



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Močová inkontinence žen

Vypracovala: Petra Brabcová
Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Močová inkontinence neboli nechtěný únik moči je pro ženu velice stresující stav. Příčin tohoto onemocnění je několik. Incidence inkontinence moči je vysoká. Uvádí se, že každá druhá žena ve vyšším věku udává problémy s udržení moči. Únik moči však může postihnout i ženu mladou, např. po operaci nebo porodu. Žena trpící močovou inkontinencí je ovlivněna ve všech oblastech života. Dochází k poruchám psychiky, k ekonomickým a sociálním problémům. Dlouhotrvající stav může vést až k depresivním stavům. Existuje celá řada způsobů, jak inkontinenci řešit, ale žena se však stydí v některých případech o svém problému otevřeně s lékařem hovořit. Úkolem porodní asistentky je poskytnout ženě veškeré informace o důvodech a způsobech řešení močové inkontinence v rámci svých kompetencí. Dále musí být žena edukována o hygienických návycích a dalších tématech týkajících se životního stylu.

Teoretická část bakalářské práce definuje pojem močová inkontinence, příčiny a rozdělení tohoto onemocnění. Dále se zaměřuje na diagnostiku úniku moči, od anamnézy přes různá vyšetření až po invazivní vyšetřovací metody. Další kapitola pojednává o způsobech léčby, které rozděluje na konzervativní a chirurgická řešení. V závěru teoretické části jsou uvedeny psychosociální dopady močové inkontinence na život ženy. Zde je popisováno téma sociálních a psychologických aspektů a životního stylu. Hlavním pojednáním je role porodní asistentky coby edukátorky. Jsou upřesněny důležité oblasti edukace, které by neměly být vynechány. Oblasti se týkají možnosti prevence a ovlivnění životního stylu u ženy s močovou inkontinencí.

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvalitativní metodou. Šetření se zabývalo především informovaností žen s močovou inkontinencí. Dále se zaměřovalo na to, jakým způsobem byly ženy ovlivněny v psychosociální oblasti. Výzkumné šetření bylo provedeno anonymně prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl rozdělen do 3 oblastí. První část rozhovoru se zaměřovala na identifikační údaje respondentek (věk, rodinný stav, dokončené vzdělání, zaměstnání, počet porodů, druhy gynekologických operací, začátek problémů s inkontinencí atd.).

Druhá část rozhovoru se týkala zmapování informovanosti žen o močové inkontinenci a třetí část zjišťovala, zda močová inkontinence ovlivňuje ženy v psychosociální oblasti.

Šetření bylo uskutečněno v období od března do dubna roku 2015 v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. na urogynekologické ambulanci, kam ženy docházely na kontrolu před plánovanou operací pro močovou inkontinenci. Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 respondentek, které souhlasily s výzkumem. Věk žen se pohyboval v rozmezí od 45 do 70 let. Každý rozhovor trval cca 30 – 45 min. Data byla nahrána na diktafon a následně analyzována metodou barvení textu. Z výsledků šetření vyplývá, že zdrojem informací o močové inkontinenci byly hlavně odborné konzultace s lékařem gynekologem, odborné časopisy, informační letáky od porodní asistentky a internetové stránky. K návrhu léčby respondentky přistupovaly nejdříve využitím konzervativního způsobu a poté konzultovaly možnosti léčby operativní. K získání informací o inkontinenčních pomůckách využily též internetové stránky, dále pak informační letáky od porodních asistentek a z lékáren. Bylo zjištěno, že ženy s danou problematikou jsou schopny si informace samy vyhledat a získat. Z odpovědí týkajících se psychosociální oblasti vyplynulo, že únik moči do osobního života žen výrazně zasáhl. Ženy nejčastěji trápil pocit studu, strachu, trapnosti a méněcennosti. V důsledku tohoto problému musely omezit i své volnočasové aktivity. Toto potvrdily téměř všechny respondentky, kromě jedné, která žádné aktivity neprovozovala. Další oblastí ovlivňovanou močovou inkontinencí byla intimní stránka života žen. Únik moči byl nepříjemný pro všechny respondentky. Vzhledem k životní situaci u respondentky Ž2 (úmrť manžela) a respondentky Ž5 (vyšší věk) nebyla problematika výrazně řešena. K otázce finanční zátěže se ženy vyjádřily spíše pozitivně, pouze jedna respondentka označila finanční situaci za velmi zatěžující.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro ženy, které trpí močovou inkontinencí nebo pro zdravotnický personál, který ošetřuje ženy s tímto problémem. Jako výstup bakalářské práce byl vytvořen informační leták na základě výsledků, které ve výzkumném šetření vyšly.

Klíčová slova: močová inkontinence, žena, edukace, porodní asistentka, informace.

Abstract

Urinary incontinence or involuntary loss of urine is a very stressful situation for a woman. There are several causes of this disease. The incidence of urinary incontinence is high; resources state that every second female at older age experiences urinary incontinence. However, urinary leakage can also affect young women, after surgery or childbirth for instance. A woman suffering from urinary incontinence is affected in all areas of life. The condition results in psychological disorders as well as economic and social problems. Longterm problems can lead to depression. There are a number of ways to deal with incontinence but in some cases women are shy to discuss their problem openly with their doctor. A midwife should provide the woman with information on the causes and ways of dealing with urinary incontinence within her competence. The woman also needs to be educated in hygiene habits and other topics related to lifestyle.

The theoretical part of the thesis defines urinary incontinence, its causes and the distribution of the disease. It also focuses on the diagnosis of urinary leakage from history through various tests to invasive examination methods. Another chapter discusses methods of treatment, which are divided into conservative and surgical solutions. At the end of the theoretical part psychosocial impacts of urinary incontinence on the lives of women are discussed. The topic of social and psychological aspects and lifestyle is described. the most important issue is the role of the midwife as an educationalist. Important areas of education, which should not be omitted, are specified. These deal with possibilities of prevention and the influence of urinary incontinence on the lifestyle of affected women.

The research part of this thesis was conducted using a qualitative method. The survey deals mainly with the awareness of women with urinary incontinence. It also focuses on the way these women are affected in the psychosocial field. The survey was conducted anonymously through a semi-structured interview, which was divided into 3 areas. The first part of the interview focused on the identification data of the

respondents (age, marital status, education, employment, number of births, types of gynecological surgery, beginning with incontinence problems etc.).

The second part of the interview related to mapping the women's awareness of urinary incontinence and the third part analyzed whether urinary incontinence affects women in the psychosocial field.

The investigation was carried out in March and April 2015 at the urogynecological clinic of the Karlovy Vary Regional Hospital, where women came for check-ups before planned surgeries for urinary incontinence. 6 respondents agreed to participate in this research. Their age ranged from 45 to 70 years. Each interview lasted about 30-45 minutes. Data were recorded on a tape recorder and then analyzed by colouring the text. It is clear from the results that the main sources of information about urinary incontinence were consultations with gynaecologists, journals, newsletters from midwives and websites. The respondents first agreed to the conservative methods of treatment and then consulted operative treatment options. They also used various websites as well as leaflets from midwives and pharmacies to obtain information on incontinence aids. It was found out that women who deal with these issues are able to research the information themselves. The answers relating to the psychosocial field showed that urine leakage significantly affected personal lives of the women. They were most often affected with feelings of shame, fear, embarrassment and inferiority.

As a result they had to limit their leisure activities. This has been confirmed by almost all of the respondents, except one, which did not perform any activities. Other area influenced by urinary incontinence was the intimate life of the women. Urinary leakage was uncomfortable for all respondents. Due to the life situation of the respondent Ž2 (death of the husband) and respondent Ž5 (advanced age) these did not significantly address the issue. The women's comments on the issue of the financial burden they were quite positive, only one respondent identified the financial situation as very burdensome.

This bachelor thesis could serve as a source of information for women who suffer from urinary incontinence or the medical staff that treats women with this problem. As

an output of this bachelor thesis an information leaflet was created, using the results of the research.

Key words: urinary incontinence, woman, education, midwife, information.

Prohlášení

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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015

.....

Petra Brabcová

Poděkování

Děkuji Mgr. Romaně Belešové, vedoucí mé bakalářské práce, za ochotu, laskavost, za odborné vedení práce, poskytování cenných rad při jednotlivých konzultacích a materiálních podkladů ke zpracování bakalářské práce. Dále děkuji svým rodičům za trpělivost a všem dobrovolným ženám, které se podílely na mém kvalitativním šetření.

Obsah

Úvod	14
1 Současný stav.....	15
1.1 Vymezení močové inkontinence u ženy	15
1.2 Klasifikace močové inkontinence dle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS)	15
1.3 Diagnostika močové inkontinence u ženy	17
1.3.1 Anamnéza.....	18
1.3.2 Gynekologické vyšetření.....	19
1.3.3 Laboratorní vyšetření	20
1.3.4 Endoskopické vyšetření	21
1.3.5 Zobrazovací metody	21
1.3.6 Pomocné vyšetřovací testy v urogynéologii.....	22
1.3.7 Urodynamické vyšetřovací metody	23
1.4 Způsoby léčby močové inkontinence	24
1.4.1 Konzervativní léčba	25
1.4.2 Chirurgická léčba.....	27
1.4.2.2 Předoperační příprava ženy	29
1.4.2.2 Pooperační péče poskytovaná porodní asistentkou	30
1.5 Psycho-sociální dopady na život ženy s močovou inkontinencí.....	31
1.6 Edukace ženy s močovou inkontinencí	32
1.6.1 Faktory ovlivňující edukaci.....	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce	36

2.2	Výzkumné otázky.....	36
3	Metodika.....	37
3.1	Metodika výzkumu.....	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4	Výsledky výzkumného šetření	39
5	Diskuze.....	54
6	Závěr	60
7	Seznam bibliografických zdrojů	62
8	Přílohy	66

Seznam použitých zkratk

CNS

Centrální nervový systém

ICS

Mezinárodní společnost pro kontinenci

DG

Diagnóza

TVT

Tension Vaginal Tape

TOT

Transobturatorary Tape

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1 Významové kategorie výzkumného šetření	38
Tabulka 2 Identifikační údaje respondentek.....	39
Tabulka 3 Zdroje informací o močové inkontinenci.....	42
Obrázek 1 Mikční deník.....	viz Přílohy
Obrázek 2 Gaudenzův dotazník.....	viz Přílohy
Obrázek 3 Cvičení svalů pánevního dna.....	viz Přílohy

Úvod

Téma bakalářské práce je „Močová inkontinence žen“. Námět jsem si zvolila z důvodu zájmu o tuto problematiku. Žena postižená močovou inkontinencí se stydí o svém problému hovořit a velmi často se vyhýbá tomuto tématu i při návštěvě u svého lékaře. Močová inkontinence představuje pro ženu hygienický a společenský problém. U inkontinentní ženy dochází velmi často ke ztrátě sebeúcty, k narušení života ženy po stránce pracovní, společenské, intimní a psychické. Vzdává se svých aktivit v běžném životě, omezuje sportování, nenavštěvuje kulturní představení, má strach z delšího cestování, bojí se pocitu vlhkosti a zápachu. Velmi často snižuje příjem tekutin, aby zabránila častému vyprazdňování.

Teoretická část práce předkládá základní informace o močové inkontinenci a jejich příčinách, klasifikuje inkontinenci dle standardizovaných norem. Zabývá se také způsoby léčby inkontinence. Dále posuzuje psychosociální dopady na život ženy s močovou inkontinencí. V poslední řadě zmiňuje nezastupitelnou roli porodní asistentky coby edukátorky a podporovatelky ženy trpící močovou inkontinencí.

Cílem praktické části je zmapovat, zda jsou ženy o tomto problému dostatečně informované a také zjistit, zda močová inkontinence ovlivňuje ženy v psychosociální oblasti. Šetření bylo provedeno pomocí anonymních polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentek, které byly před plánovanou operací pro močovou inkontinenci ve věku od 45 - 70 let a které s výzkumným šetřením souhlasily. Výzkumné šetření probíhalo v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. na urogynekologické ambulanci, kam ženy docházely na kontrolu.

1 Současný stav

1.1 Vymezení močové inkontinence u ženy

„Inkontinence moči je definována podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS - International Continence Society) – stavem nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém“ (1, s. 13).

Příčiny močové inkontinence dle etiopatogeneze (popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu, tak i procesy, které její vznik a rozvoj provázejí) jsou různorodé např. morfologické, funkční aj. (2).

Mezi morfologické příčiny patří zánět močového měchýře, močové kameny, nádory močového měchýře a močové trubice, ochabnutí svalstva pánevního dna a ektopie (uložení mimo své obvyklé místo) močové trubice (2).

Dále se rozlišují příčiny funkční (neurogenní), které se dělí na získané traumatické, získané non-traumatické, kongenitální (vrozené) a jiné, přechodné příčiny (1).

Do získaných traumatických příčin lze zahrnout míšní trauma, trauma CNS, poranění pánevního plexu při gynekologické operaci nebo při operaci rekta. Mezi získané non-traumatické patří nádory CNS, infekce CNS, demence, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza. Do kongenitálních příčin se řadí rozštěp páteře. Přechodné příčiny představují cévní mozkové příhody, komatózní stavy, retenci moči (zadržení), obstipaci (zácpu), vliv léků a imobilizaci pacienta (1, 2).

1.2 Klasifikace močové inkontinence dle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS)

Ke sjednocení kategorizace, diagnostiky a léčby se doporučuje užívat nejčastější klasifikaci, která byla vyvinuta Standardizačním výborem Mezinárodní organizace jménem ICS. Podle tohoto třídění se rozlišuje inkontinence uretrální, kdy moč uniká

močovou trubicí a extrauretrální inkontinence, při které moč uniká mimo močovou trubicí (2).

Uretrální inkontinence se dělí na urgentní, reflexní, stresovou, smíšenou a paradoxní. Urgentní inkontinence je definována jako nechtěný únik moči při naléhavém nucení na mikci. Tento typ inkontinence může vyvolat značně silný podnět z receptorů registrující napětí stěny močového měchýře nebo nedostatečnost motorického potlačení mikčního reflexu. Urgenci mohou vyvolat psychické stavy (např. zvuk tekoucí vody) nebo i chorobné stavy jako je např. Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, rozštěpy páteře, nádor, zánět, infekce dolních močových cest (3). Urgentní inkontinence se dále rozlišuje na senzoryckou a motorickou. U senzorycké urgentní inkontinence je mikční reflex vyvolán zesílenými impulzy z receptorů. Vyskytuje se např. u zánětu močového měchýře, cystolithiázy (tvorba kamenů) nebo u nádorové infiltrace stěny močového měchýře (4). V případě motorické urgentní inkontinence je únik moči následkem netlumených vypuzovacích kontrakcí detruzoru. Tato forma je tedy vyvolána elementární nedostatečností mozkové kontroly mikčního reflexu. Hyperaktivní detruzor zahrnuje příznaky jako polakisurii (výdej malého množství moči), nykturii (močení alespoň 1x v noci, kvůli kterému se žena probudí a musí vstát) a imperativní nucení na močení, kdy může dojít k samovolnému úniku moči (5).

Reflexní inkontinence je charakterizována nechtěným únikem moči z močové trubice způsobeným neobvyklou reflexní aktivitou míšního centra bez přítomnosti běžných pocitů nucení na močení. Tento stav nastává při onemocnění centrálního nervového systému, kdy pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu (6).

Dalším druhem uretrální inkontinence je stresová inkontinence, která je charakterizována mimovolným únikem moči způsobeným zvýšením nitrobřišního tlaku, bez současné kontrakce detruzoru. Tento stav lze objektivně prokázat. Ke stresové inkontinenci dochází např. při kašli, kýchnutí, smíchu, zvedání těžkých břemen. Dle klasifikace Ingelmana – Sundberga se stresová inkontinence rozděluje podle závažnosti do tří stupňů. První stupeň je charakterizován únikem moči po kapkách

v důsledku zvýšení nitrobrišního tlaku např. při kašli, kýchnutí, smíchu, zvedání těžkých předmětů (6).

U druhého stupně moč uniká v situacích s mírnějším vzestupem nitrobrišního tlaku např. při běhu, chůzi po schodech nebo při lehčí fyzické práci. Třetí stupeň je definován jako únik moči při minimálním vzestupu nitrobrišního tlaku např. při hlubším dýchání, pomalé chůzi nebo i v klidu na lůžku (6, 7).

Smíšená inkontinence zahrnuje příznaky inkontinence urgentní i stresové. Stupeň závažnosti obou typů bývá různý. Příčinou této formy inkontinence může být zejména věk, psychický stav nebo přidružené choroby (4).

Paradoxní ischurie je definována jako nechtěný únik moči, kdy tlak v močovém měchýři převyší maximální tlak v močové trubici. Při tomto úniku chybí detruzovaná aktivita a únik je způsoben přepětím stěny močového měchýře. Nastává tehdy, jestliže se močový měchýř nedokáže zcela vyprázdnit např. po traumatu nebo při diabetické neuropatii, což je poškození funkce periferních nervů (3).

Extrauretrální inkontinence se rozděluje na vrozenou, jejíž příčinou jsou vrozené vývojové vady močové trubice (abnormální vyústění močové trubice na spodní nebo vrchní straně pohlavního ústrojí) a dále na získanou jako např. močové píštěle, které vznikají důsledkem zánětu, nádoru nebo poranění (7).

1.3 Diagnostika močové inkontinence u ženy

Stanovení diagnózy močové inkontinence se opírá především o objektivní vyšetření. Při zjišťování charakteru potíží souvisejících s vyprazdňováním moči, je důležité, aby porodní asistentka využila komplexní přístup k ženě. Mezi hlavní diagnostické metody patří anamnéza, základní fyzikální vyšetření, klinické a laboratorní vyšetření. Do anamnézy lze zařadit i vedení mikčního deníku (viz Příloha 1), do kterého si žena zaznamenává množství a frekvenci vypitých tekutin a výdeje moči s případnou inkontinencí. Doplnkovým vyšetřením jsou zobrazovací metody. U ženy se používá především sonografie abdominální a perineální. Cílem anamnézy a veškerých vyšetření

je potvrdit, zda je žena inkontinentní a také určit, jestli únik moči nebyl pouze přechodný. Lékař musí vyloučit jinou vážnou příčinu inkontinence, např. maligní proces v malé pánvi, neurologické onemocnění atd. Jednotlivé diagnostické metody budou popsány v následujících podkapitolách (8).

1.3.1 Anamnéza

Anamnézou se rozumí získání bližších informací o ženě, které umožní analyzovat její současný stav a jsou nedílnou součástí vyšetřovacího procesu. Pomocí anamnézy lze zjistit příčiny nebo faktory, které mohou inkontinenci vyvolat nebo se na ní podílet. V urogynekologii se využívá především anamnézy osobní, rodinné, gynekologické, sociální a urologické. Mezi rizikové faktory močové inkontinence patří např. genetická dispozice, věk, počet porodů, průběh porodu, obezita, kuřáctví aj. Pro lepší získání anamnestických údajů je vhodné, aby si žena vedla mikční deník, do něhož si zapisuje příjem tekutin a výdej moči za 24 hodin (6).

Rodinná anamnéza je souhrn údajů o členech rodiny ženy. Poskytuje informace o onemocněních, případně úmrtích blízkých rodinných příslušníků. Na základě toho slouží k zjištění vrozených rodinných vad močového traktu, rozštěpových vad a anomálií v oblasti sakrální míchy (1).

Osobní anamnéza je zaměřena na prodělaná onemocnění ženy nebo operační zákroky v oblasti urogenitálního systému, které by mohly mít podíl na vzniku inkontinence. Je důležité, zeptat se ženy na léky, které užívá z důvodu vyvolání nebo ovlivnění močové inkontinence (1).

Z gynekologicko-porodnické anamnézy se získávají údaje o menarce ženy (první menstruace), o délce menstruačního cyklu, jeho trvání a bolestivosti. Dále se zjišťuje počet těhotenství a hmotnost narozených dětí. Důležité je se zeptat, zda při porodu došlo u ženy k nějakému závažnému poranění a jak se jí toto poranění popř. hojilo. Také jsou získávány podstatné informace o tom, zda žena prodělala abdominální, vaginální nebo také laparo-vaginální operaci. Důležitost se přikládá obzvláště operacím v malé pánvi,

neboť při těchto operacích je vysoké riziko poškození močového traktu, což může mít za následek močovou inkontinenci (8).

V sociální a pracovní anamnéze je žena dotazována na výkon povolání vzhledem k tomu, že inkontinence je častější u ženy, která zvedá těžká břemena. Sociální anamnéza má důležitý charakter při zpětném začlenění ženy do zaměstnání z důvodu delší doby rekonvalescence (2).

V urologické anamnéze jsou významné příznaky, které poruchy kontinence moči doprovázejí. Od ženy jsou získávány informace o potížích, jako jsou polakisurie (časté močení), dysurie (bolesti při močení) a hematurie (krev v moči). Bolestivost při močení a časté močení může poukazovat také na zánět močových cest. V případě inkontinence moči u ženy se lékař zajímá o prvotní příznaky onemocnění a o souvislost s porodem či operačním výkonem a také zjišťuje, za jakých okolností žena moč neudrží (1). Je kladen důraz na údaj o časovém sledu, zda k úniku moči dochází po zvýšení nitrobršního tlaku nebo zda je inkontinence spojena s nucením na močení. K této anamnéze jsou využívány otázky z Gaudenzova dotazníku (viz Příloha 2), který napomáhá k rozlišení urgentní či stresové inkontinence. V současné době se více upřednostňují dotazníky, které hodnotí, jakým způsobem prožívá žena život s močovou inkontinencí (2, 3).

1.3.2 Gynekologické vyšetření

Gynekologické zhodnocení stavu ženy se provádí na speciálním vyšetřovacím lůžku. Zahrnuje vyšetření vnitřních a zevních pohlavních orgánů ženy s cílem zjistit příčinu jejích obtíží. Vyšetření se provádí pohledem, pohmatem a v zrcadlech (2).

Při vyšetření pohledem (aspekci) lékař hodnotí operační jizvy, strie, pigmentaci, prokrvení kůže a sliznic. Pohledem vyšetřuje zevní pohlavní orgány, ústí močové trubice a také řitní otvor. Aspekce pomůže lékaři vyloučit poševní výtok, posoudit atrofické změny a vývojové vady na zevním genitálu ženy (2).

Vyšetření pohmatem (palpací) neboli bimanuální vyšetření provádí lékař tak, že dvěma prsty jedné ruky tlačí na dělohu přes čípek a jeho druhá ruka stlačuje dělohu do

malé pánve přes břišní stěnu tlakem nad symfýzou. Při palpaci lékař hodnotí velikost, tvar a uložení dělohy, její pohyblivost, konzistenci a palpační citlivost. Pohmatem lze zjistit např. divertikl močové trubice nebo zánět (1).

Vyšetření v zrcadlech umožní popsat stav poševního vchodu a poševních stěn v klidu a při zatlačení, tzv. Vasalův manévr. Pokud by byla přední stěna poševní vyklenutá, může dojít k poklesu nebo vyklenutí močového měchýře, což by se mohlo projevit inkontinencí nebo naopak retencí moči. Lékař využívá při gynekologickém vyšetření kolposkop, kterým prohlídne poševní stěny, děložní čípek v zrcadlech lupou s několikanásobným zvětšením (2).

1.3.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je jednou ze základních diagnostických metod, které se provádí přímo v ordinaci s okamžitým zobrazením výsledku nebo se vzorek odesílá do laboratoře. Umožňuje získat informace o stavu organismu a průběhu onemocnění (3).

Mezi laboratorní vyšetření řadíme cytodiagnostiku, která se využívá u ženy k určení buněčných změn v epitelu poševní sliznice, kdy se pomocí tohoto vyšetření stanoví funkce vaječnicků. (3, 4).

K dalšímu laboratornímu vyšetření patří také mikrobiologické vyšetření, pomocí kterého lékař může mikroskopicky vyšetřit poševní sekret, cervikální hlen a provést stěry ze zevního ústí uretry. Stěr z pochvy se provádí sterilní štětičkou. Výsledky z nátěrů ze zadní klenby poševní se označují MOP (mikrobiální obraz poševní), který se hodnotí římskými číslicemi I až VI. Mezi mikrobiologické vyšetření se řadí také kultivační vyšetření, pomocí kterého lékař může vyšetřit sekret nebo hnis z dělohy, hrdla děložního, punktát z Douglasova prostoru atd (4).

K laboratornímu vyšetření též patří odběr moči, kdy porodní asistentka zajistí sterilní odběr buď ze středního proudu moči po omytí zevních rodidel, nebo pomocí cévkování. K doporučeným vyšetřením lze ještě přiřadit hematologické vyšetření (krevní obraz) a koagulační parametry, dále biochemické vyšetření (kreatinin, urea,

mineralogram, glykémie, zánětlivé markery, jaterní testy, iontogram). Tato vyšetření spolu s dalšími konziliárními nálezy jsou důležitá pro další vyšetřovací postup (3, 11).

1.3.4 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření se využívá při výskytu nádoru močového měchýře, změn na hrdle po endoskopických zákrocích, poškození hrdla močového měchýře způsobené chybným léčením atd. (6).

Mezi endoskopické vyšetřovací metody patří uretro-cystoskopie. Uretroskopie je vyšetření močové trubice a cystoskopie znamená vyšetření močového měchýře, které se provádí za pomoci optiky zavedené do měchýře. Uretro-cystoskopie se využívá jako doplňující vyšetření při inkontinenci, urogenitálních píštělích, dysurických potížích nebo průkazu hematurie a také slouží k diagnostice tumoru močového měchýře a změn na hrdle močového měchýře. Dalším vyšetřením je kalibrace uretry, které zjišťuje průsvit močové trubice a vylučuje její zúžení. Uretro-cystoskopie a kalibrace uretry patří mezi urologické techniky, které popisují sliznici měchýře, trigonu (struktura trojúhelníkového tvaru), ureterální ústí, vnitřní ústí uretry a také uretrální sliznici v celé délce (4, 6).

1.3.5 Zobrazovací metody

Zobrazování struktur pánevního dna má spíše význam k vyloučení jiné organické patologie a v případě nutnosti při volbě operačního postupu. Mezi nejčastější zobrazovací metody se zařazují sonografická a rentgenová vyšetření (11).

Sonografické vyšetření je pro ženu nejméně zatěžující. Podle typu umístění ultrazvukové sondy se dělí vyšetření na abdominální (stěnou břišní), perineální (přes zevní genitál), introitální (v poševním vchodu) a rektální (konečníkem). Ultrazvukové vyšetření neodhalí vesikouretrální reflex, divertikly močové trubice (výchlípky stěny

močové trubice) a stenózy močové trubice. Ultrazvukové vyšetření slouží zejména k hodnocení pozice a mobility uretry, hrdla děložního a baze močového měchýře (spodní část močového měchýře). Jedná se o diagnostickou metodu, která posuzuje typ a příčinu močové inkontinence, může zároveň pomoci i při hodnocení efektu konzervativní léčby (13).

Mezi rentgenové metody lze zařadit např. cystouretrafii, která poskytuje informace o změně pozice a mobility močové trubice, hrdla a spodiny močového měchýře. Provádí se za použití kontrastních látek. K dalším rentgenovým vyšetřením patří též intravenózní vylučovací urografie, jež se provádí zejména při extraureterální inkontinenci, která je způsobena ektopickým ureterem (uložený mimo obvyklé místo). I když vyšetření lékaře dostatečně neinformuje o močovém měchýři a uretře ve vztahu k funkci pánevního dna či inkontinenci moči, přesto mu toto vyšetření napomáhá k diagnostice uretrovaginálních píštělí (4).

1.3.6 Pomocné vyšetřovací testy v urogynéologii

Pro upřesnění vzniku potíží inkontinentní ženy lze využít několika jednoduchých urogynéologických testů, jako příklad lze uvést Marshallův (Bonneyův) test, Q - tip test (cotton swab test), Pad-weighing test a Froewistův test (9).

U Marshallova testu je zaznamenán únik moči během intenzivního zakašlání při částečně naplněném močovém měchýři. Lékař zavede ukazovák a prostředník do pochvy a elevuje přední stěnu poševní. Žena je poté opětovně vyzvána ke kašli, a pokud dojde k dalšímu úniku moči, jedná se o stresovou inkontinenci (9, 10).

Pomocí Q-tip testu (cotton swab test) se hodnotí stupeň mobility močové trubice a hrdla močového měchýře. Při tomto testu je sterilní vatová štětička zavedena do uretry a žena je vyzvána k zatlačení. Lékař posunuje štětičku kraniálním směrem a měří úhel posunu v klidu a při tlačení. Je spočítán rozdíl těchto dvou úhlů, pokud je změna větší než 30 stupňů, jedná se o hypermobilitu uretry (10).

Podstatou Pad-weighing testu je vážení vložek či plen. Žena během testu vypije stanovené množství tekutiny a poté začne vykonávat fyzickou aktivitu, která vyvolává únik moči (9).

Dalším testem k posouzení inkontinentních potíží je Stres-test, který se provádí ve stoji po vyřazení svalů pánevního dna. Žena zakašle ve stoji, a pokud neudrží moč, je inkontinentní (2).

1.3.7 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamické vyšetřovací metody zjišťují funkci dolních močových cest, popisují transport moči z močového měchýře mimo tělo a jeho poruchy. Urodynamika hodnotí tři veličiny: tlak v močovém měchýři a močové trubici, průtok moči močovou trubicí a elektrické svalové potenciály v nervových zakončeních močového měchýře. Mezi urodynamická vyšetření inkontinence moči se řadí cystometrie, profilometrie, techniky leak-point-pressure, uroflowmetrie a elektromyografie (2).

Při cystometrii se měří vztah mezi tlakem močového měchýře a objemem močového měchýře buď v jeho plnicí fázi (plnicí cystometrie) nebo v průběhu mikce (mikční cystometrie). Metoda se používá většinou při poloze vleže. Cystometrie informuje o elasticitě stěny močového měchýře, o kontrakčních schopnostech svěrače močového měchýře a o jeho inervaci (3).

Součástí uretrálního tlakového profilu (profilometrie) je měření uretrálního tlaku v klidu, při zvýšeném abdominálním tlaku a během močení. Maximální uretrální tlak u ženy klesá s věkem, je ovlivněn menstruačním cyklem, konstitucí ženy a počtem jejích gestací. Tato metoda není nezbytná ke standardnímu vyšetření močové inkontinence (12).

Mezi techniky „leak-point-pressure“ se řadí testy uzavíracích tlaků v uretře, které upřesňují diagnostiku stresové inkontinence (3).

Uroflowmetrie je neinvazivní, snadno opakovatelná metoda, která se provádí v závěru urodynamického vyšetření. U této metody je možné grafické zobrazení pomocí

uroflowmetrogramu. Křivka uroflowmetrie znázorňuje rychlost protékající moči v čase. Žena vymočí objem močového měchýře do speciální toalety, která měří maximální a průměrnou rychlost průtoku moči. Součástí vyšetření je také měření rezidua moči, které zůstane v močovém měchýři po vymočení (12).

Elektromyografie svalů pánevního dna se používá k detekci elektrické aktivity svalových jednotek. Jedná se o invazivní metodu, při které se používají jehlové i povrchové elektrody. Jehlové elektrody se využívají ke snímání potenciálů svalů pánevního dna a povrchové elektrody se zavádějí např. do pochvy, rekta, močové trubice nebo se mohou nalepit na kůži v perineální oblasti a snímají tak aktivitu pánevního dna. U zdravé ženy nedochází při mikci k elektrické aktivitě svalů uretrálního svěrače (2, 11).

1.4 Způsoby léčby močové inkontinence

U léčby močové inkontinence lékař dává nejprve přednost konzervativním metodám, které lze doplňovat farmakologickou léčbou. K chirurgickému zákroku lékař přistupuje až po vyčerpání nechirurgických metod. Pokud u ženy nastane taková situace, kdy diagnostické a léčebné postupy nejsou úspěšné, tak je jako posledním řešením doživotní užívání jednorázových absorpčních pomůcek, které alespoň z části ženě pomohou řešit močovou inkontinenci. Odborný lékař provede důkladné vyšetření, stanoví diagnózu, typ inkontinence, léčbu a na základě vyšetření objasní její příčiny. Gynekolog léčí převážně stresovou inkontinenci moči u ženy, urolog kromě stresové inkontinence léčí všechny další formy např. urgentní inkontinenci, neurogenní poruchy močení, smíšenou inkontinenci, která představuje současný výskyt obou základních typů močové inkontinence (6).

Podle stanoveného typu močové inkontinence je následně zvolena vhodná terapie, která by měla být přesně indikována a individuálně upravena. Hlavním úkolem porodní asistentky v léčbě močové inkontinence u ženy je především správná a důsledná edukace o režimových opatřeních a dodržování léčebných zásad (13).

1.4.1 Konzervativní léčba

První volbou léčby močové inkontinence je dle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) doporučována léčba konzervativní. Léčba je jednoduchá a levná. Záleží zejména na spolupráci a motivaci ženy. Ke konzervativní léčbě se řadí změna životního stylu, posílení svalů pánevního dna, elektrostimulace a farmakoterapie (3).

Léčba močové inkontinence začíná posouzením životního stylu každé ženy. Za důležité faktory vzniku inkontinence se považuje nezdravý životní styl např. nadměrná tělesná hmotnost, neúměrná fyzická aktivita, zvýšený nebo naopak snížený příjem tekutin. K faktorům, které negativně působí na zdraví ženy, patří např. nesprávné návyky při stravování, kouření cigaret nebo nadměrné užívání alkoholu. Je tedy důležité, aby porodní asistentka edukovala ženu o důležitosti redukce tělesné hmotnosti, vyvarování se konzumaci ostře kořeněných jídel, citrusových plodů, umělých sladidel, dále o omezení nadměrné fyzické zátěže, dodržování správného pitného režimu, zákazu zvedání těžkých břemen a o zařazení vhodného cvičení do životního stylu. Dalším úkolem porodní asistentky je seznámení ženy s problematikou v oblasti výživy (popř. zajištění i doporučení od nutričního terapeuta). Porodní asistentka ve spolupráci se ženou vybírá vhodné cviky zejména na posílení svalů pánevního dna (viz Příloha 3). Při pravidelném posilování svalstva pánevního dna se žena může vyvarovat častým problémům s inkontinencí (např. únik moči při kašli, kýchání, smíchu) i v pozdějším věku, neboť k oslabení pánevního dna dochází nejčastěji v období těhotenství a po porodu, proto je důležité pánevní dno cíleně posilovat, aby v pozdějších letech nedošlo k poklesu orgánů dna pánevního nebo k potížím s inkontinencí (14, 15). Cviky na posílení dna pánevního slouží jednak k rehabilitaci svalů a také ke zvýšení kontrakčních schopností a bazálního tonu svalů pánevního dna. V důsledku cvičení se zvyšuje uzavírací tlak močové trubice a zlepšuje se koordinace svalů pánevního dna v průběhu stresových situací jako je kašel, smích a kýchání. Doporučuje se cvičit 3x denně po dobu 20 minut (16).

K posílení svalů pánevního dna se využívá Biofeedback, kdy za pomoci „Kegelových cviků“ a elektromyografie je snímána aktivita svalů pánevního dna (17).

Žena je pak o síle kontrakce svalů informována zvukovými či světelnými signály z monitoru používaného přístroje. Dalším druhem cvičení pro posílení svalů pánevního dna je využití vaginálních kónusů. Jedná se o sadu závaží kónického tvaru vyrobených z kvalitních plastů, které mají uvnitř kovové části různých hmotností. Žena si zavádí postupně kónusy se závažím od nejlehčího po nejtěžší a při tom musí stahovat svaly pánevního dna. Porodní asistentka by měla motivovat ženu k pravidelnému cvičení, neboť pouze pravidelným cvičením lze dosáhnout kvalitních výsledků a dále by měla ženu edukovat o správnosti provedení jednotlivých cviků, popř. jí zajistit pomoc fyzioterapeuta (18).

Metoda elektrostimulace je založena na stimulaci aferentních vláken (senzorická vlákna nervové soustavy). Stimulace vyvolává podráždění příčně pruhovaného svalstva uretry a svaloviny pánevního dna. Elektrostimulace se používá pro všechny typy močové inkontinence. Léčba je prováděna pomocí použití vaginálních elektrod. V současnosti existují dva typy elektrostimulačních přístrojů vhodných pro tuto terapii, jako jsou přístroje připojené na elektrickou síť nebo bateriové stimulátory, pomocí kterých je léčbu možné provádět denně a pravidelně. Nejvýhodnější je použití frekvence kolem 50 Hz u stresové inkontinence a kolem 10-20 Hz u urgentní inkontinence. Nevhodná je tato metoda např. u ženy s uroinfekcí, tumorem, recidivujícím krvácením nebo v těhotenství. Jako nežádoucí účinky elektrostimulace jsou u ženy uváděny bolesti pánve, vaginální podráždění, nepravidelné krvácení, křečovitě bolesti v podbřišku, průjmy (19).

V současné době neexistuje doporučený postup pro medikamentózní léčbu močové inkontinence. Obecně se farmakoterapie preferuje zejména u stresové inkontinence, kdy jsou využívány hlavně léky, které zvyšují uzavírací tlak v uretře. Jsou to zejména α -sympatomimetika, tricyklická antidepresiva a estrogeny. V hrdle močového měchýře jsou lokalizovány alfa-adrenergní receptory, jejichž stimulace α -sympatomimetiky zvyšuje uretrální tlak. Mezi jejich nežádoucí účinky patří zvýšení krevního tlaku, nespavost, bolesti hlavy, třes, srdeční arytmie. Tricyklická antidepresiva se používají především v léčbě urgentní inkontinence a jejich efektu lze využít i u léčby stresové inkontinence díky působení na α -adrenergní receptory (19, 20).

1.4.2 Chirurgická léčba

Dalším způsobem léčby močové inkontinence je léčba operativní. V dnešní době se chirurgická léčba močové inkontinence snaží obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních močových cest. Lékař se rozhoduje k operativnímu řešení až po vyčerpání všech možností konzervativní léčby a volba operace se odvíjí od mechanismu vzniku inkontinence. Je důležité ženu dostatečně informovat o možnostech léčby. Druh operace záleží na typu a stupni inkontinence, elasticitě a kvalitě poševní stěny a na celkovém stavu ženy. V současnosti se používají stále častěji nové mini-invazivní metody TVT (Tension-free Vaginal Tape) a TOT (Transobturator Tape), které vytváří stálou podporu močové trubice a tím zabraňují nekontrolovanému úniku moči (21).

TVT páska je moderní metodou chirurgické léčby močové inkontinence, kdy při operaci lékař implantuje pásku ze speciální sítky (vstřebatelný Prolen), která je protažena pod uretrou a konce pásky jsou vyvedeny na hrmě. Zavedením se páska stane trvalou podporou močové trubice, která odolá tlaku (kašel, kýchnutí atd.). Výkon trvá přibližně od 10 do 30 minut. 24 hodin po operaci by měl být proveden stress-test (žena zakašle) a při zvýšení nitrobřišního tlaku by k úniku moči po této operaci nemělo dojít. Je důležité, aby páska držela a nepřetáhla se (4).

TOT se liší od TVT tím, že z drobného řezu jeden centimetr od zevního ústí močové trubice se zavede páska skrze foramen obturatum (otvor v kostěné pánvi, který je tvořený rameny sedací kosti a kosti stydké) pod močovou trubicí a konce pásky se vyvedou v oblasti genitofemorální rýhy (přechod mezi stehny a velkými stydkými pysky) (3, 4). Po operaci se doporučuje ženě nezvedat těžká břemena, omezit sport zhruba tak na tři až čtyři týdny po operaci, běžné aktivity žena zvládne již za dva týdny. Úspěšnost operace je udávána v 90 a více %. Výhody TVT a TOT jsou jak krátká doba výkonu, tak i doba hospitalizace a vysoká efektivita výkonů. Kontraindikací výkonů je těhotenství nebo plánování těhotenství, také by se zákrok neměl provádět u ženy, která užívá antikoagulancia (např. warfarin) či antiagregancia (např. Anopyrin, Acylpyrin) nebo u ženy, která trpí infekcí močového ústrojí (2, 3).

Kolpopexie dle Burche je další možností operace v léčbě stresové inkontinence. Operace se provádí z abdominálního přístupu řezem nad sponou stydkou a cílem výkonu je elevace nebo suspenze (vyzdvižení a závěs) hrdla močového měchýře a proximální močové trubice pomocí dvou až tří párů nevstřebatelných stehů k vazům spony stydké. Doporučuje se zavedení podtlakové drenáže jako prevence vzniku hematomu (krevní výron) a podmínkou nekomplikované obnovy mikce po operaci je suprapubická drenáž (nad sponou stydkou) močového měchýře (epicystomie) (11, 22).

Kromě výše uvedených operací lze v léčbě močové inkontinence uvést kolpoplastiky, které jsou prováděné z vaginálního přístupu. Principem je fixace hrdla močového měchýře. Tyto výkony mají na močovou inkontinenci malý efekt, proto se jich využívá pouze jako součást jiných výkonů (vaginální hysterektomie, TVT, TOT). Rozlišuje se přední a zadní kolpoplastika, přičemž přední kolpoplastika spočívá ve vytvoření podpůrného valu pod hrdlem močového měchýře a proximální uretrou. Operace se využívá pro řešení poklesu hrdla močového měchýře spojeného s cystokélou a výhodou této operace je nižší výskyt pooperačních komplikací jako je krvácení, poranění močového měchýře, ureteru, uretry nebo nervové pleteně. Přední kolpoplastika bývá obvykle spojena se zadní kolpoplastikou a je důležitou součástí vaginálních operací pro inkontinenci a také součástí rekonstrukce zadního oddílu urogenitálního traktu (3).

Do chirurgické terapie močové inkontinence lze také zařadit slingové operace provádějící se tzv. smyčkou (sling), kdy princip operace spočívá v závěsu uretrovezikálního spojení do smyčky a jeho zdvihnutí (11). Tato technika bývá prováděna u komplikovaných případů po neúspěšné abdominální operaci, po ozáření, u vrozených vad uretry, při nedostatečnosti vnitřního uretrálního uzávěrového mechanismu, při nízkém uzávěrovém uretrálním tlaku a při zátěži u ženy jako je např. kašel, těžká fyzická práce, kouření (12). Další indikací bývá také ochablost pánevního dna ženy bez výrazného sestupu přední poševní stěny s močovou trubicí upevněnou k symfýze, ale v dnešní době jsou nahrazeny zejména metodou TVT a TVT-O. Významnou součástí chirurgické léčby u ženy je i předoperační příprava a pooperační péče poskytovaná porodní asistentkou (8).

1.4.2.2 Předoperační příprava ženy

Předoperační příprava zahrnuje dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední přípravu, která je důležitou součástí celé léčby. Důkladná předoperační příprava a citlivý přístup personálu má pozitivní vliv na stav ženy (22).

Do dlouhodobé přípravy se řadí vyšetření, které žena podstoupí před plánovaným výkonem. Tato příprava může být doplněna i medikamentózní přípravou ke kompenzaci přidružených chorob. Lékař při dlouhodobé přípravě vysvětlí ženě nutnost výkonu a stanoví termín operace. Žena obdrží žádanku na předoperační vyšetření, které obsahuje odběry krve na hematologické, koagulační a biochemické vyšetření, také na bakteriologické vyšetření moči, dále obsahuje rentgenový snímek plic, elektrokardiogram a interní vyšetření. Tato žádanka na předoperační vyšetření je určena praktickému lékaři a slouží k vyjádření, zda žena bude moci operační výkon podstoupit (22, 23).

Krátkodobá příprava začíná v den přijetí na gynekologické oddělení, kdy si žena přinese výsledky vyšetření s sebou a podepíše s lékařem jednak informovaný souhlas s operací a také souhlas s podáním anestezie. Porodní asistentka důkladně sepíše ošetrovatelskou anamnézu, zaznamená fyziologické funkce ženy, její hmotnost, alergie a léky, které žena užívá. Po sepsání všech důležitých informací porodní asistentka seznámí ženu s oddělením, ukáže ženě, kde se nachází WC, sprcha, inspekční pokoj porodních asistentek, pokoj a přípravna. Poté si porodní asistentka pozve ženu na přípravnu, kde je u ní provedena dle standardu zdravotnického zařízení příprava operačního pole, klyzma a popř. výplach pochvy. Porodní asistentka edukuje ženu o předoperační medikaci, o správném nasazení elastických punčoch před operací, také ji upozorní, aby nepřijímala potravu a tekutiny nejméně 8 hodin před plánovanou operací (23). Porodní asistentka ještě ženě zdůvodní odstranění šperků, protetických pomůcek jako jsou brýle, kontaktní čočky, naslouchadlo, paruka, zubní náhrady a ostatní protézy bezprostředně před operací. Dle standardu zdravotnického zařízení by žena neměla mít nalakované, umělé nehty z důvodu možných poruch snímání saturace (okysličení krve) (22).

Bezprostřední příprava se zabývá samotným operačním dnem, zahrnuje lačnění ženy, nasazení elastických punčoch, odstranění protetických pomůcek. Porodní asistentka by měla u ženy splnit všechny ordinace, které se týkají medikamentózní přípravy a premedikace, která je naordinována anesteziologem. Před převozem na operační sál je důležité zkontrolovat jméno, správnost dokumentace a operační pole. Porodní asistentka musí osobně předat ženu sanitáři a anesteziologické sestře v předsáli operačního sálu (9, 24).

Úkolem porodní asistentky v předoperační přípravě je zajistit zklidnění ženy a zaručit kvalitní ošetrovatelskou péči. Informovanost ženy vede k větší spolupráci, spokojenosti a psychické vyrovnanosti. Je velice důležité získat pocit důvěry a jistoty u ženy (23, 24).

1.4.2.2 Pooperační péče poskytovaná porodní asistentkou

Po gynekologické operaci přiveze sanitář dle zvyklosti zdravotnického zařízení ženu z operačního sálu v doprovodu porodní asistentky na gynekologické oddělení. Porodní asistentka kontroluje dle standardu poskytované péče celkový stav operované ženy čtyřikrát po půl hodině (tlak, puls, saturaci, krvácení, dýchání a stav vědomí). Dvě hodiny po přivezení z operačního sálu může žena začít pít a jíst, dle rozsahu operace. Žena vstává s doprovodem porodní asistentky na WC, v rozmezí 2-6 hodin po výkonu. Dle ordinací lékaře je indikováno podání antibiotik (prevence vzniku infekce močových cest). Žena má z operačního sálu zavedený permanentní močový katétr (25).

Po plastických operacích přední a zadní stěny poševní se permanentní močový katétr extrahuje většinou třetí až čtvrtý den po operaci dle zvyklosti zdravotnického zařízení a naměřeného rezidua, které by se mělo pohybovat kolem 100 ml. Porodní asistentka sleduje množství, barvu a příměsi moči a také kontroluje obnovení peristaltiky, které by nemělo trvat déle než dva dny. Jestliže žena nezačne močit spontánně, porodní asistentka může zkusit podpůrné metody např. přiložení teplého obkladu na podbřišek, nechat téct vodu nebo umožnit operované ženě namočit si ruce či

nohy do teplé vody (26). Zároveň by měla porodní asistentka vybízet ženu k dostatečnému příjmu tekutin, zajistit soukromí a nechat jí dostatek času na mikci. Pokud toto opatření nepomůže, je důležité močový měchýř za sterilních podmínek vycévkovat. Když žena nemá potíže s močením, lékař změří pomocí ultrazvuku reziduum moči v močovém měchýři, pokud je toto reziduum menší než 100 ml, je následující den žena propuštěna do domácí péče (25, 26).

Porodní asistentka při propuštění poučí ženu o klidovém režimu a možných komplikacích (krvácení, infekce). Kromě toho porodní asistentka ženu seznámí i s tím, že by po dobu 3 měsíců neměla zvedat těžké předměty a neměla by sportovat. Na kontrolní ultrazvukové vyšetření by se žena měla dostavit za týden do urogynekologické ambulance (27, 28).

1.5 Psycho-sociální dopady na život ženy s močovou inkontinencí

Močová inkontinence ovlivňuje život ženy ve všech oblastech. Má negativní dopad na každodenní aktivity ženy, na její sociální vztahy a i na emocionální pohodu. Dlouhodobé problémy s močovou inkontinencí způsobují ztrátu sebeúcty a jsou také spojeny se vznikem depresí. Důsledky úniku moči jsou pro ženu velice nepříjemné. Zahrnují zdravotní problémy, psychosociální a ekonomické problémy, které významně narušují její život. Žena, která trpí močovou inkontinencí, se vzdává většiny aktivit ze svého běžného životního stylu a dochází tak k narušení jejích sociálních vazeb, partnerských vztahů, pracovního postavení a vzniku celkové nespokojenosti. Je těžké sportovat, fyzicky pracovat, starat se o domácnost, děti, partnera. Tím se stává močová inkontinence pro ženu velmi stresující. Problémy mohou vygradovat až do sociální izolace. Žena si odepírá sociální aktivity jako je návštěva kina, procházka, cestování nebo sportovní aktivity, protože bude mít obavy, že nestihne včas a dostatečně rychle doběhnout na toaletu. Častým následkem problémů ženy s močovou inkontinencí může být nepochopení od jejího partnera, což vede k úzkosti a následně k depresím (29, 30). V soukromí močová inkontinence negativně ovlivňuje i sexuální život, může docházet

i k sexuální abstinenci. Močová inkontinence je pro ženu také výrazným zásahem do osobního života i po stránce psychické. Pro ženu, která tento problém neřeší, se inkontinence může stát chronickým problémem, se kterým se musí z hlediska psychologického dlouhodobě vyrovnávat. Dopad úniku moči na psychickou stránku ženy sahá až na nejvyšší patro psychosociálních potřeb – na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Žena může inkontinenci vnímat jako projev ztráty důstojnosti a zásah do tělesné a psychické intimity. Vše se pojí s pocity méněcennosti, selhání, nejistoty, studu, strachu z pomočení a ze zápachu. Takovéto pocity mohou vést ke změně chování, většinou se jedná o únikové maladaptivní formy chování, tzn. sociální izolaci, omezení dosavadních aktivit, kontaktů, rezignaci, depresi. Také může docházet k poklesu kvality spánku, jelikož je inkontinence doprovázena častým nočním močením. Nedostatečný spánek může vést k únavě, neurotizaci, frustraci, pocitu nenaplněného života. Žena svůj problém s únikem moči většinou nekonzultuje s lékařem z důvodu studu nebo nejistoty z budoucnosti. Starší žena může také vnímat inkontinenci jako aspekt stárnutí a má strach si to přiznat. Je nutné, aby žena s diagnózou močové inkontinence řešila svůj problém s odborným lékařem. Často bývá pro ženu těžké o svém problému hovořit, cítí se méněcenná. Každá žena jako individuální osobnost by si měla vytvořit vlastní strategii zvládnání svého problému a také si uvědomit, co vše je nutné podstoupit k tomu, aby se její situace zmírnila. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentka ženu dostatečně informovala o možnostech řešení močové inkontinence, pomohla jí vytvořit vlastní individuální postup, zároveň poskytla jak kvalitní odbornou pomoc, tak i psychickou podporu (31, 32).

1.6 Edukace ženy s močovou inkontinencí

Neodmyslitelnou součástí každé péče porodní asistentky o ženu je edukace neboli poučení, výchova, vysvětlení. Edukací se rozumí činnosti, při kterých se žena učí novým poznatkům a edukátor (porodní asistentka) jí toto učení zprostředkovává. Pojem edukace je z latinského slova *educare* neboli vychovávat a vyjadřuje míru vzdělání

a výchovy. Základem edukace je správná komunikace mezi ženou a edukátorem. Dalšími osobami, které se podílí na edukaci ženy, jsou lékaři, kteří ženě poskytují odborné informace. Cílem edukace je nejen rozvíjet poznatky, hodnoty a citové, behaviorální postoje, ale také usilovat o zmenšení pocitu nejistoty a snažit se pomoci ženě pochopit svou roli v péči o sebe sama (33, 34).

Při edukaci je hlavní důraz kladen na způsob předávání informací. Je tedy důležité mluvit srozumitelně, hlasitě, pomalu a podané informace sdělovat postupně a opakovat je. Důležitou roli hraje i oční kontakt. K poskytování informací se využívá s ohledem na věk nejenom forma ústní, ale i písemná. Velkou roli hrají názorné ukázky a používání kompenzačních pomůcek, které jsou součástí edukace. Při edukaci ženy je důležité umožnit jí dostatek času na vstřebání získaných znalostí a poté si ověřit, jestli danou problematiku pochopila. Předpokladem úspěchu je porodní asistentka, která je schopná posoudit vědomosti, zručnost a postoje ženy. Je nutné mít vypracovaný edukační plán (32, 33).

Edukační proces probíhá v 5 fázích, které je nutné dodržovat. První fáze (posuzování) zahrnuje posouzení problému a potřeb ženy, dále sběr a analýzu údajů. Ve druhé fázi porodní asistentka stanoví edukační diagnózy (např. neznalost příčiny vzniku inkontinence, způsobů konzervativního nebo operačního řešení). Jde o přesné specifikování návyků a vědomostí, které žena nemá a měla by mít. Ve třetí fázi si porodní asistentka vypracuje edukační plán, stanoví priority jednotlivých edukačních diagnóz, dále vybírá metodiku výuky a cíle, kterých chce spolu se ženou dosáhnout. Předposlední fáze se týká vlastní realizace edukace. Zde se porodní asistentka zaměřuje zejména na poučení ženy o možných příčinách inkontinence a způsobech, jak ji zmírnit nebo odstranit. Porodní asistentka sděluje informace o poskytované péči, o přípravě na různá vyšetření, působí na emoční stránku ženy, kdy se snaží o její spolupráci při vyšetření. Dále je ženu vhodné edukovat o nácviku pravidelného močení, které by mělo být po 2 hodinách, následně tréninkem prodlouženo na 3-4 hodiny. Každé močení by si měla žena zaznamenávat do mikčnického deníku. Porodní asistentka rovněž ženu edukuje o příjmu tekutin v menších dávkách (min. 2000 ml/24 hod.), 3 hodiny před spaním by měla žena pití vyloučit. Porodní asistentka také informuje ženu o pití nevhodných

tekutin jako je kola, káva, čaj a alkohol. Dalším tématem edukace jsou cviky na posílení svalů pánevního dna. Je nutné ženu upozornit, že cvičit by měla minimálně 5-6 krát denně. Poučí ženu o metodě dvojitého močení, kdy se po dokončení močení pokouší močit znovu a aktivně přitom zapojuje břišní lis (tlak rukou na oblast močového měchýře). V poslední řadě porodní asistentka edukuje ženu o způsobu dodržování intimní hygieny, kdy se zaměřuje na ošetřování pokožky v perineální oblasti pomocí krémů a zásypů. Vyhodnocení edukačního procesu probíhá v poslední fázi (zhodnocení). Porodní asistentka zjišťuje, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si žena osvojila získané vědomosti a dovednosti a provede o edukaci ženy zápis (33, 34).

Velmi důležitým tématem edukace ženy porodní asistentkou je její informování o využití inkontinenčních pomůcek. V současné době je na trhu dostatečné množství kvalitních kompenzačních pomůcek. Nejvíce používané jsou absorpční pomůcky, které rychle odvádí moč ze svého povrchu do svého jádra. Jedná se zejména o vložky, pleny a fixační kalhotky, kdy žena volí značku a typ individuálně dle stupně svého problému. Pomůcky pro inkontinentní ženu mohou být předepsány lékařem při prokázání patologické inkontinenci (35).

Cíle edukace jsou předpokládané změny, kterých se má v průběhu edukace dosáhnout. Pokud jsou cíle přesně formulované, může porodní asistentka efektivně plánovat a řídit edukační proces. Konkrétní vymezení cíle přispívá ke snadnějšímu vyhodnocení. Obecně se cíle stanovují v oblasti kognitivní (osvojování vědomostí a rozumových schopností), psychomotorické (praktické dovednosti) a afektivní (získávání názorů a postojů) (34, 35).

1.6.1 Faktory ovlivňující edukaci

Mezi faktory, které ovlivňují úspěch edukace, je zařazeno edukační prostředí, forma edukace, osoba edukátora. Edukační prostředí hraje důležitou roli v průběhu celého edukačního procesu. Nejdůležitější je místnost/okolí, ve kterém ženu porodní

asistentka edukuje. Porodní asistentka by měla zajistit intimní, pozitivní místnost, dobře osvětlenou a nejlépe vybavenou pomůckami, které budou k edukaci nutné. Je vhodné domluvit se se ženou, zda by chtěla, aby byli přítomni rodinní příslušníci nebo jiné ženy se stejným problémem. S tím souvisí i druhý již zmiňovaný faktor a tím je forma edukace, která může být buď skupinová, nebo individuální. Výhodou individuální formy je možnost navázání úzkého a důvěrného vztahu ženy s porodní asistentkou. Další výhodou je individualizace plánu edukace a jeho přizpůsobení se aktuálnímu stavu ženy. Nevýhodou je časová a tím i ekonomická náročnost. Skupinová forma edukace vyžaduje naprosto odlišný přístup oproti individuální formě. Je nutné více řídit diskuzi, vyrovnávat individuální rozdíly ve schopnosti edukace a podporovat aktivitu všech účastnic. Nevýhodou je nemožnost individuálního přístupu (33, 34).

Dalším faktorem ovlivňujícím edukaci je osobnost edukátora. Edukátor je každá osoba, která edukaci provádí (lékař, porodní asistentka). V první řadě by si měl uvědomit, koho bude edukovat (věk, vzdělání, diagnóza edukovaného). Dále kde bude edukace probíhat a co má v plánu ženu naučit. Edukátor by měl mít dopředu připravené metody edukace, např. DVD, beseda, ukázka cviků na posílení pánevního dna (34).

Ať už edukace probíhá skupinovou či individuální formou nebo ji provádí lékař či porodní asistentka, musí být dodrženy správné zásady edukace. Podstatnou roli hraje motivace, ta je hybnou silou lidského jednání a chování. Motivace se odvíjí od stupně problému, kterými žena trpí. Jazyk edukace by měl být srozumitelný, edukátor by neměl používat příliš odborné výrazy. Dále je vhodné využívat názorných ukázek, např. při edukaci v oblasti posílení svalů dna pánevního. Na závěr je důležitá opakovaná kontrola vědomostí a dovedností ženy (33, 34).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o močové inkontinenci.

Cíl 2: Zjistit, zda močová inkontinence ovlivňuje ženy v psychosociální oblasti.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem jsou ženy informované o močové inkontinenci?

VO2: Jakým způsobem jsou v psychosociální oblasti ovlivňovány ženy s močovou inkontinencí?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvalitativní formou šetření. Tato metoda spočívá v nematematickém analytickém postupu týkajícího se života lidí, příběhů, chování nebo vzájemných vztahů (36). Výzkumné šetření bylo realizováno formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy byly připraveny okruhy otázek (viz Příloha 4) se ženami, které docházely na kontrolu před plánovanou operací pro močovou inkontinenci. Výzkumné šetření probíhalo na urogynekologické ambulanci Karlovarské krajské nemocnice, a.s. Rozhovory byly individuální, nahrávány na diktafon a poté přepsány. Každý rozhovor trval přibližně 30 – 45 minut. Přímé výpovědi respondentek jsou v textu vyznačeny kurzívou. Získaná data byla analyzována metodou barvení textu a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz Tabulka 1).

Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 respondentek, u nichž byla stanovena diagnóza inkontinence moči a které souhlasily s výzkumným šetřením. Účast na výzkumném šetření byla dobrovolná a souhlas žen byl získáván písemně (viz Příloha 5). Věk žen se pohyboval v rozmezí od 45 do 70 let. První část otázek byla zaměřena na informovanost žen o močové inkontinenci a druhá část měla za úkol zjistit, jak jsou ženy s močovou inkontinencí ovlivňovány v psychosociální oblasti.

Tabulka 1 Významové kategorie výzkumného šetření

Významové kategorie	Podkategorie
Informovanost žen o močové inkontinenci	Zdroj informací
	Návrh léčby
	Inkontinenční pomůcky
Ovlivnění života žen s močovou inkontinencí v psychosociální oblasti	Osobní život
	Volný čas
	Intimní život
	Finanční zátěž

Zdroj: vlastní

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 6 žen ve věku v rozmezí od 45 – 70 let, byla u nich stanovena diagnóza inkontinence moči a docházely do urogynekologické ambulance na kontroly před plánovanou operací. Respondentky s výzkumným šetřením souhlasily a byly ochotné spolupracovat a poskytnout anonymní rozhovor, jehož výsledky byly následně zpracovány v praktické části bakalářské práce. Zdravotnické zařízení i oslovené respondentky stvrdily svým podpisem souhlas s provedením výzkumného šetření. Pro zachování anonymity byly respondentky označeny jako ženy Ž1 až Ž6 (viz Příloha 6). Originální žádosti pro jednotlivé respondentky a zdravotnické zařízení jsou k dispozici jako zdrojová data.

4 Výsledky výzkumného šetření

Identifikační údaje

Výzkumný soubor tvořilo 6 žen, u kterých byla stanovena diagnóza inkontinence moči. Ženy docházely do urogynekologické ambulance na kontroly před plánovanou operací. Základní identifikační údaje respondentek uvádí Tabulka 2.

Tabulka 2 Identifikační údaje respondentek

Respondentky	Identifikační údaje				
	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání	Rok stanovení diagnózy močové inkontinence
Ž 1	57	vdaná	středoškolské	bezpečnostní technik	2011
Ž 2	54	vdova	středoškolské	všeobecná sestra	2015
Ž 3	53	vdaná	vyučená	vedoucí obchodu	2013
Ž 4	56	vdaná	středoškolské	ošetřovatelka skotu	2014
Ž 5	64	vdaná	vysokoškolské	učitelka (nyní v důchodu)	2010
Ž 6	45	vdaná	vysokoškolské	asistentka ředitele	2014

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Respondentka Ž1 byla ve věku 57 let, byla vdaná a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Pracovala jako požární a bezpečnostní technik. Má za sebou dva porody, které probíhaly bez komplikací. O svém zaměstnání hovořila jako o psychicky náročné práci, jelikož školila a přednášela lidem ve firmách a hotelích. Žádnou

gynekologickou operaci nikdy nepodstoupila. Problémy s močovou inkontinencí u respondentky začaly zhruba před deseti lety, kdy začala chodit cvičit a běhat. Při cvičení, které bylo náročné na prudké pohyby, zaregistrovala únik moči, a proto musela se cvičením a s běháním přestat. Urogynekologickou ambulanci navštívila v roce 2011, kde lékař diagnostikoval močovou inkontinenci III. stupně.

Respondentka Ž2 byla 54letá žena, vdova. Již 35 let je zaměstnána jako všeobecná sestra a momentálně pracuje na koronárním oddělení. Rodila jedenkrát a zdůraznila, že se jednalo o těžký porod kleštěmi a následně musela být manuálně vybavena placenta. Žádnou velkou gynekologickou operaci neprodělala. Dále respondentka zmínila: „*Po porodu se u mě vyskytla rectocystokéla, která mi nezpůsobovala přes dvacet let žádné potíže.*“ K problémům s močovou inkontinencí došlo v posledních třech měsících, kdy žena zaznamenala výrazné zhoršení úniku moči v důsledku poklesu dělohy. Začaly se objevovat první příznaky inkontinence, které se projevily při smích a kašli. V roce 2015 absolvovala vyšetření u svého urogynekologa, kdy ženě byla diagnostikována inkontinence II. stupně.

Respondentce Ž3 bylo 53 let, byla vdaná a vyučená v oboru prodavačka. Celý život pracovala v obchodním řetězci, nejdříve jako prodavačka, později jako vedoucí oddělení. Je po dvou porodech, které označila za komplikované. První porod proběhl kleštěmi a druhý císařským řezem. Jiné gynekologické operace nepodstoupila. Respondentka uvedla: „*Po prvním porodu jsem měla problémy s únikem moči, ale časem a cvičením pánevního dna se potíže nečekaně zlepšily.*“ Před třemi lety se problémy s udržení moči ženě vrátili a lékařem byla diagnostikována inkontinence II. stupně.

Respondentka Ž4 byla 56letá žena, vdaná. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Nyní pracuje v zemědělství jako ošetřovatelka skotu. Do doby, kdy probíhalo výzkumné šetření, neprodělala žádnou gynekologickou operaci. Žena je po čtyřech spontánních porodech, u posledního porodu měla velké poporodní poranění a v celkové anestezii musela být manuálně vybavena placenta. Zhruba před rokem se u respondentky objevily první problémy se slabým únikem moči, kdy obvodní

gynekolog ženě doporučil návštěvu urogynekologické ambulance. Po absolvování základních vyšetření jí byla diagnostikována inkontinence I. stupně.

Respondentce Ž5 bylo 64 let, byla vdaná a měla vysokoškolské vzdělání. Celý život pracovala jako učitelka a od roku 2010 je vedena jako důchodkyně. Zdůraznila, že je na diabetické dietě. Rodila dvakrát, spontánně. V roce 2009 a 2014 podstoupila gynekologický zákrok – kyretáž. Respondentka uvedla, že problémy s inkontinencí u ní začaly asi před osmi až devíti lety. Zpočátku to pro ženu nebyl veliký problém, ale později nastaly problémy s únikem moči při kašlání a chůzi do schodů. Svě potíže začala řešit se svým gynekologem přibližně v roce 2010. S prvotní péčí svého gynekologa nebyla spokojena. Nynějším gynekologem byla diagnostikována inkontinence II. stupně.

Respondentka Ž6 byla 45letá žena, vdaná, dosáhla vysokoškolského vzdělání a pracovala jako asistentka ředitele v jedné nejmenované firmě. Rodila dvakrát a oba porody proběhly bez komplikací. V roce 2010 podstoupila gynekologický zákrok – konizaci děložního čípku. Problémy s únikem moči začaly v roce 2014, kdy poprvé navštívila urogynekologickou ambulanci. Zde byla diagnostikována lékařem lehká forma močové inkontinence.

Kategorie Informovanost žen o močové inkontinenci

Tato kategorie byla zaměřena na míru informovanosti žen o problémech spojených s močovou inkontinencí. Jednotlivé podkategorie se zaměřovaly především na hlavní zdroj informací pro ženy trpící močovou inkontinencí, dále na to, jak lze močovou inkontinenci léčit. Poslední podkategorie se týkala informovanosti o druzích a využití inkontinenčních pomůcek, které jsou ženami využívány. Na str. 39 v Tabulce 3 jsou uvedeny výše zmiňované podkategorie, vždy se zdrojem informací, které ženy nejvíce využívaly.

Tabulka 3 Zdroje informací o močové inkontinenci

Významová kategorie – Informovanost žen o močové inkontinenci			
Respondentky	Hlavní zdroj informací	Návrh léčby	Inkontinenční pomůcky
Ž 1	gynekolog, odborné časopisy, infor. letáky	gynekolog, porodní asistentka	internet
Ž 2	gynekolog, internet	urogynekolog	internet
Ž 3	gynekolog, internet	porodní asistentka, gynekolog	urogynekologická ambulance, lékárna
Ž 4	gynekolog, odborné časopisy, infor. letáky, internet	gynekolog	internet
Ž 5	gynekolog, odborné časopisy	gynekolog	urogynekologická ambulance, lékárna
Ž 6	gynekolog, infor. letáky, internet	porodní asistentka, gynekolog	internet

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Podkategorie Zdroj informací

Podkategorie byla zaměřena na hlavní zdroj informací, ze kterého ženy čerpaly poznatky o svém problému. Cílem otázky „Kde jste získávala informace o svém onemocnění?“ bylo zjistit, odkud ženy nejvíce čerpaly informace o močové inkontinenci. Z rozhovorů bylo patrné, že všechny respondentky získávaly nejvíce informací od svého gynekologa. Dalšími zdroji byly např. odborné časopisy, letáky v ordinacích urogynekologů/ gynekologů, rady porodních asistentek atd.

Všechny respondentky, které se zúčastnily šetření, uváděly, že informace od lékaře pro ně byly nejkvalitnější. Respondentce Ž2 byly veškeré dotazy gynekologem řádně zodpovězeny. Vzhledem ke svému vzdělání znala Ž2 formy konzervativní léčby jako je posilování svalů pánevního dna, nošení venušiných koulí, užívání různých tablet na inkontinenci a používání inkontinenčních vložek.

Respondentka Ž2 uvedla: „*Pokud se nedaří močovou inkontinenci zlepšit cestou konzervativní, často bývá navržena cesta operativní, např.TVT, TOT páska, implantace mřížky ke zpevnění pánevního dna a plastické operace.*“ Respondentka Ž3 hodnotila rozhovor s lékařem a porodní asistentkou v odborné ambulanci kladně a dodala: „*S lékařem jsme si popovídali o doporučené operaci, co obnáší, proč a z jakého důvodu se provádí a v čem by mi tato operace mohla pomoci a můj život zlepšit. Vysvětlil mi samozřejmě i možná rizika, která by mohla nastat. Dále jsem obdržela od porodní asistentky informační brožuru o dané operaci a dodala, že veškeré dotazy, které bych měla na srdci, mi ráda zodpoví. Informovala mě o průběhu hospitalizace na oddělení, popsala mi průběh předoperační a pooperační péče. Víte, je milé vědět, že je tu někdo, na koho se můžete obrátit s dotazy, které Vám nejsou jasné.*“ Respondentka Ž4 rovněž navštívila urogynekologickou ambulanci, kde byla vyšetřena a bylo jí navrženo řešení problému. Při odchodu z ambulance žena obdržela od porodní asistentky informační brožurky, ve kterých byl i přehled cviků na posílení svalů pánevního dna. Respondentce Ž5 nejdříve bylo trochu nepříjemné zmínit se o svých problémech lékaři v urogynekologické ambulanci, protože to byl muž, ale své obavy nakonec překonala. V ordinaci obdržela letáčky o cvicích zpevňující pánevní dno. Vzhledem k tomu, že několik měsíců poctivě cvičila a nezpozorovala žádné zlepšení, navštívila opět svého gynekologa s připravenými dotazy, které jí nebyly podrobně vysvětleny. S péčí tohoto lékaře nebyla spokojena a tak vyhledala jiného gynekologa, který se jejím problémem více zabýval a navrhl jí operativní léčbu. Respondentka Ž5: „*Péče lékaře mě mile překvapila, porodní asistentka se mnou otevřeně hovořila, jak mám postupovat při konzervativní léčbě i když mi byla lékařem navržena léčba operační. To víte, toho já se zatím bojím, takže uvidím, jak vše budu zvládat.*“

Z odborných časopisů nejvíce čerpaly informace respondentky Ž1, Ž4 a Ž5. Na otázku, kde sháněly informace o močové inkontinenci, respondentka Ž1 odpověděla, že informace o močové inkontinenci nejdříve získávala z časopisů. Zde doporučovali tablety, ale při jejich zakoupení a používání Ž1 nezaznamenala žádný výsledek. Respondentka Ž5 při rozhovoru poznamenala: „*O inkontinenci se píše v různých periodikách.*“ Sledovala televizní reklamy, o kterých říká: „*Útočí na nás ze všech stran*“

a konstatovala, že každá žena může být velmi podrobně informována o svých problémech, pokud bude sama chtít je řešit. Dalším využívaným zdrojem informací byly informační letáky v ordinacích lékařů. Ženy si je buď samy v čekárně vyhledaly a prostudovaly nebo jim byly nabídnuty porodní asistentkou. Tento způsob využily respondentky Ž1, Ž4 a Ž6. Respondentka Ž1 nejdříve studovala odborné články v časopisech, poté navštívila svou gynekoložku a od porodní asistentky obdržela brožuru se cviky na posílení svalů pánevního dna. Respondentka Ž6 na otázku odkud nejvíce získávala informace, odpověděla, že jejím hlavním zdrojem informací je internet, který je pro ni nejvíce dostupný a kde se dozvěděla i o léčivých přípravcích ve formě tablet posilující svaly pánevního dna, zároveň dodala: *„Takže jsem nečekala a při první příležitosti zakoupila tablety v lékárně. Dále jsem si vyhledala cviky na posílení svalů pánevního dna a začala jsem problém řešit nejprve tímto způsobem zhruba tři měsíce sama, než jsem navštívila svého gynekologa, který mi doporučil před rokem návštěvu urogynekologické ambulance, kde mi byla diagnostikována inkontinence moči prvního stupně. Od porodní asistentky jsem obdržela informační letáky k prostudování.“*

Internetový zdroj využila k získání informací o močové inkontinenci většina dotazovaných respondentek Ž2, Ž3, Ž4 a Ž6. Respondentka Ž2 pracovala jako všeobecná sestra a edukována o močové inkontinenci byla, kromě internetových stránek, už při studiu a na různých seminářích. Respondentka Ž3 si taktéž prvotní informace získané od svého gynekologa ověřila na internetu, včetně přehledu o inkontinenčních pomůckách vhodných pro únik moči. Poté na doporučení gynekologa navštívila urogynekologickou ambulanci, kde podstoupila několik vyšetření.

Podkategorie Návrh léčby

V dané podkategorii byly shrnuty způsoby léčby, o kterých byly dotazované ženy edukovány. V této oblasti ženy získávaly téměř všechny informace od lékařů nebo porodních asistentek. Respondentkám Ž1 a Ž2 byla po prvních vyšetřeních urogynekologem doporučena operativní léčba, ale zákrok ženy nepodstoupily a prozatím zvolily konzervativní způsob léčby.

Respondentky Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 nejdříve dle rady lékaře přistoupily na konzervativní léčbu, ale byly lékařem zároveň poučeny o možnosti, že v případě neúspěchu konzervativní léčby by musely podstoupit chirurgický zákrok.

Respondentka Ž1 před čtyřmi lety navštívila doporučeného urogynekologa, kde mu celý problém vyličila a bylo jí provedeno základní urogynekologické vyšetření. Poté jí lékař navrhl, že by byla vhodná operace se zavedením podpůrné pásky. K tomuto zákroku se žena neodhodlala a s porodní asistentkou probrala možnosti konzervativní léčby, která spočívala v posilování svalů pánevního dna a používání inkontinenčních pomůcek. Později se žena setkala s kamarádkou u své obvodní lékařky, která právě šla na kontrolu po operaci pro močovou inkontinenci a ta jí vysvětlovala zákrok, který musela z důvodů problémů s únikem moči podstoupit. Přítelkyně ženy ji zároveň uklidňovala, že operační výkon trval krátkou dobu a že pooperační doba hospitalizace není dlouhá. Respondentka Ž1 byla velice sdílná a začala popisovat svou situaci: „*Já měla tenkrát před operací kolene, tak jsem se nezabývala močovou inkontinencí, ale pak jsem dostala na podzim ošklivou chřipku a to se únik moči výrazně zhoršil, mohu to přirovnat jak k tekoucímu kohoutku a tak jsem si uvědomila, že s tím už musím něco dělat. Došlo mi, že budu muset stále nosit vložky a v autě mít neustále náhradní oblečení.*“ Žena si uvědomila vážnost situace a domluvila si termín operace.

Respondentka Ž2 uvedla: „*O možnostech diagnostiky a léčby močové inkontinence jsem byla podrobně informována svým gynekologem a hlavně operátérem, který mi pomocí počítačového programu přesně vysvětlil anatomické poměry při mé diagnóze a zároveň navrhl možnosti operačního řešení. Bylo mi zpočátku navrženo řešení mého problému plastikou rectocystokély. Po projednání rodinné anamnézy s lékařem, kdy se v naší rodině vyskytla rakovina děložního čípku a vzhledem k mému věku a také poklesu dělohy mi bylo navrženo vynětí dělohy i vaječníků.*“ Tento zákrok zatím žena nepodstoupila a důvody, které ji k tomu vedly, nechtěla rozebírat.

Na rozdíl od Ž1 a Ž2 byly respondentce Ž3 navrženy nejdříve konzervativní postupy, které kdysi absolvovala již po porodu. Vzhledem k věku a nezlepšujícímu se nálezů na vnitřních orgánech byla ženě následně doporučena operativní metoda – vaginální odstranění dělohy s poševními plastikami. Respondentka Ž3 uvedla: „*Vim, že*

některé typy inkontinence se daří řešit i jednoduchými operačními technikami tzv. TOT neboTVT pásky, ale věřím lékařům, že vzhledem k mému zdravotnímu stavu, bude navrhovaná operace nejlepším řešením.“ Respondentka Ž4 se rovněž nejprve rozhodla pro konzervativní způsob léčby vzhledem k malému úniku moči. Na dotaz, jak by žena řešila situaci dál, sdělila: *„Samozřejmě, pokud to nebude účinné, podstoupím na doporučení odborného lékaře i operaci. Vím, že se to řeší páskou, která upraví lehčí závady nebo větší operací a to jsou vaginální plastiky. Zatím cvičím cviky, které mi doporučila porodní asistentka, používám inkontinenční pomůcky, které mi gynekolog předepsal na poukaz a zdravotní pojišťovna mi pomůcky hradí v plné výši.*“ Respondentka Ž5 také využívá pouze konzervativní způsob léčby a při rozhovoru podotkla: *„Lékař mi navrhuje i operativní léčbu pomocí pásky, ale ještě jsem se k ní neodhodlala, protože se bojím.*“ I respondentka Ž6 využívala konzervativní způsob léčby a nyní sdělila: *„Při druhé návštěvě jsem daný problém prokonzultovala s porodní asistentkou a následně s lékařem, kdy mi byly vysvětleny operační možnosti léčby močové inkontinence zavedením pásky. Vzhledem k mému věku a zaměstnání mám již domluvený termín zákroku, protože konzervativní způsob léčení mi nevyhovoval.*“

Podkategorie Inkontinenční pomůcky

K možnostem získání a využití inkontinenčních pomůcek se respondentky Ž1, Ž2, Ž4 a Ž6 vyjádřily shodně a to, že informace získávaly na internetových stránkách, poté si inkontinenční pomůcky zakoupily v lékárnách. Vedle toho respondentky Ž3 a Ž5 získaly prvotní informace o inkontinenčních pomůčkách v urogynekologické ambulanci od porodní asistentky a následně využily nabídky v lékárnách.

Na dotaz, odkud čerpala informace o možnostech získání a využití inkontinenčních pomůcek, respondentka Ž1 odpověděla, že informace získává z internetu a od pracovníků v lékárnách. Zároveň uvedla, že vyzkoušela několik typů inkontinenčních vložek a nejvíce jí vyhovovaly vložky Tena Lady Extra Plus, které, podle ní, mají nejvyšší savost a zabraňují zápachu. S ostatními produkty respondentka nebyla tolik spokojena. Respondentka Ž2 odpověděla: *„Informace o možnostech využití inkontinenčních pomůcek jsem načerpala v lékárně a v prodejnách zdravotnických*

potřeb, pomocí informačních letáků, dále pak na internetu a nejvíce mě zaujala služba firmy Hartman, která zasílá vzorečky kalhotek a vložek k vyzkoušení, což mi pomohlo s výběrem typu vložek.“ Vzhledem k tomu, že respondentka Ž4 trpí pouze lehkým stupněm inkontinence, který se u ženy projevuje malým únikem moči, používá vložky značky Molimed. Tento typ vložek jí vyhovuje nejvíce z důvodu anatomického tvaru a systému kontroly zabraňování zápachu. Inkontinenční pomůcky si vybrala na základě poskytnutých vzorků z odborné urologické ambulance. Respondentka také zmínila, že inkontinenční pomůcky vyhledávala v odborné literatuře a na internetových stránkách. Respondentka Ž6 vyhledávala různé typy inkontinenčních pomůcek také pomocí internetu, poté si je v lékárně zakoupila a dodala: *„Vložky, které jsem si vyhledala a zakoupila, mi, dá se říci, vyhovují po stránce absorpční, ovšem nevyhovuje mi jejich stálé používání. Z tohoto důvodu jsem problém s močovou inkontinencí začala řešit jinak.“*

Respondentce Ž3 dosud pomáhaly inkontinenční pomůcky kupované v lékárně a některé vzorky vložek a kalhotek, které obdržela u svého gynekologa. U respondentky Ž5 bylo na základě její odpovědi zjištěno, že inkontinenční pomůcky jsou jí předepisovány na poukaz, tzn., že pomůcky hradí v plné výši zdravotní pojišťovna. K tomuto problému se žena vyjádřila: *„Myslím si, že pomůcky jsou velmi kvalitní, využívám značky Molimed a TenaLady, dále používám navlékací plenkové kalhotky. Vyhovuje mi nejvíc jejich jednoduchá manipulace s nimi, jsou prodyšné, pohlcují zápach a zabraňují prosáknutí moči.“*

Kategorie Ovlivnění žen s močovou inkontinencí v oblasti psychosociální

Kategorie zaměřená na psychosociální oblast měla za úkol zachytit hlavně sociální a psychické dopady močové inkontinence na život respondentek. Jednotlivé položky se zaměřují na osobní život, na trávení volného času, dále na intimní život a na případnou finanční zátěž vzniklou zejména nákupem inkontinenčních pomůcek.

Podkategorie Osobní život

K otázce o změně v osobním životě v souvislosti s močovou inkontinencí téměř všechny dotazované respondentky (Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž6) podotkly, že močová inkontinence do jejich života zasáhla velmi výrazně. Únik moči jim osobní život velmi znepríjemňuje. Respondentky popisovaly pocit studu, strachu, méněcennosti a zmiňovaly i trapné okamžiky jejich života. Respondentka Ž4 nechtěla o svém problému s močovou inkontinencí příliš hovořit a pouze uvedla: *„V práci nemám tolik času na sebe a hygienu, takže mi únik moči velmi znepríjemňuje život. Zvedám těžké věci a bez vložek bych v práci nevydržela.“* Oproti tomu respondentka Ž5 nepocítila výrazný zásah inkontinence do svého života a řekla: *„Močová inkontinence mi život natolik nezměnila, abych se tímto problémem stresovala.“* Zároveň dodala, že se musí více hlídat, přes den únik moči zvládá, ale horší situace pro ni nastává v noci. Je si vědoma toho, že by operační zákrok její problémy vyřešil.

Respondentka Ž1 odpověděla: *„Víte, jsou situace, které člověk neovlivní, takže při mých přednáškách na školení jsem se bála zakašlat, celý den jsem nic nepila jen proto, aby nenastala trapná chvíle. Necítila jsem se dobře, i když posluchači o mém problému nevěděli, neznali důvod, proč se cítím nesvá. Byla na mě znát nervozita,“* dodala respondentka s pousmáním. Také se svěřila s tím, že u sebe neustále nosí vlhké ubrousky a čisté oblečení k převlečení, aby nebyla cítit, protože se jí často při školení stávalo, že se musela jít na záchod převléci právě kvůli úniku moči. Respondentka Ž2 na tuto problematiku se smutným výrazem ve tváři sdělila: *„Když se u mě objevila inkontinence moči, musela jsem nosit hygienické vložky a to u mě vyvolalo pocit méněcennosti. Velmi často jsem začala chodit na WC a to i v noci. Snažila jsem se méně pít, což mi zase naopak způsobovalo bolesti hlavy a časté migrény.“* Žena dále uvedla, že se cítila při úniku moči trapně, velmi se styděla a neustále s sebou nosila náhradní spodní prádlo, vložky a věci na převlečení. Respondentka Ž3 řekla, že močová inkontinence zasáhla do jejího života velmi výrazně. Sama pocítila nejistotu v psychické oblasti života, cítí se méněcenná, nejistá a vypověděla: *„Nemohu se zbavit dojmu, že to okolí musí cítit, i když používám správné pomůcky, které eliminují zápach. Neustále se bojím, že únik moči bude tak velký, že to vložka nepojme a můj problém“*

bude i viditelný! Celý můj způsob života mi močová inkontinence změnila.“ Změny, které nastaly u respondentky Ž6, byly značné. Používání vložek v jejím nízkém věku je pro ni trapnou záležitostí. Neustále se dle jejích slov musí hlídat, zda není cítit zápach moči a zda se na jejím oděvu neobjeví stopy po moči. Na otázku, jaké pocity při úniku moči zažívá, Ž6 odpověděla: *„Samozřejmě trapnost a zoufalost, vzhledem k mému věku. Pochopitelně mě také obtěžuje nedostatečná možnost hygieny v zaměstnání a neustálé nošení vložek a navlhčených ubrousků v kabelce.“*

Podkategorie Volný čas

Z provedených rozhovorů je patrné, že volný čas a aktivity s ním spojené musely respondentky Ž1, Ž2, Ž3 a Ž5 velmi výrazně omezit. V podstatě uvedly, že to, co dříve zvládaly, dnes, v důsledku močové inkontinence, provozovat nemohou. Vzhledem k tomu, že žena Ž4 žádné sportovní aktivity neměla, nemusela tuto situaci řešit. Pouze respondentka Ž6 své aktivity ve volném čase dosud neomezila, protože problém s výskytem močové inkontinence řeší velmi krátce a zatím jej v oblasti volného času zvládá.

Respondentka Ž1 svůj volný čas trávila aktivně a problém úniku moči ji proto velmi ovlivnil. Nyní svých koníčků zanechala, nikam nechodí, cítí se uzavřená, je více nervózní a pokračuje: *„Dříve jsem jezdila na kole, běhala v přírodě, a když mi to čas umožnil, zašla jsem i na hodiny aerobicu. Dnes? Nechodím nikam a hrozně mě to trápí, cítím se uzavřená, jsem více nervózní, unavená a neodpočinitá, protože neustále musím myslet na to, co mohu, co ne a kontrolovat se, jestli vše sedí tak, jak má a to je pro mne opravdu vyčerpávající.“* Respondentka Ž2 k zaznamenaným změnám v osobním životě podotkla: *„Samozřejmě, že jsem musela změnit určité věci v osobním životě a ve způsobu trávení volného času. Dříve jsem ráda jezdila na výlety, provozovala turistiku, tancovala a cvičila. Nyní nepodnikám žádné dlouhé cesty a výlety bez okamžité možnosti použití WC. Problémy se projevíly i v mém zaměstnání v souvislosti se zvedáním těžce nemocných pacientů. Také jsem přestala chodit do společnosti, ve které jsem se cítila nervózní a neustále přemýšlela, kde se nachází WC. Další omezení jsem pocítila při práci na zahrádce, pohyby jako jsou dřepy a předklony, byly pro mne*

nepříjemné a to mě psychicky vyčerpávalo.“ Respondentka Ž3 řekla, že byla dříve ve svém volném čase velmi aktivní. Podnikala řadu výletů ať už pěších nebo na kolech s přáteli, organizovala letní dovolené ve stanech, přátelská posezení s grilováním na zahradě a zúčastňovala se zimních lyžařských zájezdů. V současné době se zatím vyjmenovaných aktivit nezúčastňuje a dodala: *„Nechodím na žádné akce, pouze se vymlouvám, protože se bojím a nevím, jak bych tento problém řešila v přírodě a na cestách. Několikrát jsem v přítomnosti přátel použila inkontinenční vložky, ale nebyla jsem ve své kůži. Proto jsem své zmíněné aktivity omezila.*“ Respondentka Ž5 se ke svým aktivitám vyjádřila takto: *„V době, kdy jsem byla ještě zaměstnaná, jsem musela některé aktivity omezit, zvláště jízdu na kole, tancování a hodiny cvičení Pilates. Také pro mě bylo nepříjemné neustálé odbíhání na WC v době výuky. Měla jsem pocit, že mě žáci sledují a neustále jsem se kontrolovala. Občas jsem z toho byla nervózní a na svou práci nesoustředěná.*“ V současné době je respondentka Ž5 v důchodu a svůj volný čas využívá především k procházkám, k posezení s kamarádkou v cukrárně. Toto jsou pro ženu krátkodobé aktivity, při kterých dbá na zvýšenou hygienu a tak se po psychické stránce nestresuje. Mezi velmi příjemné chvíle patří pro ženu návštěvy vnoučat, se kterými si ráda hraje, povídá a relaxuje. Ovšem, pokud dojde k tomu, že má vnouče zvednout a pochovat ho na ruce, okamžitě se projeví únik moči a stud je na místě. Dodává: *„Ani si nedovedete představit, jak rychle se radost v danou chvíli změni na nepříjemný pocit studu.*“ K této problematice ještě žena dodala: *„Se svým osobním životem a využitím volného času jsem, dá se říci, spokojená a problém s močovou inkontinencí zvládám bez větší psychické zátěže.*“

Jak již bylo uvedeno, respondentka Ž4 neprovozuje žádné volnočasové aktivity a ani k této oblasti se příliš nerozpovídala, pouze uvedla: *„Ve svém volném čase se starám o zahrádku, takže jsem u baráku a na záchod to nemám daleko, přesto někdy nestihnu na toaletu dojít. Kamkoliv se vydám, stále řeším, kde je záchod a často i kvůli tomu zapomenu na jiné věci. Hodně mě to obtěžuje.*“

Respondentka Ž6 trávení svého volného času příliš upravovat nemusela. Sdělila, že je aktivní člověk, který podniká různé výlety s dětmi a manželem, setkává se přáteli, navštěvuje kulturní akce atd. a dodala: *„Při těchto aktivitách dbám na hygienu a na to,*

aby nikdo nezpozoroval, že se tímto problémem trápím. Nejvíce mě močová inkontinence obtěžuje v zaměstnání, ve volném čase se to dá zatím zvládnout.“

Podkategorie Intimní život

V problematice intimního života je únik moči téměř všem (Ž1, Ž3, Ž4, Ž6) ženám nepříjemný, zažívají pocit studu, nepřítažlivosti, strachu z úniku moči při milostném aktu. Respondentka Ž2 je vdova a nyní žádného partnera nemá, milostný život u ní tedy neprobíhá, a proto se v této oblasti nevyjadřovala, stejně jako respondentka Ž5, která není sexuálně aktivní z důvodu vysokého věku.

Téma intimního života bylo pro respondentku Ž1 nepříjemné. Respondentka uvedla, že se před partnerem styděla a měla pocit nepřítažlivosti, bála se, že se jí muž „štítí“. Po rozhovoru se svým partnerem zjistila, že tomu tak není. Manžel jí dokonce doprovází na kontroly k praktickému lékaři a gynekologovi. Respondentka Ž1 zároveň dodala: *„Byl mi oporou a po této stránce mi dodal odvalu se rozhodnout problém řešit, protože před tím probíhaly neustálé debaty o tom, proč s tím už dávno nic nedělám. Probrali jsme spolu možnosti navrhované léčby a tím dodal, že bych se mohla vrátit k aktivitám, které mě bavily. Měl pravdu a nesmírně si vážím toho, že mi byl v danou chvíli nablízku.“*

Rovněž respondentce Ž3 nebyla tato otázka příjemná a stručně podotkla, že při sexuálních aktivitách je neustále ve stresu, obává se úniku moči zejména při pohlavním styku. Dokonce se přiznala, že se záměrně pohlavnímu styku vyhýbá a neustále vymýšlí nějaké výmluvy, dále řekla: *„Manžel je však velmi tolerantní, můj problém jsem mu podrobně vysvětlila a oba se těšíme na brzké vyřešení této situace.“* Doposud respondentka Ž3 využívá konzervativní způsob léčby a stále zvažuje, zda podstoupit operativní zákrok, protože v této oblasti života ji močová inkontinence problémy způsobuje. Respondentka Ž4 odpověděla: *„V manželském životě máme velké potíže, manžel pro můj problém nemá moc pochopení. Připadám si hrozně a neschopně před svým mužem. Vidím na něm, jak ho otravuje mé neustálé řešení potíží pořád dokola a velmi často je na mě nepříjemný. Nejsme ještě ve věku, kdybychom měli s pohlavním stykem skončit, ale je mi trapně, bojím se, že při styku moč neudržím, odbíhám neustále*

na záchod a nedokážu se při milostném aktu uvolnit. Jeho chování není vstřícné a to mi na sebevědomí moc nepřidává. Není mi takovou oporou, jak jsem si myslela, že bude. Užívání vložek mi natolik nevadí, ale že to ovlivňuje náš intimní život, mi vadí opravdu hodně. Uvidím, zda mi pomohou doporučené cviky a doma se intimní život zlepší. Pokud by tak nenastalo, vyřeším problém s močovou inkontinencí operativním zákrokem.“

Respondentka Ž4 svou odpovědí velmi překvapila, protože se rozpovídala a nebyla tak uzavřená jako u předchozích otázek. Respondentka Ž6 řekla, že v intimním životě s manželem problémy nemají, ale i přesto nejistotu při pohlavním styku pociťuje. Bojí se, že by mohlo při aktu dojít k úniku moči a tím pádem by mohla být pro svého partnera méně přitažlivá. Na závěr k této otázce podotkla: *„Termín zákroku se blíží a já pevně doufám, že vše dobře dopadne a budu si moci intimního života užívat naplno bez jakéhokoliv omezení.“*

Jak již bylo zmíněno, respondentka Ž2 je vdova a nyní žádného partnera nemá, proto tuto problematiku řešit nemusí. I přesto podotkla, že si pohlavní styk neumí ve své situaci představit. Také respondentka Ž5 téma sexuality neřešila, připomněla svůj věk a sdělila, že tomu také odpovídá její intimní život. Respondentka Ž5 dodává: *„Močová inkontinence v intimním životě mě nikterak nezatěžuje, manžel je tolerantní a vzhledem k našemu věku to moc neřešíme.“*

Podkategorie Finanční zátěž

K této problematice se téměř všechny respondentky (Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6) vyjádřily poměrně pozitivně a prozatím pro ně nákup inkontinenčních pomůcek nebyl velkou finanční zátěží. Pouze jediná respondentka Ž1, vzhledem ke své diagnóze, označila finanční situaci za velmi zatěžující.

Respondentka Ž2 používala inkontinenční pomůcky jen krátce a spíše nárazově, z toho důvodu jí nákup těchto pomůcek nikterak nezatížil. Dále uvedla, že pokud by se její stav výrazně zhoršil, je si vědoma toho, že by byla situace finančně náročnější. Respondentka Ž2 dodala: *„Od jiných žen vím, že například tablety na inkontinenci jsou dost drahé a kvalitní vložky a kalhotky také.“* Finanční zátěž u respondentky Ž3 není rovněž vysoká. Respondentka Ž3 konstatovala, že zatím nevyužívá možnost hrazení

inkontinenčních pomůcek zdravotními pojišťovny. Ale její problémy nejsou zatím dlouhodobé a z hlediska finanční zátěže necítí výrazný vliv. Oproti tomu respondentka Ž4 využívá příplatku zdravotních pojišťoven a vložky si nechává předepisovat od svého gynekologa. Respondentka Ž4 zdůraznila, že pracuje v zemědělství a její výše platu by jí neumožnila financovat si vše sama, protože manžel se odmítá podílet na financování těchto pomůcek. Inkontinenční pomůcky respondentce Ž5 také předepisuje lékař na poukaz, tzn., že jsou plně hrazeny pojišťovnou. Žena označila vložky značky Molimed a Tena Lady za velmi kvalitní. Jediným výdajem pro tuto respondentku jsou navlékací plenkové kalhotky, které si sama kupuje v lékárně. Svou finanční situaci zhodnotila jako dobrou, a proto pro ni nákup inkontinenčních kalhotek není zatěžující. Respondentka Ž6 odpověděla, že nákup těchto pomůcek není nyní pro rodinu až tak finančně náročný, spíše ji tíží myšlenka, aby vložky měla vždy při sobě.

Respondentka Ž1 zhodnotila, že nákup inkontinenčních pomůcek je pro finanční rozpočet rodiny velmi náročný. V předchozí části rozhovoru je uvedeno, že užívala tablety na močovou inkontinenci a také vložky, tyto dvě položky ji vyšly na zhruba 1800 Kč měsíčně. Respondentka Ž1 věří, že operační zákrok by mohl její problémy s únikem moči vyřešit.

5 Diskuze

Močová inkontinence je problémem, se kterým se potýká mnoho žen po celém světě. Potíže s únikem moči zaznamená každá druhá žena ve vysokém věku, nicméně inkontinence moči může postihnout i ženu mladší po porodu nebo operaci. Problémy související s únikem moči ovlivňují ženu v mnoha oblastech života. Správnou informovaností a edukací ženy o močové inkontinenci může lékař nebo porodní asistentka pomoci ženě se s nepříjemnou diagnózou vyrovnat.

Stěžejním bodem diskuze je shrnutí výzkumného šetření, které bylo provedeno v Karlovarské krajské nemocnici, a.s., a hodnocení výzkumných otázek stanovených na začátku šetření. Výzkumné šetření probíhalo v období od března do dubna roku 2015. Podkladem diskuze byla data získaná z rozhovorů se 6 respondentkami, které docházely do urogynekologické ambulance před operačním zákrokem.

Hlavními cíli bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost žen o močové inkontinenci a dále pak zjistit, jak tyto ženy ovlivňuje močová inkontinence v psychosociální oblasti jejich života. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky: „Jakým způsobem jsou ženy informované o močové inkontinenci?“ a „Jakým způsobem jsou v psychosociální oblasti ovlivňovány ženy s močovou inkontinencí?“ Cíle pro výzkumnou část byly splněny.

První výzkumná otázka: „Jakým způsobem jsou ženy informované o močové inkontinenci?“ si kladla za úkol zjistit, zda jsou ženy dostatečně informované o problematice močové inkontinence a kde tyto informace nejvíce získávají.

Jako prvotní zdroj informací označily všechny respondentky svého gynekologa, od kterého považují informace za kvalitní. Genadry ve své knize vádí, že ženy trpící močovou inkontinencí vyhledají lékařskou pomoc až po několika letech a většinou poprvé navštíví svého praktického lékaře, který je dále zašle na vyšetření k obvodnímu gynekologovi. Doporučuje, aby ženy konzultovaly s lékařem všechny problémy neduhy, a dále dodává: „Sdělte lékaři vše, co souvisí s vaším onemocněním. Každá informace, kterou mu předáte, mu pomůže stanovit diagnózu a navrhnout vhodné možnosti léčby“ (3, s. 57). Respondentky Ž1, Ž3 a Ž5 uvedly jako další zdroj odborné

časopisy. Informační letáky nebo brožury s podrobným vysvětlením příčin močové inkontinence, popisem léčby a přehledem cviků k posílení svalů pánevního dna obdržely od porodní asistentky respondentky Ž1, Ž3, Ž4 a Ž6. Vzhledem k tomu, že respondentka Ž2 pracovala jako všeobecná sestra a účastnila se několika seminářů k dané problematice, informace od svého gynekologa jí vyhovovaly. Dalším zdrojem informací byly internetové stránky, což potvrdily respondentky Ž2, Ž3, Ž4 a Ž6, tyto respondentky se zaměřily především na vyhledávání konzervativního způsobu léčby, jako je posilování svalů pánevního dna, užívání různých léčivých přípravků ve formě tablet a používání inkontinenčních pomůcek. Z rozhovorů s respondentkami je zřejmé, že pokud se u nich projeví močová inkontinence, dokáží si informace k danému tématu získat samy. Chmel ve své publikaci ženám radí, aby kromě návštěvy gynekologa využily i další zdroje informací jako např. internetové stránky a odbornou literaturu (22).

Další podkategorie byla zaměřená na to, zda jsou respondentky dostatečně informovány o možnostech léčby močové inkontinence a zda jsou tyto informace pro ně dostačující. V této oblasti je nutné konstatovat, že u všech dotazovaných respondentek byla diagnostikována stresová inkontinence v různých stupních - u Ž1 byl stanoven III. stupeň močové inkontinence, u Ž2, Ž3 a Ž5 II. stupeň močové inkontinence a u Ž4 a Ž6 I. stupeň močové inkontinence. Ani jedna z dotazovaných respondentek zatím žádnou operaci, která by řešila močovou inkontinenci, nepodstoupila. Respondentkám bylo gynekologem navrženo několik způsobů operačního řešení problému s únikem moči. Respondentkám Ž1, Ž4, Ž5 a Ž6 bylo doporučeno zavedení TVT nebo TOT pásky, respondentkám Ž2 a Ž3 odstranění dělohy z důvodu poklesu poševních stěn.

Některé ženy (Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6) se rozhodly zpočátku využívat konzervativní postupy léčby a shodly se na tom, že pokud tato léčba nebude úspěšná, budou uvažovat o navrhované léčbě operativní. Respondentka Ž1 se na základě zhoršení zdravotního stavu rozhodla pro operaci a domluvila si termín operačního výkonu. Také respondentka Ž6 přistoupila k operativnímu zákroku, kdy hlavním důvodem bylo neustálé používání inkontinenčních vložek. Lze předpokládat, že všechny oslovené respondentky o navrhované léčbě přemýšlejí, není jim lhostejný jejich zdravotní stav

a mají zájem problém s únikem moči vyřešit ke své spokojenosti. Informace o možnostech léčby byly všem respondentkám poskytnuty obvodním gynekologem nebo urogynekologem. Dále si respondentky hledaly spíše konzervativní postupy léčby na internetových stránkách.

Podkategorie informovanosti se týkala inkontinenčních pomůcek. Z rozhovorů bylo zjištěno, že opět informovanost probíhá ze stran gynekologů a porodních asistentek v odborných ambulancích. Doporučené inkontinenční vložky používaly respondentky Ž3, Ž4 a Ž5 na základě předložení informačních letáků porodní asistentkou. Ž2 využila také možnosti zaslání inkontinenčních pomůcek od firmy Hartmann zdarma domů – o této službě se dozvěděla při návštěvě lékárny a prodejny zdravotnických potřeb. Všechny respondentky zároveň využívaly nabídky lékáren k zakoupení inkontinenčních pomůcek. Respondentky Ž1, Ž2 a Ž5 uvedly konkrétní firmy (Tena Lady a Hartmann), od kterých si pomůcky kupovaly. K výběru inkontinenčních pomůcek a možnosti jejich využití také přispěly nabídky na internetových stránkách. Z rozhovorů bylo zřejmé, že této služby využily respondentky Ž1, Ž2, Ž4 a Ž6. Z výsledků lze soudit, že pokud ženy chtějí mít přehled o inkontinenčních pomůčkách, jsou schopny si tyto informace zajistit a potřebné pomůcky zakoupit. Lze tedy tvrdit, že největší množství informací a poznatků o močové inkontinenci si žena odnese od svého obvodního gynekologa. Proto se domníváme, že nejen lékaři, ale i porodní asistentky by měli dbát na důkladnou informovanost a edukaci ženy o močové inkontinenci. Porodní asistentka by měla nabízet propagační a informační letáky a provádět edukaci o problémech týkajících se močové inkontinence na vysoké úrovni.

Druhá výzkumná otázka: „Jakým způsobem jsou v psychosociální oblasti ovlivňovány ženy s močovou inkontinencí?“ měla za úkol zjistit, jak byl ovlivněn popř. změněn život žen s močovou inkontinencí po stránce psychosociální. Podkategorie se zaměřovaly na oblast osobního života, volnočasových aktivit, dále na intimní život případnou finanční zátěž, která by mohla vzniknout nákupem inkontinenčních pomůcek. Téma osobního života bylo pro všechny dotazované respondentky náročné a shodly se, že močová inkontinence ovlivní život každé ženy po všech stránkách. Martan popisuje močovou inkontinenci jako syndrom, který negativně ovlivňuje kvalitu

života ženy a může jej i zcela změnit. Ženy jsou dle jeho názoru ovlivňovány především po stránce emoční, finanční a sociální (6). Některé ženy trpí pocity méněcennosti, cítí se trapně a často se i stydí. Také respondentky, které se zúčastnily výzkumného šetření, uvedly, že v osobním životě shodně pocítily stud, trapné chvíle nervozitu a strach. Kromě respondentky Ž5 se toto projevilo u všech ostatních žen. Dále se v jejich myšlenkách objevil pocit méněcennosti, s tímto problémem se nejvíce potýkala respondentka Ž2, Ž3 a Ž4. Jako jevící se řešení problému s únikem moči spatřovaly respondentky Ž1 a Ž2 ve výrazném omezení tekutin – respondentka Ž1 z důvodu pracovního vytížení a Ž2 proto, aby omezila časté chození na WC. Zároveň však s tímto omezením se u respondentky Ž2 objevily bolesti hlavy a migrény. Zápachu při úniku moči se nejvíce obávaly respondentky Ž1, Ž3 a Ž6. Následoval strach z viditelných stop moči na oblečení, čehož se nejvíce bály respondentky Ž3 a Ž6. Na časté vstávání v noci, pocit nedostatečného spánku a únavu s tím spojenou si stěžovaly Ž2 a Ž5. Nejméně sdílná v této problematice byla Ž4, která svůj osobní život nechtěla příliš rozebírat. Nejmladší respondentkou byla Ž6, u které se projevil pocit zoufalství, a z rozhovoru vyplynulo, že ji nejvíce obtěžuje neustálé nošení inkontinenčních vložek a nedostatek možnosti hygieny v zaměstnání. Ze všech respondentek se nejméně stresovala Ž5, která vzhledem ke svému věku močovou inkontinenci chápala jako součást života starších žen. Lze se domnívat, že každá žena vnímá inkontinenci jako projev ztráty důstojnosti spojený s pocity méněcennosti, nejistoty, studu a sníženého sebevědomí. V této oblasti má velkou roli porodní asistentka, se kterou jsou ženy v prvotním kontaktu a měla by jim být psychickou oporou. Svou empatií, trpělivostí a řádnou edukací se snažit napomáhat ženám k zvládnutí všech problémů spojených s močovou inkontinencí. Ovlivněním života žen s močovou inkontinencí a tedy kvalitou života těchto žen se zabývala ve své diplomové práci i studentka Mgr. Růžičková, DiS z Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své práci Inkontinence moči u žen jako sociální problém, výsledky léčby stresové inkontinence s rehabilitační pomůckou uvádí, že u 20 % respondentek byla kvalita života snížena výrazně a 53 % respondentek zvolily na vizuální analogové škále od 1 – 10 zhruba střední hodnoty. Z výsledků obou šetření vyplývá, že osobní život žen s močovou inkontinencí je u některých žen výrazně

ovlivněn (37). Většina dotazovaných respondentek v našem výzkumném šetření se shodla na tom, že jejich život močová inkontinence ovlivnila velice negativně.

Podkategorie byla zaměřena na volný čas a s ním spojené aktivity ženy. Z výzkumu vyplývá, že téměř všechny respondentky (Ž1, Ž2, Ž3, Ž5, Ž6), kromě respondentky Ž4, byly před vznikem problémů s únikem moči ve svém volném čase velmi aktivní. Podnikaly různé výlety, absolvovaly dovolené, různé sportovní akce a zúčastňovaly se společenských aktivit s rodinou a přáteli. Výrazné omezení aktivit po začátku obtíží s únikem moči zdůraznily respondentky Ž1, Ž2 a Ž3 a shodně všechny uvedly, že v důsledku močové inkontinence prožívaly nervozitu, stres, psychické vyčerpání a únavu. Respondentka Ž3 dokonce používala výmluvy k neúčasti na různých akcích. Při rozhovoru s respondentkou Ž4 bylo zjištěno, že žádné aktivity vzhledem ke svému zaměstnání v oblasti zemědělství nepodnikala a tím pádem je nemusela omezovat. Respondentka Ž5 v době svého produktivního věku byla také aktivní a výskyt močové inkontinence ji vedl k omezení svých činností. V současném důchodovém věku podniká pouze krátkodobé aktivity, které zvládá bez větší psychické zátěže. Žena Ž6 žádné aktivity ve svém volném čase prozatím neomezuje. Na základě zjištění se dá tvrdit, že každá respondentka se se svým problémem vypořádala po svém a podle hodnocení zdravotního a psychického stavu dospěly k rozhodnutí, jaké aktivity si mohou dovolit a jak svůj volný čas využít.

V podkategorii intimní život byla ženám položena otázka, zda močová inkontinence zasáhla do jejich intimního života. U všech dotazovaných respondentek, kromě respondentky Ž2, se objevil pocit studu, stresu, obavy z nepřítažlivosti a nepochopení ze strany partnera. Respondentka Ž2 se k této problematice nemohla vyjádřit a situaci posoudit, protože v rodině došlo k úmrtí partnera a milostný poměr od té doby neměla. U respondentek Ž1, Ž3 a Ž5 byla zaznamenána, k jejich milému překvapení, tolerantnost, opora partnera a snaha ženě pomoci při řešení problému s únikem moči. Přestože u respondentky Ž3 byl manžel velmi tolerantní, docházelo k podvědomému vyhýbání se pohlavnímu styku. Bylo zjištěno, že velké potíže v intimním životě měla respondentka Ž4, která se setkala s nepochopením svého manžela. Označila jeho chování jako nevstřícné, nebyl jí oporou a tím docházelo

k omezení intimního života. Naopak u respondentky Ž6 problémy v intimním životě nenastaly, jako jediná nemusela pohlavní styk omezovat.

V poslední podkategorii byla hodnocena finanční zátěž nákupu inkontinenčních pomůcek a zásah do rozpočtu rodiny. Vzhledem ke stanovené diagnóze byla situace velmi finančně náročná pro respondentku Ž1. Také respondentka Ž2 uvedla, že v případě zhoršení zdravotního stavu by nákup pomůcek velmi zatížil rodinný rozpočet. Pro respondentky Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 nebyla zatím finanční zátěž tak vysoká. Dvě z nich, Ž4 a Ž5, využívaly k pořízování inkontinenčních vložek poukaz od lékaře, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou. V této oblasti výzkumu se ženy vyjádřily spíše pozitivně a lze usuzovat, že i s tímto problémem se dokáží vyrovnat. Finanční stránku problému s močovou inkontinencí řeší ve své knize i MUDr. Chmel: „Finanční náklady na diagnostiku a léčbu tohoto velmi nepříjemného a do 21. století nepatřícího problému jsou jedním slovem obrovské“ (22, s. 8). Chmel dále uvádí, že ženy s různými typy a s různým stupněm potíží nehledají pomoc a spoléhají na své „metody“ léčby, které spočívají právě v nákupu inkontinenčních pomůcek. Dle jeho názoru vložky inkontinenci neřeší, ale dá se s nimi docela dlouho „přežívat“ (22).

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou močové inkontinence u žen. V teoretické části byl zpracován ucelený přehled týkající se tématu močové inkontinence, jejího dopadu na psychosociální stránku života ženy, dále byla teorie zaměřena na edukaci ženy trpící tímto onemocněním. Výzkumná část práce spočívala v informovanosti žen o močové inkontinenci a v případných změnách v psychosociální oblasti života. Data byla získána pomocí rozhovorů se šesti respondentkami, které docházely do urogynekologické ambulance Karlovarské krajské nemocnice, a.s. Výsledky výzkumného šetření byly v závěru práce diskutovány a porovnány s odbornou literaturou a jiným dostupným výzkumem. Cíle pro výzkumnou část práce, které byly stanoveny na začátku kvalitativního šetření, byly splněny.

Močová inkontinence představuje velký problém, který zasahuje do všech oblastí života ženy. Ovlivňuje jejich život, jak po stránce pracovní, společenské, intimní, tak i psychické. Močová inkontinence je pro ženy stresující stav a mnoho žen s únikem moči nevyhledává pomoc hned po prvních příznacích onemocnění nebo tak učiní až po několikaletém strádání, důvodem bývá strach a stud před lékařem. Rozhodnou-li se ženy k řešení svého problému a obrátí se na lékaře nebo porodní asistentku, je tedy velmi důležité získat jejich důvěru a poskytnout jim kvalitní odbornou péči.

První výzkumnou otázkou: “Jakým způsobem jsou ženy informované o močové inkontinenci?” bylo zjištěno, že nejvíce informací o močové inkontinenci získávají ženy od svých gynekologů, z internetu a dále z informačních letáků od porodní asistentky v odborné ambulanci nebo také v lékárnách a z odborné literatury. Na základě výzkumného šetření je patrné, že ženy, které se setkaly s únikem moči, jsou do jisté míry informované. Dokáží si prvotní informace vyhledat samy, ale déle jim trvá rozhodnutí vyhledat odbornou péči.

Druhou výzkumnou otázkou: “Jakým způsobem jsou v psychosociální oblasti ovlivňovány ženy s močovou inkontinencí?” bylo zaznamenáno, že všechny ženy potýkající se s močovou inkontinencí jsou ovlivněny v mnoha oblastech svého života. Je narušen jejich osobní i intimní život, volnočasové aktivity, psychika při výkonu

zaměstnání, komunikace s rodinou, přáteli a v neposlední řadě i jejich sebevědomí. Důležitou roli v této problematice hrála porodní asistentka, která ženy edukovala, poskytovala potřebné informace, byla dostatečně empatická, vnímavá pro potřeby ženy, zároveň komunikativní a dokázala být ženám psychickou oporou.

Tato bakalářská práce řeší aktuální téma problematiky močové inkontinence. Výzkumné šetření může posloužit jako informační materiál jak pro zdravotnický personál ošetřující právě ženu s močovou inkontinencí, tak pro ženy, které tímto problémem trpí. Návrh pro další výzkumné šetření spatřuji zejména v zaměření se na edukační činnost porodních asistentek a lékařů v odborných ambulancích. Jako výstup bakalářské práce byl vytvořen informační leták na základě výsledků, které ve výzkumném šetření vyšly.

7 Seznam bibliografických zdrojů

- 1) ČERMÁK, A., PACÍK, D. *Inkontinence moči*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
- 2) KAWACIUK, I. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
- 3) GENADRY, R., MOSWIN, JACEK I. *Inkontinence moči u ženy*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
- 4) HORŇÁK, M. a kol. *Urológia pre praktických lekárov*. 2.vyd. Bratislava: Herba, 2008. 300 s. ISBN 978-80-89171-56-9.
- 5) KROFTA, L., FEYEREISL, J. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2280-4.
- 6) MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.
- 7) ROMANČÍK, M. *Inkontinencia moču u žien: jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. 1.vyd. Bratislava: Herba, 2009. 149 s. ISBN 978-80-89171-61-3.
- 8) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 280s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 9) KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
- 10) ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- 11) HANUŠ a kol. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. 208 s. ISBN 978-80-7387-387-5.
- 12) KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 152 s. ISBN 978-80-7345-125-7.
- 13) MACEK, P., HANUŠ, T. *Urologie pro všeobecné praktické lékaře*. 1.vyd. Praha: Reabe, 2011. 138 s. ISBN 978-80-8630-785-5.
- 14) Inkontinence-info. *Možnosti léčby* [online]. 2010 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: www.inkontinence-info.cz/moznosti-lecby.htm

- 15) PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 16) HÖFLER, H. *Posílení pánevního dna*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 96 s. ISBN 978-80-247-2958-9.
- 17) LANG-REEVES, I. *Pánevní dna*. 1.vyd. Praha: Vašut, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7236-590-6.
- 18) SABONGUI, R. *Pilates: cvičení pro usnadnění početí, zdravé těhotenství, lehký porod a pevné pánevní dna*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2009. 104 s. ISBN 978-80-251-1969-3.
- 19) ŠVIHRA, J. a kol. *Inkontinencia moči*. 1.vyd. OSVETA, 2012. 328 s. ISBN 978-80-8063-380-6.
- 20) CHMEL, R. *Postavení farmakoterapie v léčbě ženské močové inkontinence. Remedia* [online]. 2006, č. 5 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Postaveni-farmakoterapie-v-lecbezenske-mocove-inkontinence/6-L-gK.magarticle.aspx>
- 21) ZÁMEČNÍK, L., SOUKUP, V. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2009. 96 s. ISBN 978-80-204-1941-5.
- 22) CHMEL, R. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.
- 23) SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
- 24) RYSKA, M. *Ošetrovatel'stvo: učebnica pre odbor Ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Prague: Ottova tiskárna, 2011. 136 s. ISBN 978-80-260-1322-8.
- 25) WINTEROVÁ, K., VÍŠKOVÁ, J. *Nové metody léčby inkontinence. Moderní babictví* [online]. 2007, č. 12 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=44
- 26) MARTAN, A. a kol. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.

- 27) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 28) ABRAMS, P. a kol. *Incontinence*. 4.ed. Paris: Health Publication, 2009. ISBN 0-9546956-8-2.
- 29) RYBÁROVÁ, L. *Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. Sestra* [online]. 2010, č. 4 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/posouzeni-kvality-zivota-zen-s-mocovou-inkontinenci-450949>
- 30) MLČÁK, Z. *Psychologie nemoci*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
- 31) SOCHOROVÁ, N., VRÁNOVÁ, V. *Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. Urologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 5, [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/05/13.pdf
- 32) PAPEŽOVÁ K. *Životní styl žen v průběhu života*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce MATĚJOVÁ Halina.
- 33) STAŇKOVÁ, G., KOVAŘÍKOVÁ, A. *Edukace žen při stresové inkontinenci moči. Sestra* [online]. 2009, č. 2 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-zen-pri-stresove-inkontinenci-moci-416104>
- 34) VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče. Edukace* [online]. 2012 [Cit. 30. 1. 2015]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
- 35) *Inkontinence-info. Pomůcky pro inkontinentní* [online]. 2010 [Cit. 30. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.inkontinence-info.cz/pomucky-pro-inkontinentni.html>
- 36) KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 37) RŮŽIČKOVÁ, K. *Inkontinence moči u žen jako sociální problém, výsledky léčby stresové inkontinence s rehabilitační pomůckou*. Olomouc, 2015. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Aleš Skřivánek PhD.

- 38) ŠOTTNER, O., SKOUPÁ J. *O novinkách v urogynologii a diagnostice hyperaktivního močového měchýře* [online]. 2008 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: www.yourcomm.cz/HYPERMOCM/Mikcni_denik.pdf
- 39) Zdravotnictví a medicína, Postgraduální medicína. *Příloha 1: Gaudenzův dotazník* [online]. 2003, č. 8 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/priloha-1-gaudenzuv-dotaznik-157925>
- 40) GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2000. 98 s. ISBN 80-7169-950-0.

8 Přílohy

Příloha 1 – Mikční deník

Příloha 2 – Gaudenzův dotazník

Příloha 3 – Cvičení svalů pánevního dna

Příloha 4 – Otázky pro ženy s močovou inkontinencí

Příloha 5 – Žádost o souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 6 - Žádost o souhlas ke spolupráci

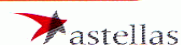
Příloha 1 – Mikční deník

MIKČNÍ DENÍK

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

1. den

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

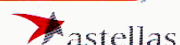


MIKČNÍ DENÍK

2. den

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

Vydáno: únor 2007



Zdroj: obrázek 1 Mikční deník. (Dostupné z: ŠOTTNER, O., SKOUPÁ J. *O novinkách v urogynélogii a diagnostice hyperaktivního močového měchýře* [online]. 2008 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: www.yourcomm.cz/HYPERMOCM/Mikcni_denik.pdf)

Příloha 2 – Gaudenzův dotazník

Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence

Příjmení: _____ Datum: _____

Jméno: _____ Adresa: _____

Věk: _____ Telefon: _____

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

Prosím nechat nevyplněné

skóre pro nutkovou
inkontinenci

skóre pro stresovou
inkontinenci

diagnóza

Zdroj: obrázek 2 Gaudenzův dotazník. (Dostupné z: Zdravotnictví a medicína, Postgraduální medicína. Příloha 1: Gaudenzův dotazník [online]. 2003, č. 8 [Cit. 31. 10. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/priloha-1-gaudenzuv-dotaznik-157925>.)

Příloha 3 – Cvičení svalů pánevního dna

Hlavní zásady úspěšného cvičení:

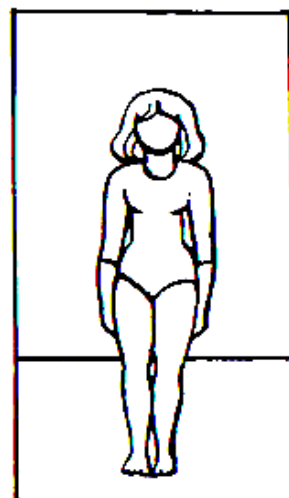
- cvičte denně, nejméně po dobu 3 měsíců,
- cvičte alespoň 15 minut denně,
- každý cvik opakujte 5–10krát za sebou,
- nikdy necvičte až do úplné únavy,
- napřed si rozhýbejte celé tělo lehkým procvičením,
- při cvičení nezadržujte dech – dýchejte pravidelně,
- cvičte pomalu, nespěchejte a dotahujte pohyby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

I. Cvičení svalů pánevního dna – 1. série

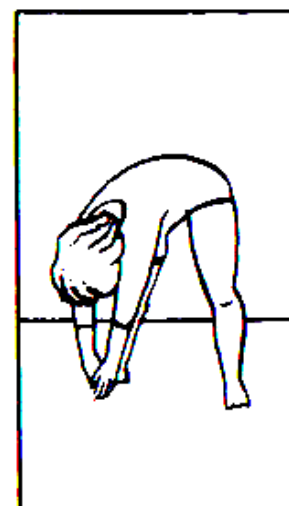
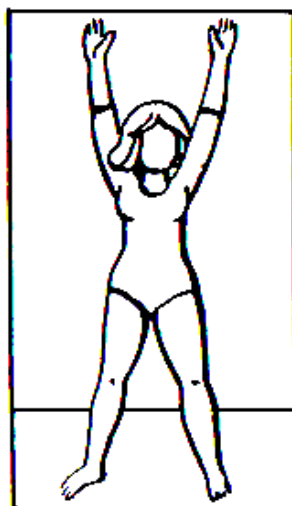
1. Stoj, nohy u sebe, držíme se opěradla židle nebo okraje stolu, podřep s koleny u sebe, pánev tlačít vpřed, stáhnout svaly břišní, sedací, pánevní dno (vtáhnout konečník a svěrače), zpět uvolnit.
2. Sed na židli, rukama se opírat za tělem o sedadlo, stáhnout svaly sedací, břišní a svaly pánevního dna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

II. Cvičení k obrázkům – 2. série

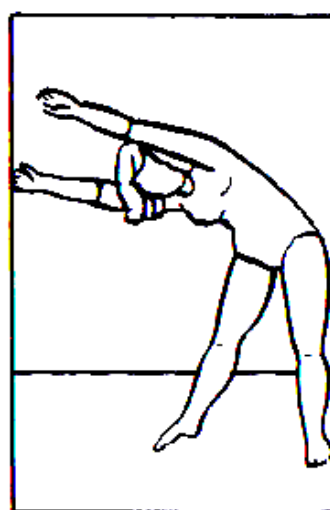
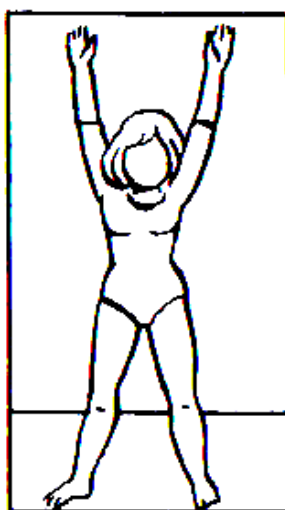
1. Stoj spojný, chodidla rovnoměrně zatížena, kolena mírně napjata. Hýžďové a břišní svaly napjaty k docílení správné polohy pánve. Lopatky jsou staženy k sobě v dolním úhlu, paže volně podél těla. Hlavu držíme rovně – protažením šíjových a krčních svalů.



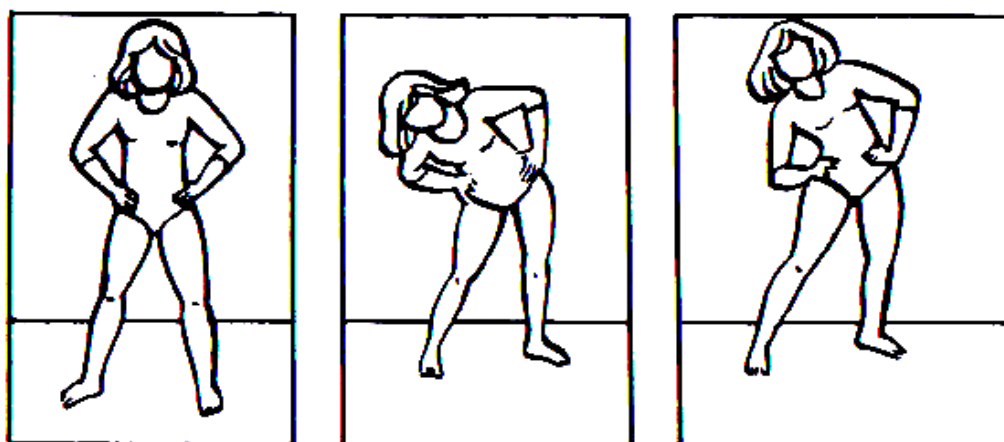
2. Stoj rozkročný, vzpažit. Hluboký předklon střídavě k pravému a levému kolenu. Při předklonu výdech, po vzpřímení vdech. Ruce stále vzpaženy.



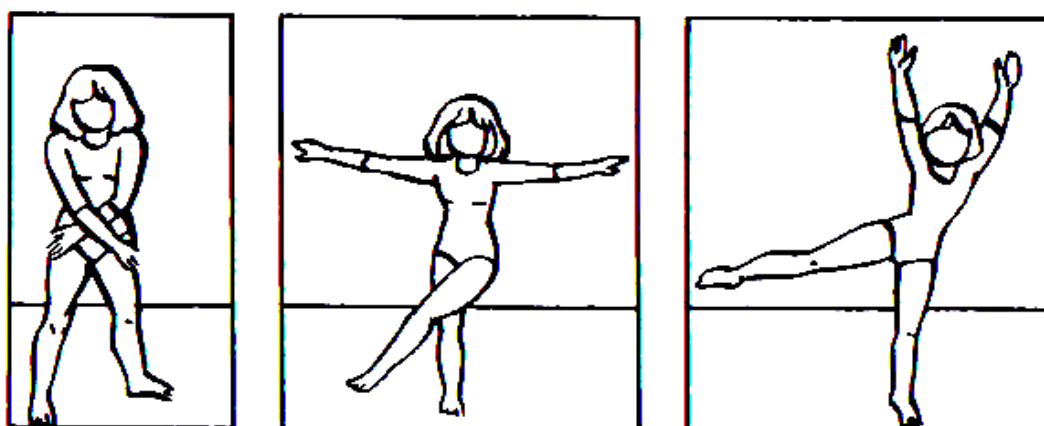
3. Stoj rozkročný, vzpažit. Střídavě úklony vlevo a vpravo.



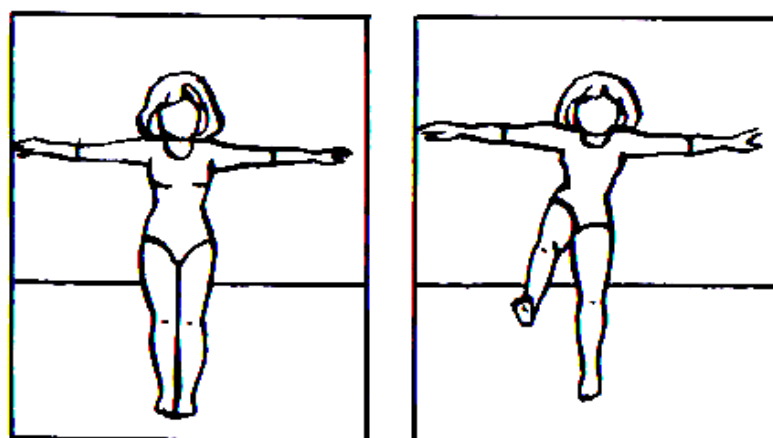
4. Stoj rozkročný, kroužení trupem třikrát doprava, třikrát doleva.



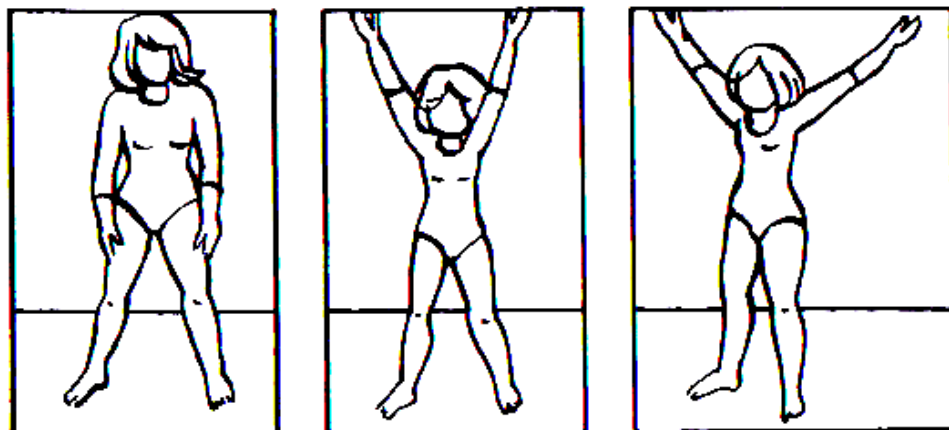
5. Stoj mírně rozkročný, zkřížit paže před tělem. Švihem unožit a vzpažit – vdech. Při zpětném pohybu výdech. Střídáme pravou a levou nohu.



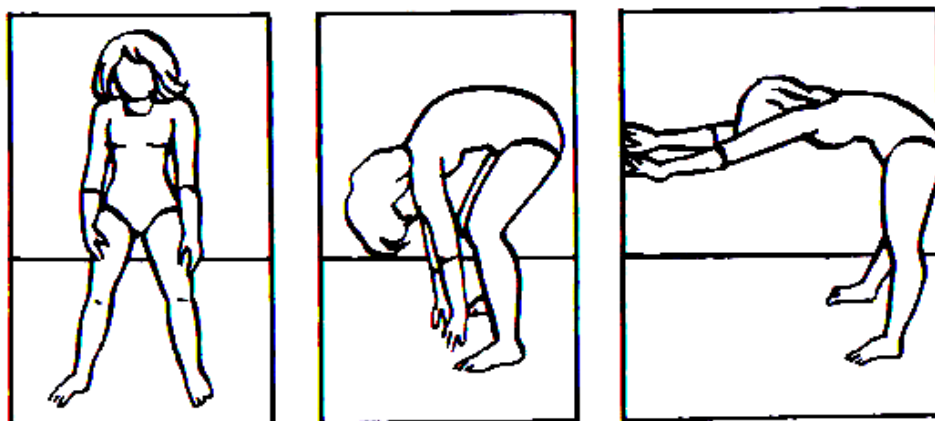
6. Stoj spojný, upažit. Opět švihem přednožit a zanožit. Střídáme pravou a levou nohu.



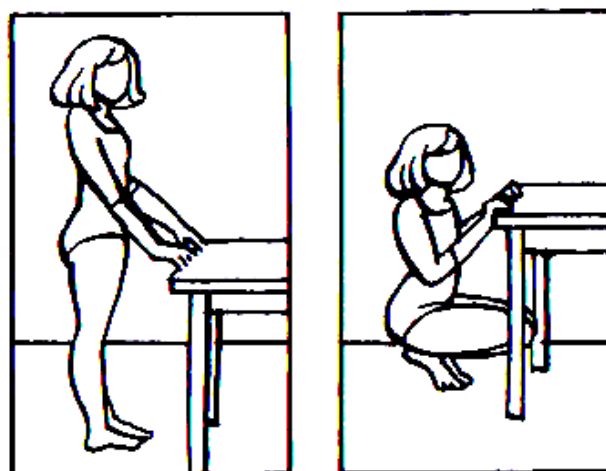
7. Stoj mírně rozkročný, připažit. Pomalé boční kruhy pažemi. Při vzpažení nadechujeme, při připažení vydechujeme.



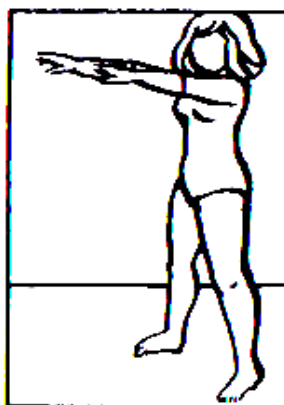
8. Stoj mírně rozkročný, chodidla rovnoběžně. Hluboký uvolněný předklon s uvolněnými koleny – výdech, pomalý vzpřim – nádech.



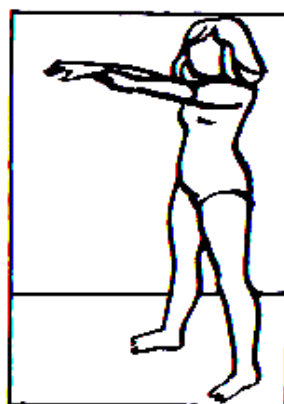
9. Stoj spojný, ruce opřít o stůl, kolena k sobě, podsadit pánev, stáhnout hýžďové svaly a pomalu do hlubokého podřepu – výdrž a zpět.



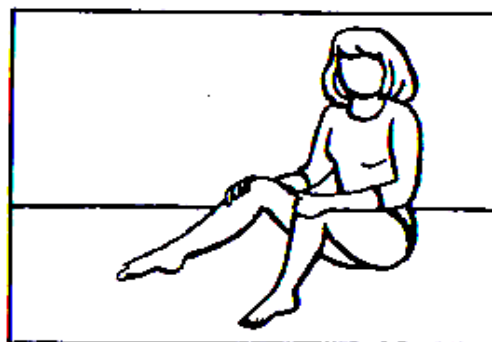
10. Stoj rozkročný, předpažit. Podřep a stažením břišních a hýžďových svalů, podsadit pánev, výdrž a zpět.



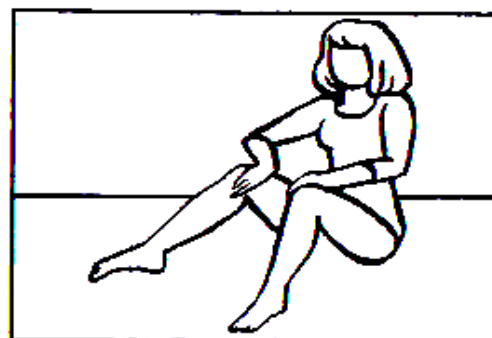
11. Jako předcházející cvik, ale s pérováním v kolenu.



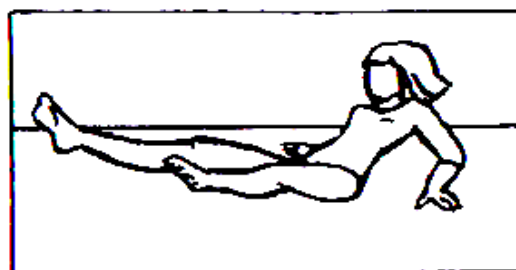
12. Sed skrčmo, rukama tlačíme na zevní stranu kolen a kolena tlačíme proti tlaku rukou směrem od sebe. Současně máme stažený konečník a břišní i hýžďové svaly. Uvolníme a zpět.



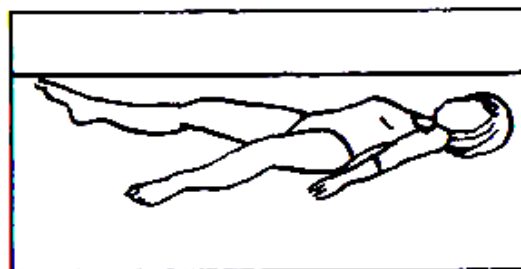
13. Sed skrčmo, tentokrát ruce na vnitřní straně kolen. Stáhneme opět břišní a hýžďové svaly, vtáhneme konečník a rukama kolena roztlačujeme od sebe. Současně kolena tlačíme k sobě proti odporu rukou.



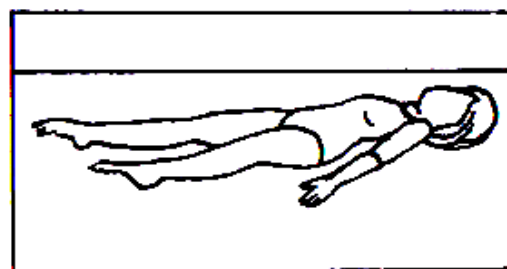
14. Sed s oporou o ruce za tělem. Stáhneme břišní a hýžděové svaly, vtáhneme konečník a hmitáme nohama vodorovně nad zemí. Paty k sobě, špičky do stran.



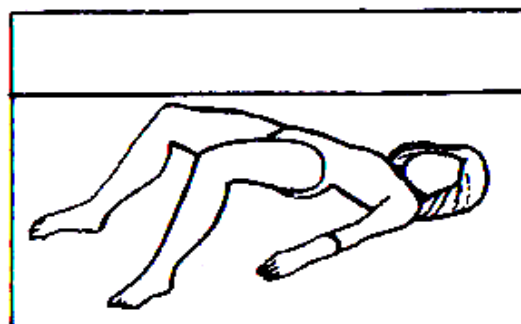
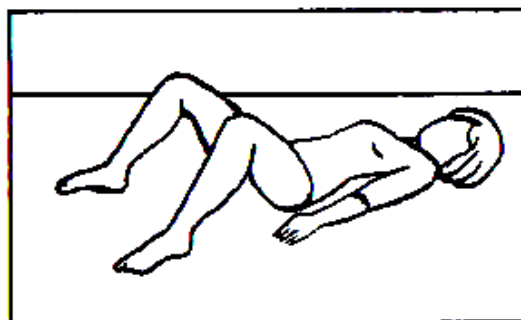
15. Totéž vleže na zádech.



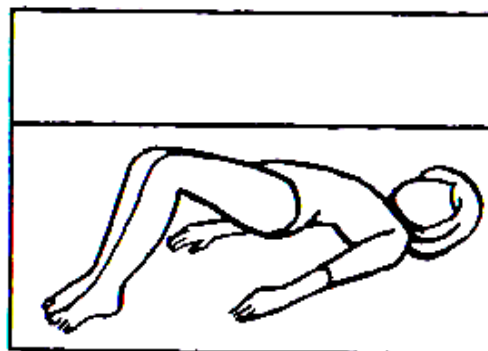
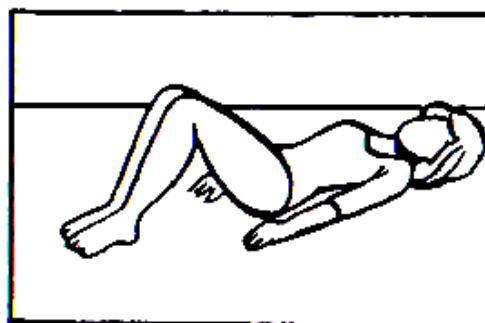
16. Opět totéž a hmitáme nohama nahoru a dolu.



17. Leh na zádech, skrčené nohy od sebe. Stáhneme konečník a svaly, nadzvedneme pánev a uvolníme.



18. Totéž s nohama u sebe.



19. + 20. Na závěr opakujeme cviky číslo 7 a 8.

Dodržujte prosím postup v jednotlivých sériích.

Zdroj: obrázek 3 Cvičení svalů pánevního dna. (Dostupné z: GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2000. 98 s. ISBN 80-7169-950-0.)

Příloha 4 – Otázky pro ženy s močovou inkontinencí

1. Identifikační údaje:

Kolik Vám je let?

Jaký je Váš rodinný stav?

Jaké je Vaše dokončené vzdělání?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Kolikrát jste rodila?

Které gynekologické operace jste podstoupila?

Kdy začaly Vaše problémy s močovou inkontinencí?

2. Kategorie informovanosti žen o močové inkontinenci:

Kde jste získávala informace o močové inkontinenci?

Jaký druh léčby Vám byl navržen?

Odkud jste čerpala informace o možnostech získání a využití inkontinenčních pomůcek?

3. Kategorie ovlivnění žen s močovou inkontinencí po stránce psychosociální:

Co se změnilo ve Vašem osobním životě poté, co jste začala trpět močovou inkontinencí?

Jak ovlivnila močová inkontinence Vaše aktivity ve volném čase?

Jak Vás močová inkontinence omezuje v intimním a partnerském životě?

Jak je pro Vás nákup inkontinenčních pomůcek finančně náročný?

Zdroj: vlastní

Příloha 5 – Žádost o souhlas s výzkumným šetřením

Žádost o povolení výzkumu s bakalářskou prací

Vážená náměstkyně ošetrovatelské péče,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumu potřebného pro zpracování bakalářské práce.

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Porodní asistentka. Cílem výzkumného šetření, který bude prováděn kvalitativní metodou, je zjistit informovanost žen o močové inkontinenci a jakým způsobem jsou v psychosociální oblasti ovlivňovány ženy s močovou inkontinencí. Výzkumné šetření by probíhalo u žen před plánovanou operací pro močovou inkontinenci, které docházejí do urogynekologické ambulance v Karlovarské krajské nemocnici a.s. v období od do

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita.

Bakalářskou práci pod názvem „Močová inkontinence žen“ zpracuji pod vedením Mgr. Romany Belešové.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

V Karlových Varech, dne

Podpis jednatele zdravotnického zařízení:

Podpis studentky:

Zdroj: vlastní

Příloha 6 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Petra Brabcová a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Bakalářskou práci pod názvem „Močová inkontinence žen“ zpracuji pod vedením Mgr. Romany Belešové.

Děkuji.

V Karlových Varech, dne

.....

Podpis studentky

.....

Podpis respondentky

.....

Zdroj: vlastní