práce aj. Proto není dobré problém podceňovat, nebát se vyhledat odbornou pomoc.(2)

Rizikové faktory podporující vznik inkontinence: těhotenství/ porod, vedlejší účinky chirurgických zákroků, obezita, časté zácpy, výživa, životní styl, plicní onemocnění, kouření, některé léky, věk/ stárnutí (1)

Rozlišujeme čtyři typy tohoto onemocnění, ale nejčastěji se objevují dva typy inkontinence – STRESOVÁ a URGENTNÍ.

STRESOVÁ INKONTINENCE se projevuje jako mimovolný únik moči, který je většinou spojen s fyzickými aktivitami (běh, zvednutí těžkého břemene, kýchnutí, smích, kašel aj.) (1)

Léčba stresové inkontinence:

Gymnastika svalů pánevního dna – cílem je posílit svaly pánevního dna. Doporučeno je cvičit 3krát denně po dobu 20 minut. Mezi metody cvičení těchto svalů patří i využití pomůcek, které se zavedou do pochvy. Jde o plastové kuličky nebo kónusy se závažím, které se snažíte udržet v pochvě.

Elektrostimulace – je založena na elektrické stimulaci svalů pánevního dna, způsobuje reflexní smrštění příčně pruhovaného svalstva.

Farmakoterapie – léčba pomocí léků, které zvyšují napětí svalů močové trubice. U žen v menopauze se někdy doporučuje celková nebo lokální hormonální léčba. K tomuto účelu se využívá ženský hormon estrogen.

Pesaroterapie – pesary napomáhají omezit nadměrný pohyb hrdla močového měchýře. Mají různé tvary.

Chirurgická léčba – v poslední době se rozvíjí nové operační metody TVT (tahuprostá vaginální páska) a TVT-O(transobturatorní tahuprostá vaginální páska). Při operačním výkonu se umístí páska pod dolní část močové trubice a tím se zajistí její podpora a udržení moči. (3)

URGENTNÍ INKONTINENCE – jde o náhlý únik moči, který je spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení.(3)

Léčba urgentní inkontinence:

Ovlivnění chování močového měchýře – patří sem trénink močového měchýře, kdy se snažíme prodlužovat pravidelné intervaly mezi močením. Psychoterapie, která napomáhá odstraňovat stresové psychogenní faktory, které mohou způsobovat inkontinenci. Biofeedback pomocí sluchových, zrakových nebo taktilních vjemů je podávána zpětná informace o vlastních a normálně nevnímaných funkcích.

Farmakoterapie - cílem léčby je odstranit příčinu obtíží nebo potlačit příznaky nemoci.

Elektrostimulace - je založena na elektrické stimulaci svalů pánevního dna, způsobuje reflexní smrštění příčně pruhovaného svalstva. (3)

Pokud byste začala trpět nebo trpíte neovladatelným únikem moči je nutné, abyste vyhledala odbornou pomoc. Lékaře nebo porodní asistentku, která Vám může pomoci problém řešit. Porodní asistentka Vás seznámí se cviky na posílení pánevního dna, poradí Vám, jaké potraviny smíte jíst a které musíte vynechat a informuje Vás o dalších důležitých výkonech týkajících se inkontinence.

Seznam použitých zdrojů:

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

2. *Inkontinence.com* [online]. c2012 [cit. 2012-04-14]. Inkontinence. Myslela jsem si, že se mne nikdy týkat nebude. Dostupné z WWW: < <http://www.inkontinence.com/>>.

3. MARTAN, Alois. Novinky v léčbě inkontinence moči u žen. *Sestra, mimořádná příloha: Inkontinence*. 2005, 7-8, s. 8-9. ISSN 1210-0404.

