VLIV INKONTINENCE MOČI NA KVALITU ŽIVOTA ŽEN

Bakalářská práce

JANA DUŘTOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s

PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. René Hanušová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 2009-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

……

ABSTRAKT

DUŘTOVÁ, Jana. *Vliv inkontinence moči na kvalitu života žen*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: Mgr. René Hanušová.

Hlavním tématem bakalářské práce je vliv inkontinence moči na kvalitu života žen. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku močové inkontinence a charakteristiku pojmu kvalita života. Srozumitelné vysvětlení základních pojmů: dolní cesty močové, definice, klasifikace, příčiny, diagnostika a léčba inkontinence moči.

Ve výzkumné části jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jak je ovlivněna kvalita života žen při onemocnění močovou inkontinencí. Výsledky dotazníků a rozhovorů zjistily, že kvalita života závisí na typu inkontinence moči, stadiu léčby a současném pocitu ženy. Inkontinentní ženy pociťují více či méně sníženou kvalitu života, která se zvyšuje s postupem úspěšné léčby.

Klíčová slova: inkontinence moči, kvalita života, vnímání potíží, léčba inkontinence moči.

ABSTRACT

DUŘTOVÁ, Jana. *The affecting urinary incontinence on quality of the women life.* Prague, 2009. Bachelor's work. University of medical, o.p.s. Prague. Bachelor of obstetrical assistance. Tutor: Mgr. René Hanušová.

The basic subject-matter of the bachelor's work is the affecting of the urinary incontinence on the women life. The theoretic section of the work is oriented on problems urinary incontinence and characteristic conception quality of life. Understandable explanation of basic conceptions: urinary system, definitions, classification, reasons, diagnostics and treatment of urinary incontinence.

In the exploratory section I have investigated through the questionnaire how the women's quality of life is affected by urinary incontinence. Results of the questionnaire and debates have learned that the quality of life is depending on the type of urinary incontinence, status of the therapy and present feeling of a woman. The women with incontinention feel more or less reduced quality of life which it increases during of a successful treatment.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, perception of discomforts, treatment of urinary incontinence.

PŘEDMLUVA

Přestože je močová inkontinence problém postihující velké procento žen, je to téma o kterém se mnoho nehovoří. Informací pro ženy s inkontinencí moči stále není dostatek. Tato práce vznikla ve snaze dát ženám s inkontinencí moči maximum základních informací. Tímto směrem je vedena teoretická část páce. Výzkumná část je věnovaná kvalitě života těchto žen, protože potřebují vědět, že inkontinence moči není součástí stárnutí a netrápí jen je. Ví se, že není lehké o tomto problému hovořit v souvislosti se svou osobou. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak z internetových pramenů.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem porodní asistence, hlavně přednáškami z gynekologie. Dále také praktickou částí studia.

Dotazníky byly rozdávány na oddělení urogynekologické ambulance Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 Podolí. Tato ambulance byla mnou zvolena pro její kvalitní péči o ženy s inkontinencí moči. Léčí se zde ženy z celé České republiky.

Práce je určena ženám s inkontinencí moči, které v ní naleznou mnoho informací. Také zdravotnickému personálu, který se s těmito ženami setkává, aby pochopil potíže, které inkontinenci moči doprovází a dokázal být dostatečně empatický. Dále také pro studentky, které se mohou později stát velkou oporou žen s inkontinencí moči.

Poděkování:

Děkuji Mgr. René Hanušové, vedoucí mé bakalářské práce za ochotu, laskavost a cenné rady při konzultacích. Za trpělivost děkuji celé rodině a za mnoho rad děkuji mamince. Dále mé poděkování patří všem dobrovolným účastnicím dotazníkového šetření.

Osnova

Úvod ... 8
1 Stavba a funkce dolních močových cest ... 9
1.1 Anatomie dolních močových cest ... 9
1.2 Fyziologie funkce močového měchýře ... 10
1.3 Inervace dolních cest močových ... 11
2 Definice inkontinence ... 11
2.1 Klasifikace inkontinence ... 12
2.1.1 Stresová inkontinence ... 13
2.1.2 Urgentní inkontinence ... 13
2.1.3 Smíšená inkontinence ... 14
2.1.4 Neurogenní inkontinence ... 14
2.1.5 Paradoxní ischurie ... 14
2.1.6 Tranzitorní inkontinence ... 15
2.1.7 Enuresis nocturna ... 15
3 Příčiny inkontinence ... 15
3.1 Rizikové faktory ... 16
3.1.1 Predisponující rizikové faktory ... 16
3.1.2 Vyvolávající rizikové faktory ... 16
3.1.3 Podporující rizikové faktory ... 17
3.1.4 Dekompenzující rizikové faktory ... 18
4 Diagnostika inkontinence ... 18
4.1 Anamnéza ... 19
4.2 Vyšetření pomocí mikčního deníku či dotazníků ... 20
4.3 Fyzikální, biochemické a bakteriologické vyšetření ... 20
4.4 Klinické testy ... 21
4.5 Urodynamická vyšetření ... 22
4.6 Zobrazovací metody ... 24
4.7 Endoskopická metoda ... 24
5 Léčba inkontinence ... 24
5.1 Konzervativní léčba ... 24
5.1.1 Hormonální substituční léčba ... 25
5.1.2 Gymnastika pánevního dna ... 25

5.1.3 Elektrostimulace 25
5.1.4 Medikamentózní léčba 26
5.1.5 Trénink močového měchýře 26
5.1.6 Pesaroterapie 26
5.2 Operační léčba 26
5.2.1 Operační léčba stresové inkontinence moči 27
5.2.2 Operační léčba urgentní inkontinence moči 27
6 Kvalita života 28
6.1 Kvalita života s inkontinencí moči 29
7 Praktická část 30
7.1 Cíl práce 30
7.2 Pracovní hypotézy 30
8 Metody výzkumu 30
8.1 Popis metod 31
8.1.1 Dotazník vlastní konstrukce 31
8.2 Organizace výzkumu 32
8.3 Charakteristika souboru 32
8.4 Výsledky – jednostupňové třídění 32
8.5 Diskuse 64
8.6 Závěr, souhrn a návrh pro praxi 68
9 Literatura: 70
10 Seznam zkratek
11 Seznam příloh

Úvod

Inkontinence moči je pro ženy stresující a invalidizující stav. Práci chci směřovat hlavně ženám, které trápí inkontinence moči. Zasahuje do všech oblastí života – psychické, sociální, sexuální, fyzické. Chtěla bych, aby svému problému porozuměly a nebály se vyhledat pomoc. Zároveň by moje práce měla být zdrojem informací pro zdravotnický personál, který s těmito ženami přichází do styku. Tento personál by měl motivovat ženy k léčbě. Proto je tak moc důležité, aby jejich obtížím dobře rozuměl.

V teoretické části jsem se zaměřila na snadno srozumitelné vysvětlení základních informací o inkontinenci moči, tedy na anatomii a fyziologii, definování termínu inkontinence moči a její klasifikace. Dále jsem popsala rizikové faktory, které mají vliv na inkontinenci moči, její diagnostiku a léčbu. Vše mi přijde velmi důležité pro ženy, které tento problém trápí, protože z letáků, které dostanou v ordinaci se dozví informace jen okrajové. Z této práce mohou vzejít další otázky a mnoho zajímavých témat, která se dají řešit a o kterých by inkontinentní ženy měly být informované. Kvalita života žen s inkontinencí moči, kterou jsem se také snažila ve stručnosti popsat, je velmi zajímavým a složitým tématem, proto nemá ani jasnou definici. Tento pojem je poměrně mladý, přesto velmi užívaný, i když stále není dané, co přesně je jeho obsahem.

Kvalita života je individuální. Ve výzkumné části jsem se snažila zjistit vliv inkontinence moči na kvalitu života žen. Dotazníkovým šetřením a rozhovory se ženami jsem se snažila získat informace, jak inkontinence moči ovlivňuje jejich život. Vcítění se do problému těchto žen je podstatné pro práci veškerého zdravotnického personálu. Je těžké si představit strach z každého kýchnutí, poskoku, pohybu či pouhého vědomí velké vzdálenosti toalety. Pocit trapnosti, který může nastat v některých situacích, kterému se sice dá předcházet pomocí hygienických pomůcek, ale ani ty nejsou 100 % záchranou. Stupeň diskomfortu, který inkontinence moči přináší, není stejný, jako není stejné jeho vnímání.

1 Stavba a funkce dolních močových cest

1.1 Anatomie dolních močových cest

Močový měchýř má funkci jímací, kdy jako rezervoár shromažďuje moč a funkci vyprazdňovací, kdy vypuzuje moč do uretry.

Kontinenci moči zajišťují struktury, které se pasivně nebo aktivně podílejí na uzávěru močového měchýře a uretry.

Močový měchýř je vystlán sliznicí – urotelem, jehož kvalitu ovlivňují ženské sexuální hormony. Podslizniční vazivo, které tvoří převážně elastická vlákna, podporuje roztažlivost měchýře až po jeho maximální náplň okolo 0,5 litru. Dále je stěna močového měchýře tvořena hladkými svalovými vlákny ve třech vrstvách. Tyto svaly nejsou ovladatelné vůlí. Na spodině močového měchýře je trojúhelník tzv. trigonum, který je vymezen pravým a levým močovodem a močovou trubicí. Vycházejí z něj smyčky hladké svaloviny, které obepínají vyústění močovodů, zabraňují zpětnému toku (refluxu) moči do močovodů při vypuzovacích stazích měchýře při močení. Pokud je tato funkce narušena může docházet k průniku bakterií do horních močových cest. Tento trojúhelník má mírně odlišnou stavbu sliznice a jako nejníže položené místo je v neustálém kontaktu s močí. Bývá nejčastěji napadán infekcí, často chronickou, která způsobuje časté nucení na močení nebo nutnost chodit močit několikrát během noci (nykturii).

V místě spojení močového měchýře a močové trubice je sval zesílen, toto místo se nazývá vnitřní svěrač močové trubice. Pro kontinenci je méně významný.

Močová trubice (uretra) je u ženy dlouhá 3–5 cm. Na rozhraní střední a dolní třetiny je umístěn ve svalovém dnu pánevním druhý svěrač, který je významnější. Jde o zevní svěrač močové trubice, který obklopuje močovou trubici v oblasti svalové přepážky nazývané močopohlavní přepážka (diaphragma urogenitale). Tento svěrač tvoří příčně pruhovaná svalovina, která je ovlivnitelná vůlí. Tato svalová vlákna jsou uzpůsobena dlouhodobému udržování svalového napětí a zajišťují aktivní odpor odtoku moči z močového měchýře. Jsou důležitá i ke spuštění mikce. Močopohlavní přepážka (diaphragma urogenitale) je umístěna za sponou stydkou. Její správné umístění je velmi důležité pro její plnohodnotnou funkci. Ke sponě stydké je připevněna vazy a ze spodu je podpírána svaly dna pánevního.

Uvolněním vazů a poklesem pánevního dna poklesá také hrdlo měchýře a zůstává pootevřené (vezikalizace proximální uretry). Znamená to, že horní část močové trubice přímo navazuje na močový měchýř bez jasného přechodu, tím ztrácí svou funkci horní svěrač uretry. Horní část močové trubice se uvolní ze správného místa a stane se pohyblivou (hypermobilní), při zvýšení nitrobřišního tlaku se posune ven pánevním dnem, což zamezuje vůlí ovládnout kontinenci a dochází k úniku moči, která vzniká např. při těžké fyzické námaze, chronickém kašli a chronické zácpě. Sliznice a podslizniční vazivo v močové trubici je v reprodukčním věku ženy bohatě protkáno tenkostěnnými cévičkami s mnoha spojkami, které jsou kypré a utěsňují uzávěr močové trubice.

Svalové dno pánevní podporuje správnou polohu orgánů malé pánve a tím i jejich správnou funkci. Ochabnutím nebo poruchou může dojít k poklesu až výhřezu pánevních orgánů (1, 2, 3, 4).

1.2 Fyziologie funkce močového měchýře

V období plnění močového měchýře má hladká svalovina močového měchýře jen malý tonus a jeho stěny snadno povolují. Teprve při dosažení určité náplně (přibližně 200ml) začnou buňky hladké svaloviny reagovat zvýšením napětí. Baroreceptory ve stěně močového měchýře reagují na zvýšení tlaku a odvádí informaci do míchy a do mozkové kůry. Tím je zahájen vědomě ovlivnitelný reflex. U dětí je vůlí kontrolovatelný až od dvou až tří let. V novorozeneckém a dětském věku reaguje mikční centrum automaticky. Při určité náplni se detruzor kontrahuje a vyprázdní. S přibývajícím věkem a vlivem výchovy se stává kontrolovatelným vůlí.

Mikce vědomá i nechtěná počíná stahováním břišních svalů a bránice, nitrobřišní tlak stoupá a povoluje se svalovina pánevního dna spolu se zevním svěračem. Z mozkové kůry vyjde informace do sakrálního míšního centra, které může odpovědět spuštěním mikčního reflexu. Pokud okolnosti vyprázdnění nedovolují, je možné mikční reflex volní kontrolou blokovat. To je však možně jen do určité náplně močového měchýře, která je individuálně značně rozdílná. Emoční stres zvyšuje tonus hladké svaloviny a může vést k aktivaci mikčního reflexu již při nižší náplni. Při spuštění mikčního reflexu spodina měchýře klesá, horní (proximální) část močové trubice se zkracuje a otevírá se společně s hrdlem měchýře. Tlak v močovém měchýři se zvyšuje stažením svaloviny močového měchýře (detrusoru – vypuzovače) a za pomoci

nitrobřišního tlaku překoná snížený uzávěrový tlak močové trubice. Tím je zahájeno močení. S tím jak klesá náplň v měchýři, stoupá efektivita stahu svalových vláken a snižuje se síla potřebná k močení. Ukončení mikčního aktu zabezpečuje volní uzávěr zevního svěrače. Stahuje se svalové pánevní dno a vnitřní svěrač. Tok moči je přerušen ve střední třetině močové trubice a obsah moči v její horní třetině je vypuzen zpět do měchýře. Poté mícha opět obnoví blokování močení (1, 2, 3, 5).

1.3 Inervace dolních cest močových

V roce 1968 Bradley popsal nervové zabezpečení kontroly aktu močení pomocí souhry čtyř nervových smyček. Tím vysvětlil závislost mikce na duševním stavu člověka.

První smyčka spojuje mozkovou kůru s centrem kontroly močení v pons cerebri (most mozkový). Její porucha vede k nadměrně reaktivnímu měchýři.

Druhá smyčka představuje dráhu míšního reflexu na trase most mozkový – centrum míšní. Její narušení vede k netečnosti vypuzovače.

Třetí smyčka vede z míchy ke svěrači močové trubice a vypuzovači, zároveň zabezpečuje jejich dokonalou spolupráci – vnitřní svěrač musí ochabovat, když se vypuzovač stahuje, aby moč mohla odtékat a naopak. Při poruše této koordinace dochází k tzv. detrusor-sfinkterické dyssynergii (nesouladu).

Čtvrtá smyčka vede z kůry mozkové k zevnímu příčně pruhovanému svěrači. Při její poruše nelze akt močení volně přerušit ani zahájit.

Souhra nervově svalového aparátu zajišťuje normální mikci. Při nesouladu jde o neuromuskulární dysfunkci (3, 9).

2 Definice inkontinence

Inkontinence moči se vyskytuje velmi často, bohužel si to společnost, ale často ani zdravotní personál, neuvědomuje. Některé výzkumy dokazují, že až 50% žen trpí občasnou inkontinencí, ale pouze 10-20% z nich se svěří lékaři. Většina postižených se za svůj problém stydí a tedy pomoc nevyhledává, což pro ně znamená pozdější zhoršení stavu. Hodně žen vůbec netuší, že tento problém netrápí jen je. Netuší, kam jít pro pomoc a že je možné tento problém léčit a předcházet mu. Velmi se stydí za selhání svého těla, za to, že jej sama nedokáže kontrolovat. Inkontinence moči se dříve vyskytuje u žen, které vícekrát rodily a u žen s nadváhou.

Dle International Continence Society (dále jen: ICS) je inkontinence moči definována: Inkontinence moči je samovolný a nechtěný únik moči, který představuje zdravotní, psychologický, sociální a hygienický problém a je objektivně prokazatelný.

Inkontinence moči postihuje významnou část žen, zejména v postmenopauzálním období. Zmínky o inkontinenci moči lze nalézt již v dílech antických lékařů, obvykle v souvislosti s prolapsem pánevních orgánů. V průběhu 19. stol. a v první polovině 20. stol. nastal rozvoj chirurgické léčby těchto problémů, zejména zásluhou zakladatelů moderní gynekologie Jamese M. Simse a Howarda A. Kellyho. Koncem 40. let kalifornský gynekolog Arnold Kegel začal inkontinenci moči léčit cvičením svalů pánevního dna. Za významný okamžik lze považovat založení Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) v roce 1971. Je to organizace studující problém inkontinence ze všech úhlů pohledu, shromažďuje a zpřístupňuje nejnovější informace. Sdružuje přední světové odborníky z oboru gynekologie a urologie. V průběhu dalších tří desetiletí se odehrál zásadní pokrok v diagnostice a terapii inkontinence moči (1, 3, 4, 7, 11).

2.1 Klasifikace inkontinence

Se zkoumáním tohoto problému přišlo mnoho informací o vzniku, příčinách a léčbě inkontinence moči. Nové poznatky v oblasti anatomie malé pánve, histologické, neurologické, fyziologické a farmakoterapeutické poznatky daly základ novým vyšetřovacím přístrojům a postupům. S tím také přišlo dělení inkontinence moči dle příčin, které ji způsobují.

Současné třídění je doporučeno organizací ICS. Jedná se o dělení na:

- **extrauretrální** (mimo močovou trubici) může být důsledkem vrozené vývojové vady, nebo získaná (píštěle, po operaci, úrazu)
- **uretrální**, kdy moč uniká přirozenou cestou
    - stresová (urodynamická), pravá, gennuinní
    - urgentní – motorická a senzorická forma, hyperaktivní močový měchýř –overactive bladder (OAB)
    - smíšená (kombinovaná) inkontinence
    - neurogenní (reflexní)
    - paradoxní ischurie, overflow, přepadová, přetlaková
    - tranzitorní
    - enuresis nocturna (noční pomočování) (1, 2, 3, 4, 7)

2.1.1 Stresová inkontinence

Jedná se o mimovolní únik moči způsobený stresorem, jehož následkem je zvýšený intraabdominální (nitrobřišní) tlak např. při běhu, skoku, zvedání předmětu, smíchu, kýchání nebo kašlání a pod. Malé množství moči uniká při zvýšeném nitrobřišním tlaku bez současné kontrakce detruzoru močového měchýře. Při ukončení působení stresoru se obnoví normální stav kontinence. Tento stav je možné objektivně prokázat. Svalstvo pánevního dna a svěrače je ochablé a pánevní orgány poklesají. Svalovina močového měchýře se na unikání moči nepodílí, proto se tento typ inkontinence také někdy nazývá pasivní inkontinencí. Uzávěrový mechanismus močové trubice nedokáže odolat tlaku, který je na něj vyvinut. Příčinou je patologická pohyblivost uretry v důsledku poškození jejich závěsných a podpůrných aparátů. Uzavírací schopnost svěrače močové trubice klesá.

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

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

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

III. stupeň - k úniku moči dochází již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká téměř pořád při pomalé chůzi nebo i v klidu ve vzpřímené poloze (2, 3, 4, 9, 11).

2.1.2 Urgentní inkontinence

Jde o náhlý nekontrolovatelný únik většího množství moči, spojený se silným a vůlí neovladatelným, imperativním pocitem nucení na močení. Uzávěrový mechanismus (svěrače, pánevní dno) je neporušen a na vzniku se podílí svalovina močového měchýře. Nepříjemné urgence bývají doprovázeny častým močením (polakisurie) a močením v noci (nykturie), neboť močový měchýř má sníženou kapacitu vlivem spasmu a nekontrolovaných kontrakcí detruzoru močového měchýře.

Urgence má dva typy:

- **motorická** – způsobená samovolnými stahy svalů močového měchýře (hyperaktivitou detruzoru). Tyto stahy jsou způsobeny chybným povelem z nervové soustavy a tedy bez zjevné příčiny, nebo reakcí močového měchýře na tzv. provokační manévr – kašel, smích, změna polohy atd., takto reagující močový měchýř se nazývá nestabilní detruzor (nestabilní měchýř - OAB).

- **senzorická** – způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru. To znamená, že podnět ke stahům měchýře vychází z nervových vláken v nesprávnou chvíli, protože je něco dráždí, např. kaménky, nádor atd., nebo po zánětech, kdy mají nervové receptory zvýšenou citlivost. Dochází k tomu také při zúžené močové trubici, která ztěžuje vyprazdňování moči a tím nutí měchýř ke zvýšené činnosti. Z důvodu zúžené trubice se mu to nepovede a v měchýři tak zůstává po vymočení zbytek moči, kterou se nepodařilo vyprázdnit, jde o tzv. močové reziduum, které trvale dráždí nervové receptory (2, 3, 4, 9, 11)

2.1.3 Smíšená inkontinence

Současný výskyt stresové a urgentní inkontinence.

2.1.4 Neurogenní inkontinence

Dříve nazývána reflexní inkontinence. Bývá obvykle po úrazu páteře, či při degenerativním onemocnění míchy. Vyprazdňování není řízeno vůlí, mikční reflex probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Únik moči je vyvolán hyperreflexií detruzoru močového měchýře. Mikce nastává bez pocitu nucení na močení (2, 3, 11).

2.1.5 Paradoxní ischurie

Inkontinence z přetékání v důsledku závažného zúžení dolních močových cest. K úniku moči dochází z důvodu maximálního naplnění močového měchýře, svaly močového měchýře (detruzor) se nestahují. Moč uniká často v malém množství (po kapkách). Močový měchýř je stále maximálně naplněný, dosahující někdy až k pupku. Jeho objem dosahuje někdy i přes litr moči. Léčba spočívá v odvedení moči z močového

měchýře buď cévkou zavedenou přes močovou trubici nebo punkcí močového měchýře přes břišní stěnu v oblasti nad sponou stydkou (suprapubická punkce) (2, 3, 11).

2.1.6 Tranzitorní inkontinence

Jde o přechodný typ inkontinence, která souvisí s úrazy, některými onemocněními a používáním některých typů léčiv. Také může souviset s psychickými poruchami. Bývá také u nepohyblivých pacientů, dlouho ležících (2, 3, 11).

2.1.7 Enuresis nocturna

Noční pomočování není ničím výjimečným u dětí před desátým rokem věku. Bývá časté i v dospívání. Často souvisí s vrozenou vadou páteře, kde i přes léčbu se většině postižených nepodaří plně ovládat močový měchýř. Enuréza se vyskytuje převážně u chlapců. Do věku dvou až tří let je noční pomočování považováno za přirozený jev. Dítě se vyvíjí a učí rozpoznávat signály naplněného močového měchýře. Později se tento jev stává závažným problémem. S věkem počet takto postižených dětí klesá, ve čtyřech letech je to okolo 30 %, v šesti letech 10 %, ve dvanácti letech 3 % a v osmnácti 1 % dospívajících. Příčinou může být pozdní vývoj nervově-svalových struktur dolních močových cest nebo onemocnění dolních močových cest. Může vzniknout i později, kdy psychickým vlivem mizí vědomá kontrola močení ve spánku (2, 3, 11).

3 Příčiny inkontinence

Inkontinence moči může mít celou řadu příčin. U žen v pokročilejším věku často vzniká vlivem dlouhodobého působení různých rizikových faktorů a některých chorob. U dospívajících dívek a mladých žen může vzniknout jako pozdní následek uroinfekce po započetí sexuálního života. Ve většině případů nekontrolovaného úniku moči z měchýře je důvodem porucha uzávěrového aparátu močového měchýře, zevního svěrače, ochabnutí svalů pánevního dna i močové trubice. K tomu zpravidla dochází v důsledku protrahovaných a opakovaných porodů. Nezřídka je příčinou například těžká fyzická námaha. Důvodem vzniku inkontinence mohou být i vrozené anomálie, úrazy, nemoci postihující důležité struktury dolních močových cest a pánve, nemoci postihující nervové struktury zajišťující správnou funkci močových cest atd. Může se jednat také o příznak jiných chorobných stavů (cukrovka, roztroušená skleróza), následek ozařování

nebo náročného operačního výkonu v oblasti malé pánve, nejčastěji pro léčbu nádorových onemocnění (2, 3, 4, 10, 11).

3.1 Rizikové faktory

Dnes je již známo poměrně velké množství rizikových faktorů a predisponujících stavů, které jsou spojeny se zvýšeným výskytem močové inkontinence. Většina těchto faktorů může být vhodnými a včasnými opatřeními příznivě ovlivněna.

3.1.1 Predisponující rizikové faktory

Vrozená nedostatečnost vaziva souvisí často se vznikem stresové inkontinence moči. Při tom bývají přidruženy varixy dolních končetin, bércové vředy, kýly, pedes plani a jiné.

Rodinná dispozice - dědičnost může sehrát roli při rozvoji inkontinence, je-li inkontinentní matka nebo starší sestra, pravděpodobnost inkontinence se zvyšuje trojnásobně. Pokud je inkontinentní matka a babička, je riziko ještě vyšší.

Pohlaví - ženy trpí inkontinencí daleko častěji než muži, a to obzvlášť stresovou. U žen nad 60 let až 2x více. U mladších žen je výskyt 3–7x vyšší.

Rasa - nedávné americké studie zjistily větší sklon k inkontinenci u bělošských žen.

Anatomické, neurologické a svalové abnormality - vrozené defekty dolních močových cest postihující oblast močové trubice, pochvy a močovodů mohou způsobovat různý stupeň inkontinence. Vrozené neurologické poruchy či traumata mozku a míchy mohou být další příčinou inkontinence (2, 3, 4, 11).

3.1.2 Vyvolávající rizikové faktory

Těhotenství, porody - těhotenství má prokázanou souvislost s vyšším výskytem stresové inkontinence, a to až o 85 %. Po porodu obtíže v řadě případů vymizí, ale ženy, které rodily, mají vyšší predispozici k inkontinenci v dalším životě. Během porodu mohou být poškozeny nervy, vazivové a svalové struktury pánevního dna. Riziko inkontinence zvyšuje epiziotomie (nástřih hráze) a porod s pomocí nástrojů (forceps a vakuumextrakce). Prevencí inkontinence není císařský řez prováděný v průběhu porodu, kdy je již tlak na pánevní dno, ale císařský řez provedený ještě před začátkem porodní činnosti působí preventivně před vznikem inkontinence moči. Nejvýznamnější

vliv na vznik inkontinence má průběh prvního těhotenství a porodu. U vícerodiček je rozdíl jen nepatrný, v pozdějším věku se rozdíly ve výskytu inkontinence mezi skupinami žen postupně stírají.

Nežádoucí účinky pánevní chirurgie a radioterapie - pánevní chirurgie má významný vliv na vznik inkontinence, způsobuje nervová a svalová poškození v různém rozsahu. Se zaváděním nových moderních technik se výsledky léčby významně zkvalitnily (2, 3, 4, 11).

3.1.3 Podporující rizikové faktory

Obezita - představuje dobře známý faktor podílející se na vzniku inkontinence. Zvýšený nitrobřišní tlak při nadváze se jednak přenáší na dolní močové cesty a vede k trvalému přetížení a přepětí svalstva pánevního dna s následným oslabením svalové a pojivové tkáně.

Poruchy pánevního dna – descendsus až prolaps pánevních orgánů velmi úzce souvisí s inkontinencí. Vaginální descensus je změna polohy přední či zadní stěny poševní. Prolaps dělohy je její pokles ze správné anatomické pozice. Prolaps může v některých případech maskovat insuficietní uzávěrový mechanismus uretry, který se projeví až po korekci prolapsu. Léčba prolapsu musí být proto komplexní s ohledem na zajištění močové kontinence.

Plicní onemocnění a kouření - podle klinických studií kuřačky trpí inkontinencí 2-3x častěji. Důvodem je pravděpodobně souvislost s chronickým kašlem a usilovným vykašláváním a tím zvýšeným nitrobřišním tlakem, který se přenáší na měchýř.

Infekce močových cest - přechodná inkontinence může být zapříčiněna močovou infekcí. Chronické močové infekce pak mohou negativně ovlivnit funkci dolních močových cest.

Postmenopauza - při přechodu z premenopauzy do stavu postmenopauzy a vlivem s tím souvisejícího estrogenního deficitu může docházet k atrofii sliznic v oblasti pochvy a uretry. Negativní dopady na funkci dolních močových cest má také suchost vaginální sliznice, která může přispívat ke zvýšené náchylnosti k močovým infekcím.

Léky - vliv vedlejších účinků některých léků se může přímým či nepřímým efektem podílet na narušení kontinence. Alkohol má diuretický efekt. Diuretika mohou nárazově zvýšit objem moči a tím zhoršit frekvenci a urgenci močení. ACE inhibitory mohou vést ke kašli se zvyšováním nitrobřišního tlaku. Antihypertenziva ze skupiny alfa-blokátorů

mohou zhoršovat stresovou inkontinenci. Řada léků způsobuje zácpu, která má vliv na nitrobřišní tlak a tím i kontinenci (2, 3, 4, 11).

3.1.4 Dekompenzující rizikové faktory

Jsou to faktory, které samy o sobě inkontinenci nezpůsobují, ale zvyšují pravděpodobnost jejího vzniku.

Věk - stárnutí není přímou příčinou vzniku inkontinence. Ve stáří se obvykle zmenšuje kapacita močového měchýře a zhoršuje kvalita struktur a funkcí pánevního dna. Ve vyšším věku přibývají další faktory, které negativně ovlivňují funkci dolních močových cest, např. cukrovka, demence, poškození pohybového aparátu.

Demence, debilita - v pečovatelských domech prováděné studie prokazují souvislost demence a poruchy kognitivních funkcí s vyšším výskytem inkontinence moči.

Komorbidity, vlivy prostředí - kardiovaskulární problémy, městnavá srdeční slabost, cerebrovaskulární poruchy, cukrovka a řada dalších onemocnění vedou ke zvýšenému riziku močové inkontinence. Zhoršená mobilita, změny v rozmístění nábytku nebo obtížná dosažitelnost toalety mohou vést k neschopnosti udržení moči (2, 3, 4, 11).

4 Diagnostika inkontinence

Diagnostika obsahuje zjišťovací a vyšetřovací postupy, které mají za cíl pojmenování a správné zařazení potíží nebo nemoci. Stanovení správné diagnózy má zásadní význam pro zvolení nejvhodnějších léčebných postupů. V klasifikaci inkontinence se využívá komplexního přístupu s využitím široké škály dostupných metod od jednoduchých klinických testů až po náročná přístrojová měření a zobrazovací metody.

První základní, orientační vyšetření a diagnostiku většinou provádí praktický lékař, který pacientku může začít léčit sám nebo ji odešle k odbornému lékaři. Spolupráce lékařů a pacientky je velmi důležitá pro správný výsledek diagnózy a léčby.

Diagnostikou močové inkontinence by se měl zabývat odborný lékař, který má zkušenosti v oboru urogynekologie, má k dispozici speciální přístroje. Pro urogynekology existuje doporučený postup v diagnostice a léčbě, jde o tzv.

urogynekologický protokol. Tento protokol vychází ze zkušeností a vede nejspolehlivější a nejkratší cestou k diagnóze.

Je velmi důležité se inkontinencí moči zabývat. Je třeba, aby pacientka se svým lékařem mluvila o problému, který má. Mohl by být příznakem jiného, závažnějšího onemocnění.

Úspěch léčby závisí zejména na poznání příčiny inkontinence (1, 2, 3, 4, 11).

4.1 Anamnéza

Je prvním a hlavním krokem ke zjištění faktorů vyvolávajících obtíže pacientky a aktuálních symptomů jejích obtíží.

Otázky lékaře jsou cíleně vedeny ke zjištění typických znaků jednotlivých typů inkontinence, závažnosti a návaznosti úniku moči na určitou činnost. Lékař zjišťuje jaký je stav inkontinence, její frekvence a množství úniku moči. Důležitým údajem je, zda má pacientka pocit nucení na močení těsně před únikem moči, který nelze zastavit. Což je typickým znakem pro urgentní inkontinenci. U stresové inkontinence moč unikne bezprostředně po faktoru, který ji vyvolá.

Lékař se dále ptá na rizikové faktory, které mohly přispívat ke vzniku inkontinence moči. Zajímá se o prodělané infekce dolních močových cest, gynekologické záněty, menstruaci a vztah potíží s udržením moči k ní, počet a průběh porodů a potratů (poranění a jejich ošetření), jiné prodělané operace a jejich komplikace. Důležité jsou neurologické obtíže a jiná celková onemocnění nejen u pacientky, ale i v rodině.

Lékař se také ptá na její pracovní podmínky, činnosti ve volném čase, pohybovou aktivitu, rodinné zázemí a sexuální život. V těchto případech je důležité znát psychický dopad na pacientku, protože psychický stres některé potíže zhoršuje.

Rozhovor s pacientkou je velmi významným počátkem léčby, když je dobře a detailně provedený, usnadňuje další postup diagnostiky i léčebných postupů. Protože výsledek rozhovoru nemusí přinést jistou charakteristiku inkontinence, využívá se dalších objektivních metod.

Anamnéza je velmi nápomocná diagnóze, pomáhá zejména k rozlišení dvou základních typů inkontinence moči. Stresové inkontinenci často odpovídají nálezy jako vrozená slabost vaziva, nedostatek pohybu, nevhodná jednostranná práce, obezita, chronický kašel, chronická zácpa. Potíže často začínají ve středním věku. Urgentní inkontinence se týká spíše psychická zátěž, opakované infekce, narušený spánek

z důvodu nucení na močení, gynekologické operace. Začátek obtíží bývá v mládí a ve stáří. Psychika bývá zásadní u urgentního typu inkontinence. Pacientky mívají zafixovanou nežádoucí reakci např. na tekoucí vodu, blízkost toalety nebo naopak vědomí, že v blízkosti žádná toaleta není, ale může to být i kašel, kýchnutí nebo změna polohy (typická je urgence bezprostředně po opuštění lůžka) (3, 4).

4.2 Vyšetření pomocí mikčního deníku či dotazníků

Tyto vyšetřovací metody dávají objektivní a přehledné informace o potížích. Dotazníky jsou standardizované s vyhodnocením skóre. Známý je například Gaudenzův dotazník. Vyhodnocením Gaudenzova dotazníku se snažíme upřesnit, o jaký typ inkontinence se jedná nebo jaký typ obtíží převládá. Další dotazníky pak přispívají ke sledování stavu a hodnocení úspěšnosti léčby.

Mikční deník je důležitou pomůckou pro lékaře, zaznamenává se do něj příjem tekutin a výdej za 24 hodin, ale také urgence a inkontinence. Pacientka může popisovat i průběh a případně příčinu inkontinence. Všechny informace pomáhají lékaři v diagnostice, zjištění příčiny a volbě léčby. Pomáhá také po léčbě pro srovnání a objektivní zhodnocení, jak se stav pacientky zlepšuje (3, 4).

4.3 Fyzikální, biochemické a bakteriologické vyšetření

Lékař nejprve zhodnotí celkový stav organismu pacientky a to: poměr váhy a výšky, hybnost, neurologický stav. Pro zhodnocení neurologického stavu může provést orientační vyšetření zornic, dále sleduje, zda nemá poruchy čití, hybnosti nebo rovnováhy. Případně může pacientku odeslat na neurologické vyšetření.

Dále lékař provede zevní gynekologické vyšetření a hodnotí vzhled zevních rodidel (vrozené vady, operační změny, opruzení, posuzuje ústí močové trubice, různé zatvrdliny, výrůstky a jiné odchylky). Pokud má pacientka potíže s vymočením, může mít například pozánětlivě zúženou močovou trubici. Pak lékař provádí vyšetření pomocí kalibrační sondy, což je tyčinka s koncovým rozšířením ve tvaru maličké olivy. Využívá sadu takovýchto sond od nejmenších po větší, zjišťuje průsvit močové trubice. Průměr močové trubice udává poslední olivka, kterou je možné bez odporu a bez bolesti odstranit. Pokud je močová trubice zúžená, tak ji lékař může za místní anestesie rozšířit (dilatovat) do původní podoby, aby mohla moč bez obtíží odtékat.

Následuje vaginální gynekologické vyšetření v zrcadlech. Lékař hodnotí stav děložního hrdla, kvalitu sliznice pochvy a jestli nedochází k poklesu vaginálních stěn.

Lékař dále provádí kultivační vyšetření stěru z pochvy. Je to z důvodu možného přenesení infekce z pochvy do močové trubice až močového měchýře. V močovém měchýři mohou bakterie způsobovat zánět – cystitidu. Zánět se projevuje v akutní formě častým nucením na močení, močením v noci, bolestí v podbřišku, pálením při močení, pocitem neúplného vymočení a zvýšenou únavností. V chronické formě je nenápadný, bakterie dlouhodobě dráždí močový měchýř a působí na vznik urgentní formy inkontinence. Úbytkem ženských sexuálních hormonů v postmenopauze je způsoben nárůst výskytu močových infekcí. Hormony zvyšují odolnost sliznice proti infekci. U mladých žen se močová infekce získává obvykle při sexuálních aktivitách. Vyšetřením středního proudu moči se získá jen informace, zda v močových cestách infekce je nebo ne. Pro zjištění, o jakou jde infekci, se provádí kultivační vyšetření ze vzorku odebraného štětičkou z dolní třetiny močové trubice. Obavami z pomočení inkontinentní ženy snižují pitný režim a s tím souvisí i močení. Když méně močí, močovou trubicí neprochází dostatečné množství moči na to, aby se močová trubice čistila a bakterie se tak snáze množí a zhoršuje se i problém s inkontinencí.

Lékař vyšetřuje také palpačně, zjišťuje uložení orgánů v malé pánvi (vaječníků), přítomnost neobvyklých útvarů (myomů) a zda není ochablé svalstvo dna pánevního. Pokud je svalové dno pánevní ochablé, doporučuje lékař jeho posilování tzv. gymnastiku pánevního dna. Cvičení je doporučováno hlavně preventivně mladým ženám, které měchýř ovládají, ale hrozí u nich větší riziko vzniku inkontinence (2, 3, 4).

4.4 Klinické testy

Marschallův test – bývá součástí tzv. urodynamického vyšetření, při kterém se ověřuje minimální náplň 200 ml, která je důležitá pro toto vyšetření. Pacientka je mírně rozkročena nad papírovou podložkou, na které se sleduje množství uniklé moči při krátkém zakašlání.

Bonneyho test – v tomto testu se zjišťuje, zda má smysl operace. Lékař široce rozevřenými prsty vyzvedává přední stěnu poševní proti stydké kosti ve výši hrdla močového měchýře. Je to z důvodu možného stlačení uzávěru močové trubice mechanicky a falešnému výsledku. Tento test se provádí při kašli ve stoje.

Q tip test – zjišťuje pohyblivost močové trubice. Uvolněním vazivového aparátu se zvyšuje pohyblivost močové trubice. Uvolnění se projevuje velkým úhlem osy močové trubice při jejím uvolnění a stlačení při silném zakašlání. Pomocí úhloměru se změří úhel sterilní skleněné tyčinky nebo rovné cévky zasunuté do močové trubice.

Pad-weight test – test vážení vložek je jednoduché objektivní změření úniku moči. Používá se jak v diagnostice, tak i k hodnocení úspěšnosti léčby. Pacientka po vypití určitého množství tekutin (500ml) provádí činnosti, které provokují únik moči. Při hodinovém testu: 30 minut chodí, za dalších 15 minut 10x vstane ze sedu, 10x silně zakašle, 1 minutu běhá na místě. Test je hodinový nebo dvouhodinový, ale může být také 24 hodinový, při delším testu se přidávají činnosti provokující únik moči. Před testem a po něm se zváží vložky na přesné váze. Test je pozitivní při nárůstu váhy vložek o více než 2 gramy (2, 3, 4).

4.5 Urodynamická vyšetření

Funkční vyšetření, které pomocí poměrně jednoduchých fyzikálních principů, jako je měření tlaku a objem průtoku, hodnotí transport moči, kapacitu močového měchýře, zvýšenou citlivost receptorů ve stěně močového měchýře, přítomnost mimovolních stahů svaloviny močového měchýře a řadu dalších parametrů, které jsou důležité v diagnostice poruch funkce dolních močových cest. Využívaných metod je několik, každá dává určitou představu o funkčním stavu močových cest. Historie urodynamických metod je stará více než 120 let. Největšího rozvoje se dočkala v posledních třiceti letech za pomoci moderního bioinženýrství a měřící techniky napojené na počítače.

Plnicí cystometrie – nejužívanější urodynamická metoda ke zhodnocení vztahu mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře. Od tlaku intravezikálního se odečítá tlak nitrobřišní, tím dostaneme vlastní tlak vyvíjený stěnou měchýře. Měření se provádí vleže na zádech za pomoci speciálního katétru zavedeného transuretrálně do močového měchýře a různou rychlostí se kapalným či plynovým médiem plní močový měchýř. Během vyšetření se k vyvolání netlumeného stahu detruzoru provádějí různé provokační manévry jako je zakašlání, změna polohy, poklep nad symfýzou a podobně. Posuzují se také subjektivní pocity pacientky jako tlak, bolest, vnímání tepla a chladu. Zaznamenává se křivka, na které se vyznačuje bod, kdy pacientka poprvé ucítí nucení

na močení, a dále stav maximálního naplnění močového měchýře. Maximální náplň močového měchýře bývá snížena u urgentního typu inkontinence moči.

Uretrální tlakové profily (profilometrie) – jde o záznam tlaků v průběhu močové trubice během počítačem řízeného pomalého vysouvání zavedené cévky ven z močového měchýře. Zaznamenává se křivka, na které je znázorněn úsek, po který tlak v močové trubici převyšuje tlak v měchýři, nazývá se funkční délka uretry (část kde je pozitivní uzavírací tlak). Normálně to bývá 3 – 3,5 cm, tedy o něco méně než je skutečná anatomická délka. Využívá se zejména měření tzv. stresového profilu uretry. Tlaky se snímají za dynamických podmínek (kašel apod.) a vyhodnocují se tlakové změny v měchýři a močové trubici. Podle zjištěných hodnot se objektivizuje přítomnost stresové inkontinence a stupeň její závažnosti.

Leak Poit Pressure (LPP) – je hodnota intravezikálního (nitroměchýřového) tlaku, při němž nastává únik moči z močového měchýře. Závisí na objemu močového měchýře, vyšetření se provádí většinou s 200 ml náplně. Provádí se statický test (klidový) nebo dynamický test (s drážděním kašlem apod.).

Uroflowmetrie - měření hodnot močového proudu. Měří se doba mikce v sekundách, objem mikce v mililitrech, maximální a střední hodnota močového proudu v mililitrech za sekundu a postmikční reziduum. Běžná délka močení je kolem 20ti sekund. Průtok v ml/s nejdříve prudce narůstá, pak se po určitou dobu udržuje stejný, nakonec pozvolna klesá. Pro pacientku toto měření znamená, že se po skončení cystometrie a profilometrie, po kterých má plný močový měchýř, vymočí do na první pohled obyčejného WC, které je ovšem připojené na počítač a vše změří a vyhodnotí. Dále se většinou pomocí ultrazvuku změří postmikční reziduum (zbytková náplň měchýře).

Elektromyografie (EMG) - principem je snímání změn bioelektrických potenciálů, ke kterým dochází při aktivaci svalových vláken. Používají se jehlové elektrody ke snímání potenciálů jednotlivých svalů pánevního dna. Nebo se také používají elektrody, které se zavádějí do pochvy, rekta, uretry, nebo se nalepují na kůži. Ty snímají komplexní aktivitu pánevního dna. Provádí se v kombinaci s urodynamickými metodami (záznam elektrické aktivity svalů pánevního dna během plnění, v průběhu stresových manévrů a při mikci). Využívá se k diagnostice neurogenních poruch kontinence, ale spíše k objektivizaci funkčních změn po léčebné gymnastice (2, 3, 4).

4.6 Zobrazovací metody

Vyšetření ultrazvukem - rychlé a neinvazivní vyšetření ultrazvukem, se provádí perineální sondou přes hráz nebo abdominální sondou přes podbřišek či vaginální sondou zavedenou do pochvy. Tímto vyšetřením se dají zobrazit vztahy mezi jednotlivými orgány malé pánve, jejich stav a také změřit veškeré úhly a vzdálenosti. K vyšetření se dá využít uretrální cévky pro lepší zobrazení ústí močové trubice a také pro naplnění močového měchýře pro jeho rozvinutí a dobré zobrazení.

RTG vyšetření (cystouretrografie) – již od počátku 20tého století vědci zkoušeli možnost snímkování močového měchýře. Pro zobrazení močové trubice je třeba použít kovového řetízku. Na snímku se dají měřit různé úhly, které pomáhají v diagnostice močové inkontinence. Od tohoto vyšetření se ustupuje pro jeho radiační záření a zátěž pacientky spojenou se zavedením řetízku. Ultrazvukové vyšetření je mnohem vhodnější.

Magnetická rezonance - je moderní zobrazovací metoda využívaná od konce 70tých let. Je neinvazivní a má mnoho výhod a možností zobrazení, ale je finančně nákladná (1, 2, 3, 4).

4.7 Endoskopická metoda

Uretrocystoskopie – invazivní metoda, kdy se močovou trubicí zavádí speciální optika s malou kamerou do močového měchýře. Provádí se při podezření na zánět, cizí těleso, nádorové onemocnění apod. Výhodou je, že se pomocí operačního cystoskopu dá odebrat vzorek tkáně k bioptickému vyšetření, či odstranit cizí těleso, např. kamínek (1, 2, 3, 4).

5 Léčba inkontinence

Léčba se liší podle typu inkontinence, kterým žena trpí. Některá opatření jsou přesto společná. Stresová inkontinence moči se léčí převážně operačně a urgentní typ inkontinence moči se léčí téměř výhradně konzervativně. Začít by se mělo léčbou infekce, ta může být příčinou dráždivého měchýře (1, 2, 3).

5.1 Konzervativní léčba

K léčbě inkontinence moči máme mnoho možností nechirurgické léčby jako např. farmakoterapii, rehabilitační metody, užívání nejrůznějších pomůcek apod. Jedním

z nejdůležitějších faktorů je změna životního stylu. Jedná se o redukci rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku inkontinence moči a mohou jí zhoršovat. Mezi tyto faktory patří obezita, kouření, těžká fyzická námaha apod. ICS definuje změnu životního stylu jako: Změny životního stylu zahrnují rozbor a změnu vztahu mezi pacientčinými symptomy a jejím okolím pro léčbu špatných mikčních návyků. Toho může být dosaženo změnou pacientčina chování, jejího prostředí nebo obojího (1, 2, 3, 4).

5.1.1 Hormonální substituční léčba

Působení estrogenů v léčbě inkontinence je předmětem mnoha studií. U postmenopauzálních žen se podávání hormonální léčby osvědčilo. Řada studií prokazuje subjektivní zlepšení příznaků, mají pozitivní vliv na psychiku ženy, celkovou pohodu a zlepšení kvality života. Mají také pozitivní vliv na sebeobnovu sliznice pochvy, močové trubice i močového měchýře, zlepšují jejich prokrvení a výživu. Působí tak proti infekci a pozitivně na uzávěrový mechanismus močové trubice. U vážnějších anatomických změn jejich vliv nestačí.

5.1.2 Gymnastika pánevního dna

Cvičení pánevního dna se doporučuje u méně závažné stresové inkontinence a jako prevence jejího rozvoje po ukončení šestinedělí. U postmenopauzálních pacientek je vhodné ji podpořit substitucí estrogenů. Výsledkem cvičení je zvýšení svalového tonusu, kontrakční síly na základě hypertrofie vláken svalů. Nevýhodou tohoto typu léčby je, že pro dosažení příznivého efektu je nutné tato cvičení provádět důsledně a dlouhodobě. Pro gymnastiku pánevního dna se využívá také přídavných pomůcek např. vaginální konusy. V pochvě jsou udržovány mimovolní kontrakcí svalů pánevního dna.

5.1.3 Elektrostimulace

U urgentní inkontinence tlumí detruzor a u stresové má aktivovat svěrač. Využívá se převážně povrchových elektrod s možností aplikace na kůži, do uretry, vaginálně a rektálně. Různé systémy inervující malou pánev je možné ovlivnit změnou frekvence proudu.

5.1.4 Medikamentózní léčba

Vychází z inervace orgánů močového ústrojí. Převážný vliv sympatiku na uretru a hrdlo močového měchýře, který zajišťuje cestou α-receptoru klidový tonus a posiluje uzávěr uretry, je využíván podáváním periferního selektivního α-sympatomimetika - midodrin, léku ovlivňujícího stresovou inkontinenci. Vliv stimulace β-receptorů sympatiku na relaxaci svaloviny měchýře je využíván při aplikaci β-sympatomimetik – klenbuterol, u urgentní inkontinence, která je léčena hlavně medikamentózně. Při léčbě urgentní inkontinence se využívá placebo efekt, protože je do jisté míry podmíněna psychosomaticky.

5.1.5 Trénink močového měchýře

Je metoda založena na předpokladu psychosomatické etiologie urgence. Cílem je obnovit kontrolu nad aktivitou detruzoru močového měchýře. K tomu slouží nácvik pravidelné mikce. Pacientka začíná zaznamenáváním epizod mikce a inkontinence. Potom trénuje pravidelné povinné mikce s intervalem kratším, než je nejkratší zaznamenaný v deníku. Tyto intervaly pak denně prodlužuje o 30 minut až do dosažení normálního intervalu 4-6 hodin. Tento program trvá 21 dní.

5.1.6 Pesaroterapie

Využívá se převážně u žen, které nemohou podstoupit operační léčbu, žen po opakovaných operacích bez pozitivního efektu, ale také u žen s poklesem či výhřezem rodidel. Pesar má za úkol redukovat nebo odstranit příznaky stresové inkontinence tím, že změní anatomické poměry a zvýší výtokový odpor močové trubice (1, 2, 3).

5.2 Operační léčba

Je vyhrazena převážně pro stresový typ inkontinence. Operovat lze i další typy inkontinence, ovšem s menším výhledem na úspěch. V případě kombinované formy stresové a urgentní inkontinence, je-li prokázán větší podíl stresových faktorů na jejím vzniku. V případě urgentní inkontinence se k operační léčbě přechází až když jsou vyčerpány možnosti léčby konzervativní. Operační léčba stresové inkontinence má za úkol obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních močových cest, zejména

navrátit uretru do oblasti působení intraabdominálního tlaku. První operace má největší naději na úspěch a je nejsnazší (1, 2, 3).

5.2.1 Operační léčba stresové inkontinence moči

Přední poševní plastika je dnes operace určená pouze pro řešení poklesu hrdla močového měchýře spojeného s výrazným vydutím jeho stěny (cystokele). Má mnoho modifikací, principem zůstává vytvoření jakéhosi podpůrného valu pod močovým měchýřem a zúžení pochvy.

Zadní poševní plastika – jejím výsledkem je opět zúžení pochvy, její vyzdvižení a upevnění na původní místo a úprava svalstva pánevního dna. Při správném provedení je funkční efekt dokonalý.

Závěsné suprapubické operace (vezikopexe) – tento typ se doporučuje pacientkám s hypermobilní uretrou bez výrazného prolapsu pánevních orgánů. Nejznámějším typem této operace je otevřená kolposuspenze dle Burcha. Principem operace je elevace a závěs hrdla měchýře a proximální uretry pomocí 2-3 párů nevstřebatelných stehů.

TVT (Tension-free Vaginal Tape - volná poševní páska) je miniinvazivní metodou, určenou pacientkám se stresovou inkontinencí zapříčiněnou hypermobilitou uretry, insuficiencí vnitřního svěrače. V případě smíšeného typu inkontinence řeší pouze typ stresové inkontinence. Jde o ambulantní operaci v lokální analgezii a spočívá v závěsu dolní poloviny uretry speciální páskou s velkou adhezivitou ke tkáním bez nutnosti její fixace. Páska přenáší změny intraabdominálního tlaku na uretru. Páska do tkáně časem vroste. Výkon je úspěšný také u reoperací, u žen s nadváhou, starších pacientek i v kombinaci s jinými výkony.

TVT-O – obturatorní systém – páska prochází skrze foramen obturatum, bezpečně se vyhýbá močové trubici a močovému měchýři (1, 2, 3).

5.2.2 Operační léčba urgentní inkontinence moči

Distenze močového měchýře je pokusem o ovlivnění urgence porušením nervových zakončení ve stěně měchýře s následnou změnou senzorické i motorické funkce ve stabilitu. Provádí se v narkóze. Je používána jen zřídka jako poslední možnost léčby závažné urgentní inkontinence.

Cystoplastika – úprava velikosti a tvaru močového měchýře pomocí záplat z rozstřiženého odňatého kousku střeva. Další možností hlavně v minulosti bylo vyvedení ústí močovodů do tenkého střeva (Brickerova ureteroileostomie). Místo toho se přešlo k novému přístupu a při poškozeném močovém měchýři karcinomem nebo nefunkčním měchýři se nahradí zcela tzv. neovezikou vytvořenou z upravené kličky tenkého nebo tlustého střeva. Náhradní měchýř ústí na povrch těla náhradním otvorem v podbřišku tzv. stomatem, který je kontinentní, pacientka ho vyprazdňuje v pravidelných intervalech zasunutou cévkou. Tato operace se provádí u pacientek, u kterých již není jiné řešení, ale pomůže jim to navrátit se do plnohodnotného života bez omezení a u mladých žen je možné i normální těhotenství (1, 2, 3).

6 Kvalita života

Studiem pojmu kvalita života se v různých oblastech vědy zabývají badatelé nejvíce posledních 30 let. Snaží se najít a identifikovat faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Toto studium má za cíl podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a podmínky, které by umožňovaly lidem žít způsobem, který je pro ně nejlepší.

Definovat pojem „kvalita života“ není vůbec jednoduché, existuje mnoho různých definic z různých úhlů pohledu. Tímto pojmem se v různých souvislostech zabývají vědní disciplíny jako je sociologie, psychologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína a další. Žádná ze známých definic nebyla všeobecně akceptovaná. Kvalitu života nelze hodnotit jen objektivně jako splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je třeba zapojit subjektivní stránku, která se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Jak Payne uvádí: „Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem integrují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“ (8).

Ve zdravotnictví je základem definice zdraví dle WHO (World Health Organization – světová zdravotnická organizace). Zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitu života vnímá jedinec jako své postavení ve světě, ve vztahu k osobním cílům a to podle vlastních

hodnotových systémů a osobních cílů, očekávání, zájmů a životního stylu. Objektivní stránku kvality života lze ztotožnit se životní úrovní, fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života. Má souvislost s očekáváním.

Pacienti, kteří přichází k lékaři, mají často vysoká očekávání změny svého stavu. Míra očekávané změny je často výrazně vyšší, než lze rozumně očekávat. Rozdíl mezi očekávanou a výslednou změnou kvality života po léčbě zásadně ovlivňuje spokojenost pacienta s léčbou. Pacienti často neberou na vědomí, že souvislost mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není tak bezprostřední, jak by se snad mohlo zdát. Změna tělesného stavu je často jen jedním z předpokladů změny kvality života, ve kterou pacient doufá.

Není výjimkou pacient, který subjektivně ztotožňuje svůj neúspěch v životě se svou nemocí. Od léčby očekává nejen odstranění nemoci, ale také odstranění příčiny své nízké životní spokojenosti a příčinu svých neúspěchů (6, 8).

6.1 Kvalita života s inkontinencí moči

Inkontinence moči přináší řadu nepříznivých zdravotních, sociálních, psychologických i ekonomických důsledků, které kvalitu života ovlivňují.

Dle ICS je v definici inkontinence obsažen i aspekt kvality života. U žen trpících inkontinencí moči je důležitý její dopad na kvalitu života. Hodnocení kvality života zahrnuje subjektivní pocit životní spokojenosti, pohody, ale také omezení, která inkontinence moči přináší. Zvláště sociální důsledky a zdravotní problémy spojené s inkontinencí moči.

Většina žen trpících inkontinencí moči se zpočátku snaží tento problém zvládnout sama tím, že sníží příjem tekutin, aby se zmenšilo množství moči. Organismus tak ohrožují dehydratací. Větší ekonomickou zátěží je pro tyto ženy zvýšená péče o hygienu, častá výměna prádla a jednorázové hygienické pomůcky. Problém inkontinence moči má nepříznivý vliv na osobní, partnerské, společenské vztahy i pracovní uplatnění. Inkontinentní ženy se často straní okolí, omezují styk s přáteli a uzavírají se ve svých domácnostech.

Zvláště u starších žen, které mají omezenou pohyblivost, horší zručnost, obtížně komunikují, hůře vidí nebo trpí poruchou paměti, hrozí špatná péče a osamělost až sociální izolace. Inkontinence moči má u těchto žen zvýšené nároky na členy jejich

rodiny, kteří musí zajišťovat výměnu inkontinentních pomůcek a pomáhat nemocné při hygieně.

Ženy, které navštěvují lékaře, se často díky správné péči zdravotníků se svým problémem snáze vyrovnávají, nedělá jim problém o něm komunikovat a řeší ho. Mohou tak pomoci i jiným ženám, které tento problém trápí. Některé ženy by se svému okolí nesvěřily, nepokouší se vyhledat pomoc, bojí se, že budou odbyty tvrzením, že tyto problémy patří ke stárnutí (2, 3, 4. 8).

7 Praktická část

7.1 Cíl práce

Zjistit jaký vliv má inkontinence moči na kvalitu života žen.

7.2 Pracovní hypotézy

H1 - Předpokládám, že inkontinence moči má negativní vliv na psychiku ženy.

H2 - Předpokládám, že ženy trpící inkontinencí moči podřizují svůj životní styl tomuto problému.

H3 – Předpokládám, že inkontinence moči výrazně zhoršuje kvalitu života žen.

8 Metody výzkumu

Praktická část je postavena na dotazníkovém šetření, jehož účelem bylo zhodnotit, jaký má inkontinence moči vliv na kvalitu života. Dotazníková metoda je způsob písemného kladení otázek a získávání odpovědí. Je určena pro hromadné získávání údajů. Pomocí dotazníku lze získat velké množství informací při malé investici času. Problémem může být návratnost dotazníků. Ideálně by měla být vyšší než 75 %.

Tvorba otázek má velký význam, respondent musí plně pochopit, na co je dotazován. Otázky mohou být uzavřené, otevřené či polouzavřené. Pro snazší hodnocení se lépe hodí otázky uzavřené dávající přesně ohraničené možnosti odpovědí. Jejich nevýhodou však může být určitá nepřesnost v důsledku omezení odpovědí.

Údaje, které byly pro tuto práci použity, jsem získala metodou anonymního dotazníku (příloha č.1), který byl rozdán v urogynekologické ambulanci v Ústavu pro

péči o matku a dítě v Praze 4 Podolí (dále jen ÚPMD). Tyto dotazníky vyplňovaly cíleně vybrané ženy s problémem inkontinence moči, bez rozlišení typu inkontinence a způsobu léčby, které navštívily urogynekologickou ambulanci v ÚPMD v období od začátku února do března 2009. Dotazníky jsem respondentkám rozdávala se souhlasem vedení uvedeného pracoviště. Každou respondentku jsem stručně seznámila s obsahem dotazníku a jeho cílem. Dotazník obsahuje 32 otázek, které jsou uzavřeného i otevřeného typu. V první části dotazníku jsou otázky, které se týkají osobních údajů, dále pak otázky týkající se typu a léčby inkontinence, a otázky na změny kvality života spojené s inkontinencí. Na konci dotazníku je prostor pro vyjádření, ve kterém mohly respondentky upozornit na další problémy související s inkontinencí, zhodnotit vlastní stav, či dopsat cokoli, co považují za důležité a týká se to jejich problému.

Vyhodnocení získaných údajů bylo provedeno jednostupňovým tříděním. Výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů pro přehlednost výsledků. U tabulek a grafů je doplněno stručné vysvětlení.

8.1 Popis metod

Metod výzkumu je celá řada. Pro svou práci jsem si vybrala dotazníkovou metodu. Dotazník je nejčastěji používanou metodou pro zjišťování údajů. Tuto metodu jsem použila pro kvantitativní zjišťování informací. Snažila jsem se otázky formulovat srozumitelně pro pacientky, kterých se problém inkontinence moči týká. V dotazníku byl využit otevřený, polootevřený a uzavřený typ otázek. Otázky na sebe logicky navazují. Na začátku dotazníku jsou otázky faktografické (osobní data) a dále otázky týkající se inkontinence moči, jejího vlivu na kvalitu života a změn s tím spojených. Celý dotazník je sestaven tak, aby vyplňování otázek nebylo složité a nezabralo mnoho času i přes vysoký počet otázek.

8.1.1 Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník jsem sestavila sama. Pozornost jsem zaměřila do těchto tématických podskupin: osobní data, informovanost o problematice, klasifikace inkontinence, změny životního stylu spojené s problémem inkontinence. Při tvorbě dotazníku jsem se snažila sestavit jej z otázek, na které je možné odpovědět z vlastní zkušenosti. Dotazník obsahuje 32 otázek. Z těchto otázek je 8 otevřených, 16 uzavřených a 8 polootevřených. U otázek uzavřených je odpověď vybrána z nabídnutých variant. Otázky otevřené jsou

většinou faktografické. Kombinací obou typů jsou otázky polootevřené. V těchto otázkách se respondentky vyjadřovaly k jednotlivým variantám, ale svoji odpověď mohly dle potřeby doplnit.

S informacemi získanými od respondenek jsem nakládala diskrétně, v práci ani v dotazníku jsem nepoužila žádná jména ani data narození. Všechny respondentky byly seznámeny s anonymním zařazením do mé práce.

Získané informace z vyhodnocených dotazníků byly zpracovány jednostupňovým tříděním a vzájemným porovnáváním. Výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů, ke kterým je přidáno stručné vysvětlení.

8.2 Organizace výzkumu

Dotazníky jsem rozdávala ženám trpícím inkontinencí moči, které navštívily urogynekologickou ambulanci v ÚPMD. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků. Dotazníky jsem rozdávala od února do března 2009. Rozdávala a sbírala jsem je osobně, což mi zaručilo 100% návratnost.

8.3 Charakteristika souboru

Respondentkami byly cíleně vybrané ženy, které dochází do urogynekologické ambulance v ÚPMD. Vybírala jsem ženy, které trápí močová inkontinence bez rozlišení typu a bez ohledu na stadium léčby.

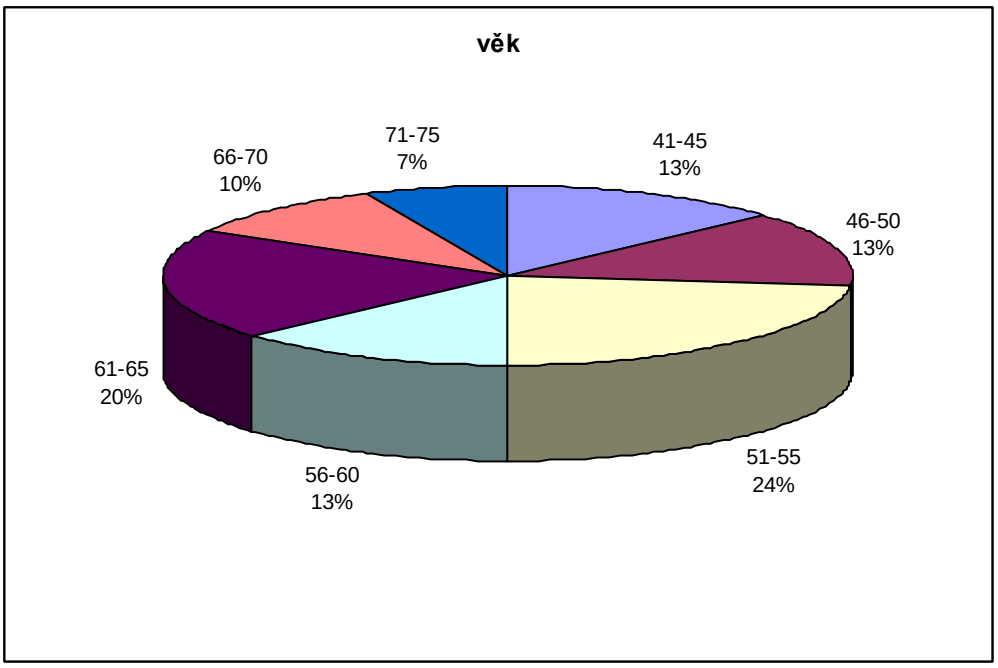
8.4 Výsledky – jednostupňové třídění

V této části práce jsou zpracovány údaje z vyplněných dotazníků. Některé položky jsou vyhodnoceny formou tabulek a grafů, které jsou doplněny stručným vysvětlením.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1

	počet žen	v procentech
41-45	4	13 %
46-50	4	13 %
51-55	7	23 %
56-60	4	13 %
61-65	6	20 %
66-70	3	10 %
71-75	2	7 %
∑	30	100 %



Graf 1

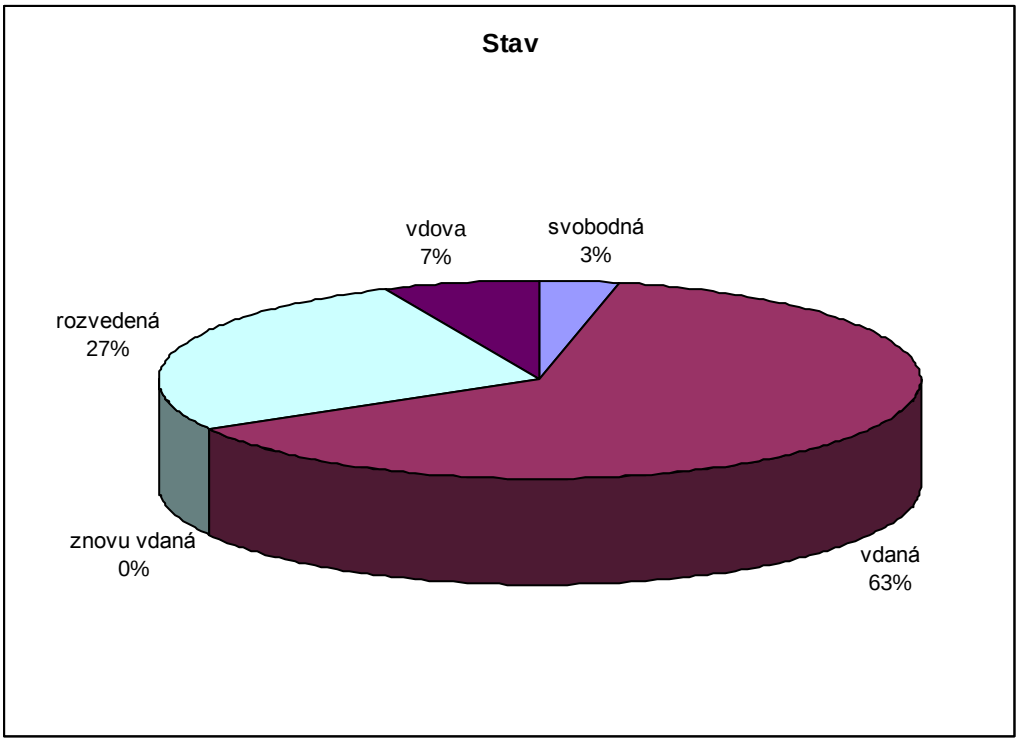
Šetření se zúčastnilo 30 žen ve věku 41 až 72 let. Podle věku jsem respondentky rozdělila do věkových kategorií. Všechny věkové kategorie jsou zastoupeny přibližně rovnoměrně. Blíží se průměrné hodnotě četnosti 4,3 žen. Nejvíce žen je v kategorii 51 – 55 let, a to 7 (23 %). Naopak nejméně v kategorii 71 – 75, kde jsou 2 (7 %) ženy.

Otázka č. 2: Jaký je Váš rodinný stav?

a) **svobodná**
b) **vdaná**
c) **znovu vdaná**
d) **rozvedená**
e) **vdova**

Tabulka 2

	počet žen	v procentech
svobodná	1	3 %
vdaná	19	63 %
znovu vdaná	0	0 %
rozvedená	8	27 %
vdova	2	7 %
∑	30	100 %



Graf 2

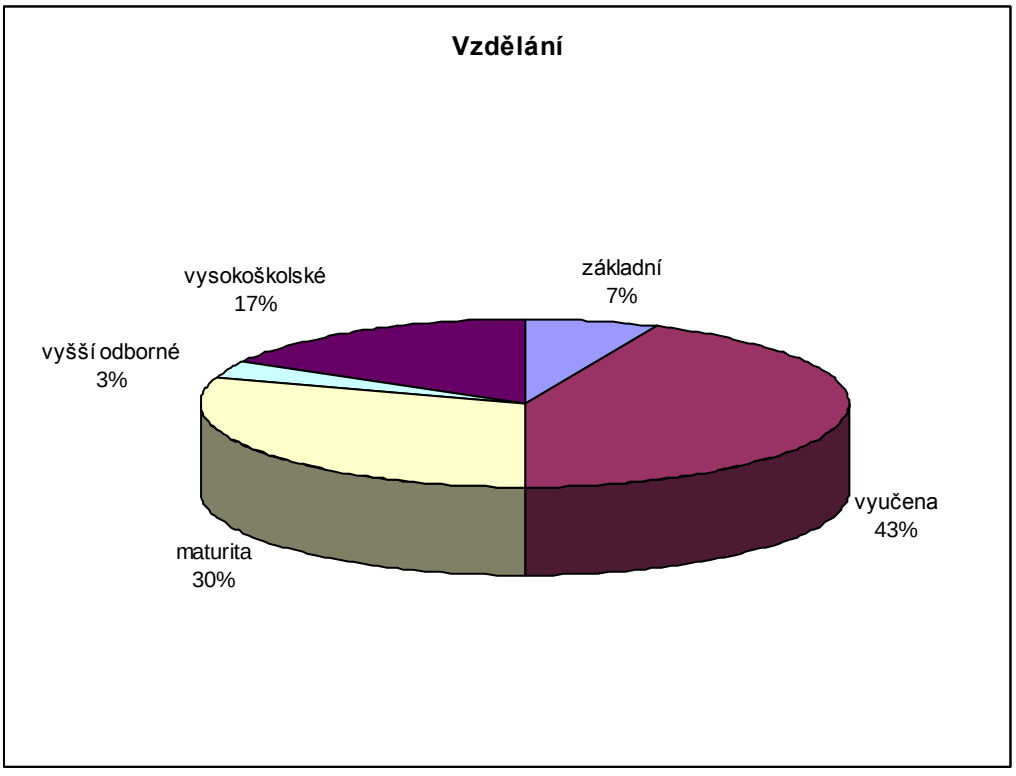
Ze 30ti (100 %) zúčastněných žen v šetření bylo 19 (63 %) vdaných, 8 (27 %) rozvedených, 2 (7 %) vdovy a 1 (3 %) svobodná. Žádná z respondentek nebyla znovu vdaná.

Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání:

a) **základní**
b) **vyučena**
c) **maturita**
d) **vyšší odborné**
e) **vysokoškolské**

Tabulka 3

	počet žen	v procentech
základní	2	7 %
vyučena	13	43 %
maturita	9	30 %
vyšší odborné	1	3 %
vysokoškolské	5	17 %
∑	30	100 %



Graf 3

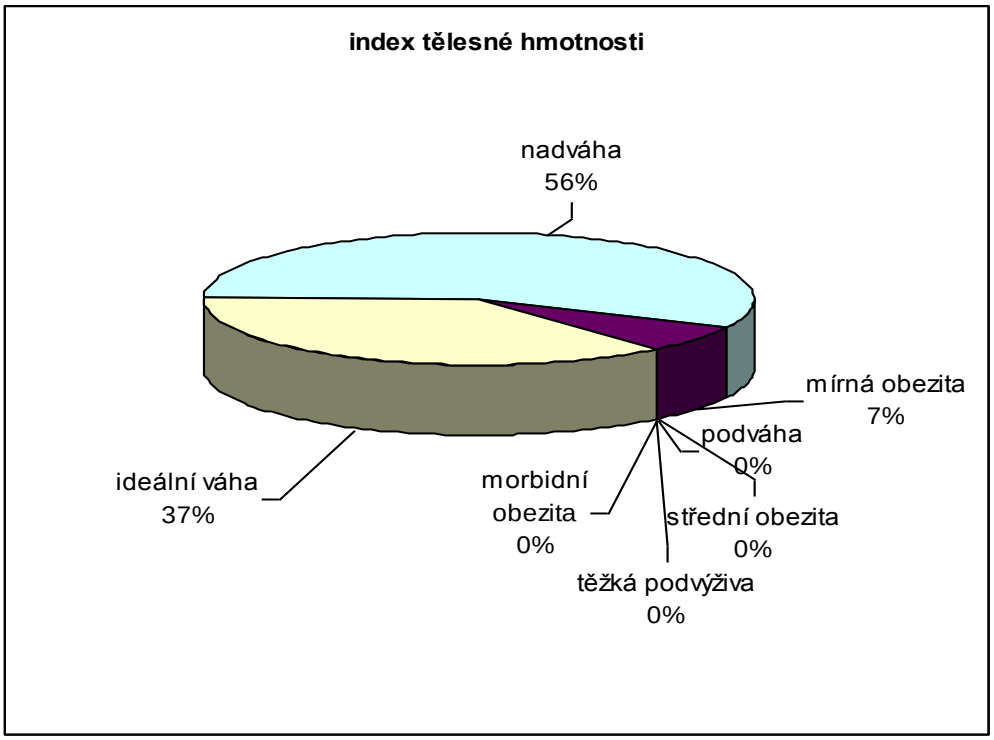
Respondentkami byly většinou ženy vyučené 13 (43 %) nebo s maturitou 9 (30 %). Dále 5 (17 %) s vysokoškolským vzděláním, 2 (7 %) se základním vzděláním a jedna (3 %) s vyšším odborným vzděláním.

Otázka č. 4 a 5: Kolik vážíte, kolik měříte?

Index tělesné hmotnosti

Tabulka 4

Kategorie	**Rozsah BMI – kg/m^2**	Počet respondentek v kategorii	Počet respondentek v kategorii v %
těžká podvýživa	BMI ≤ 16,5	0	0 %
podváha	16,5 – 18,5	0	0 %
ideální váha	18,5 – 25	11	37 %
nadváha	25 – 30	17	56 %
mírná obezita	30 – 35	2	7 %
střední obezita	35 – 40	0	0 %
morbidní obezita	BMI > 40	0	0 %



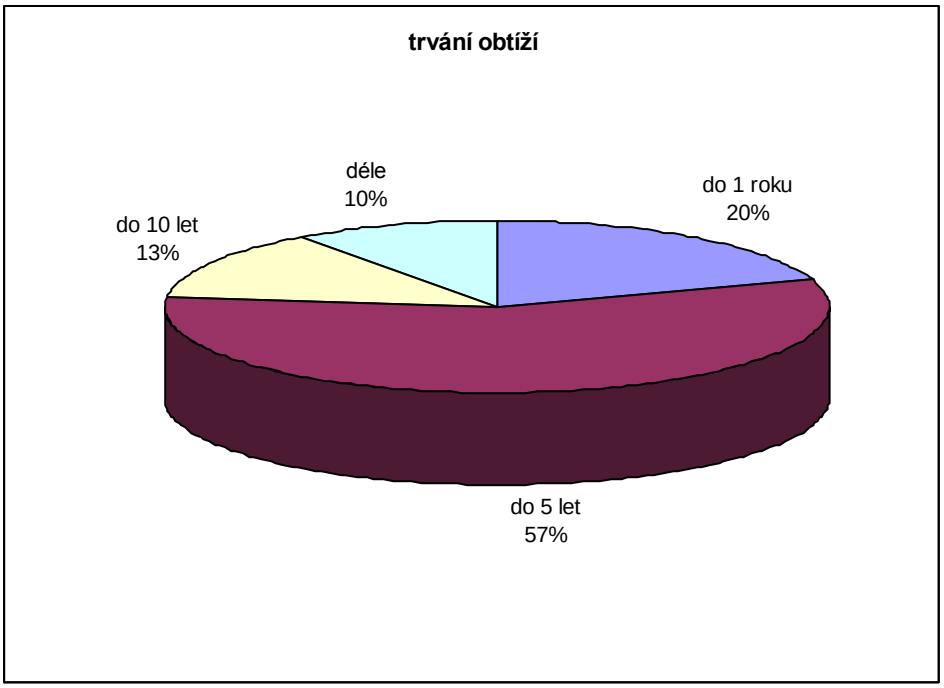
Graf 4

V literatuře se často uvádí jako příčina problému inkontinence moči obezita, proto jsem u respondentek, které vyplnily dotazník, vypočítala index tělesné hmotnosti (dále jen BMI). Z výsledků je patrné, že většina 17 (57 %) žen má nadváhu, ale obezitu mají jen 2 (7 %). Naopak 11 (37 %) žen má ideální váhu. Výpočet a informace o BMI jsou v příloze.

Otázka č. 6: Jak dlouho máte problémy s únikem moči?

Tabulka 5

	počet žen	v procentech
do 1 roku	6	20 %
do 5 let	17	57 %
do 10 let	4	13 %
déle	3	10 %
∑	30	100 %



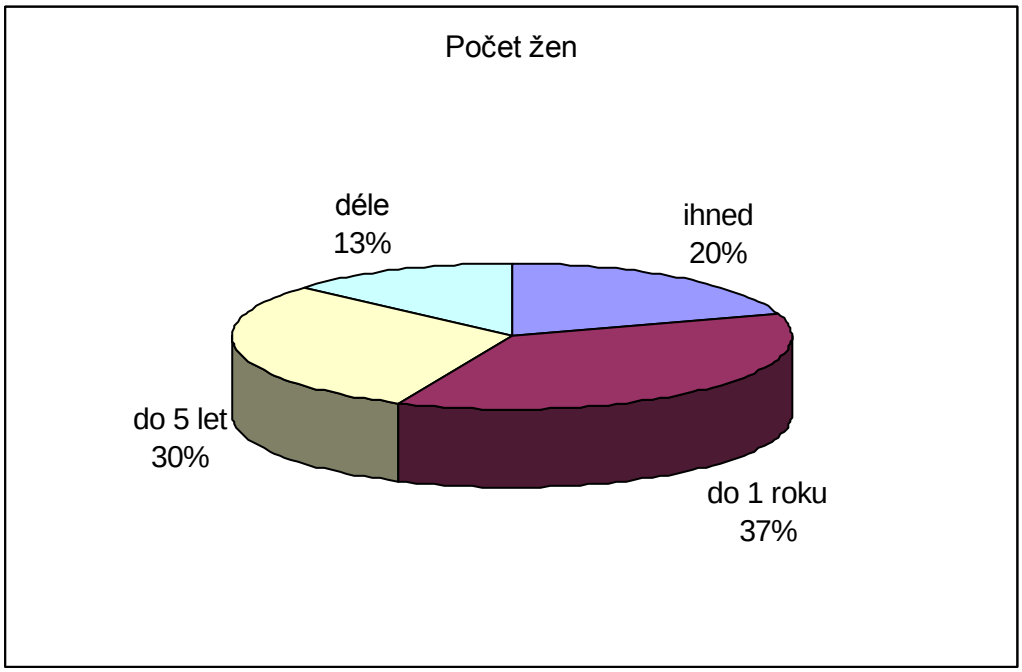
Graf 5

Do jednoho roku trápí inkontinence moči 6 (20 %) žen. Více než polovinu 17 (57 %) žen trápí tento problém méně než 5 let, ale déle než rok. Mezi 5ti a 10ti lety trápí 4 (13 %) ženy a déle než 10 let 3 (10 %) ženy.

Otázka č. 7: Za jak dlouho od počátku problému jste vyhledala lékařskou pomoc?

Tabulka 6

	počet žen	v procentech
ihned	6	20 %
do 1 roku	11	37 %
do 5 let	9	30 %
déle	4	13 %
∑	30	100 %



Graf 6

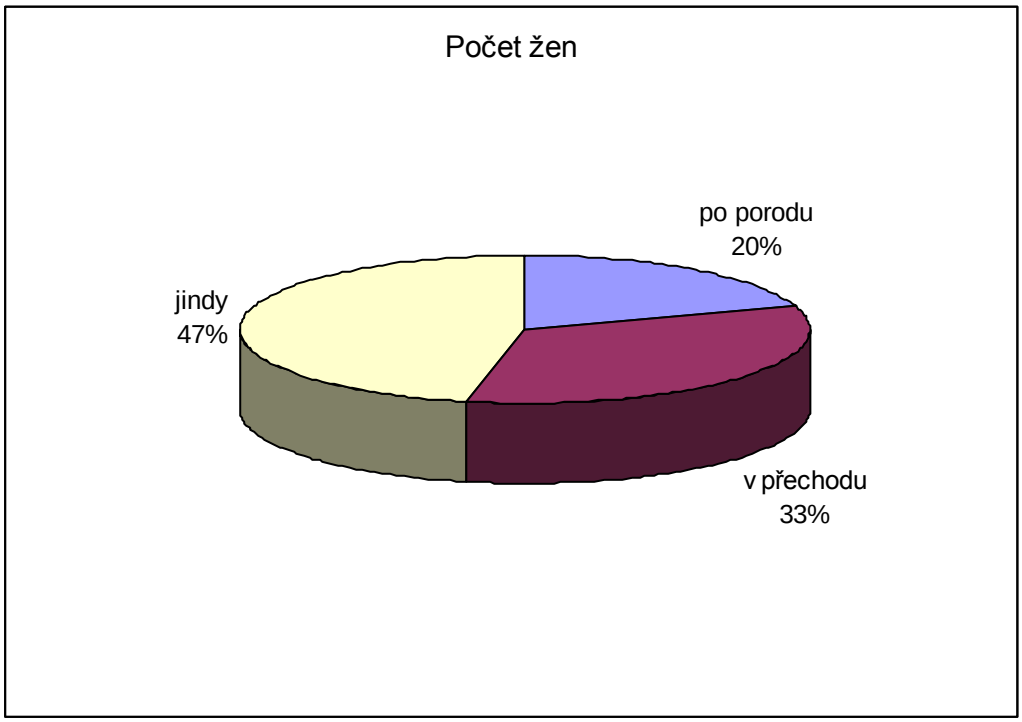
Více než polovina 17 (57 %) žen, které vyplnily dotazník, začala s léčbou do 1 roku od počátku obtíží inkontinence moči. 6 (20 %) z celkového počtu se začalo léčit ihned jak u nich problémy začaly. Do jednoho roku začalo s léčbou 11 (37 %) žen. Více než po roce, ale do 5ti let navštívilo lékaře 9 (30 %) žen a déle než 5 let odkládaly návštěvu lékaře 4 (13 %) ženy.

Otázka č. 8: Po jaké události se u Vás únik moči objevil poprvé?

a) **po porodu**
b) **v přechodu**
c) **jindy**

Tabulka 7

	počet žen	v procentech
po porodu	6	20 %
v přechodu	10	33 %
jindy	14	47 %
∑	30	100 %



Graf 7

Problém inkontinence moči začal u 6 (20 %) žen, jak uvedly v dotazníku, po porodu, větší část 10 (33 %) udává, že začátek tohoto problému nastal v přechodu a nejvíce žen 14 (47 %) označilo jindy. Ženy, které označily odpověď jindy, doplnily po jaké události se u nich únik moči objevil. Ve většině případů zde bylo doplněno, že po gynekologické operaci, jako další byla u jedné pacientky odpověď, že ji inkontinence moči trápí již od dětství.

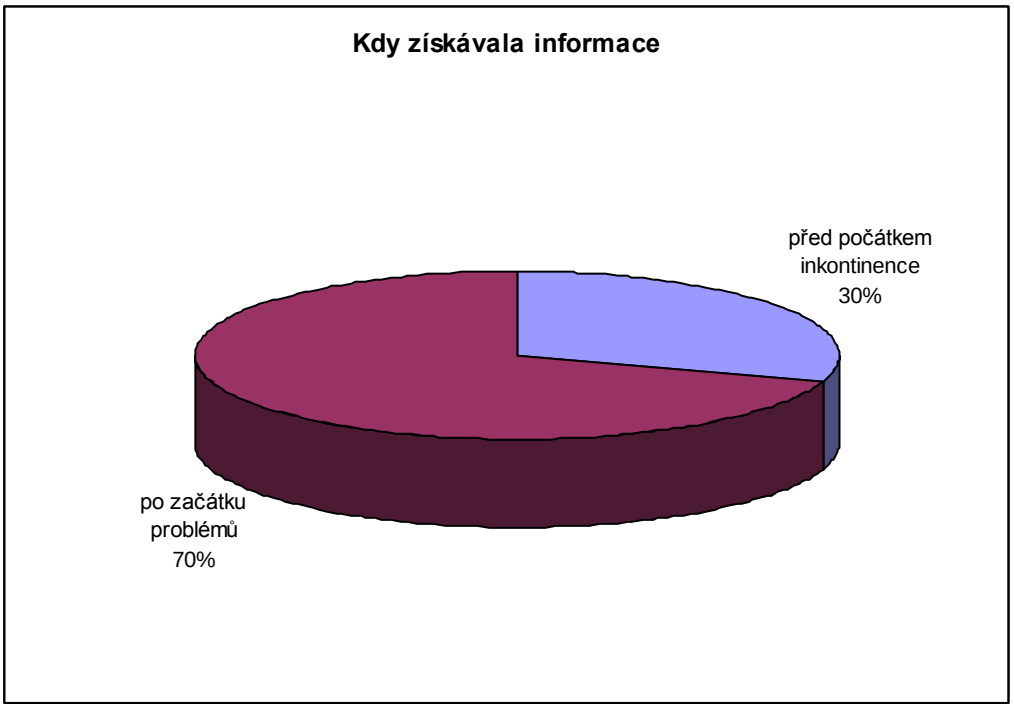
Otázka č. 9: Kdy jste získala informace o problému?

a) **již před počátkem inkontinence**

b) **když jsem začala mít problémy**

Tabulka 8

	počet žen	v procentech
před počátkem inkontinence	9	30 %
po začátku problémů	21	70 %
∑	30	100 %



Graf 8

Většina dotazovaných žen se o informace týkající se inkontinence moči začala zajímat až po počátku svého problému. Na tento dotaz odpovědělo 9 (30 %) žen, že získávaly informace již před počátkem problému a 21 (70 %) žen získávalo informace až když se u nich inkontinence projevila.

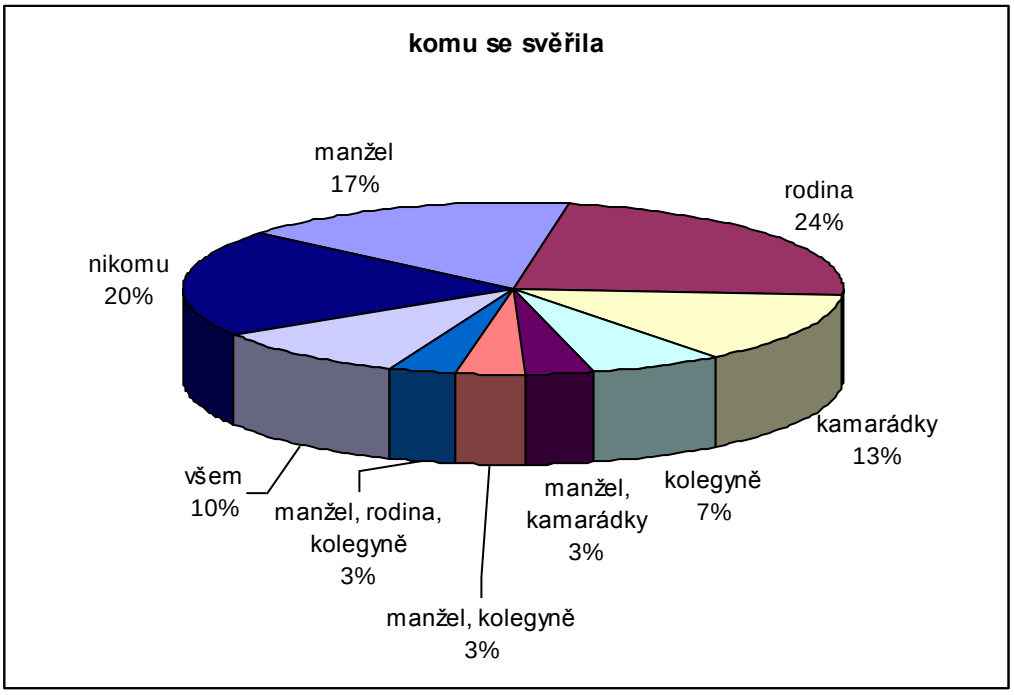
Otázka č. 10: Svěřila jste se někomu o svém problému? (manžel, rodina, kamarádky, kolegyně...)

a) ano, komu?

b) ne

Tabulka 9

	počet žen	v procentech
manžel	5	17%
rodina	7	23%
kamarádky	4	13%
kolegyně	2	7%
manžel, kamarádky	1	3%
manžel, kolegyně	1	3%
manžel, rodina, kolegyně	1	3%
všem	3	10%
nikomu	6	20%
∑	30	100%



Graf 9

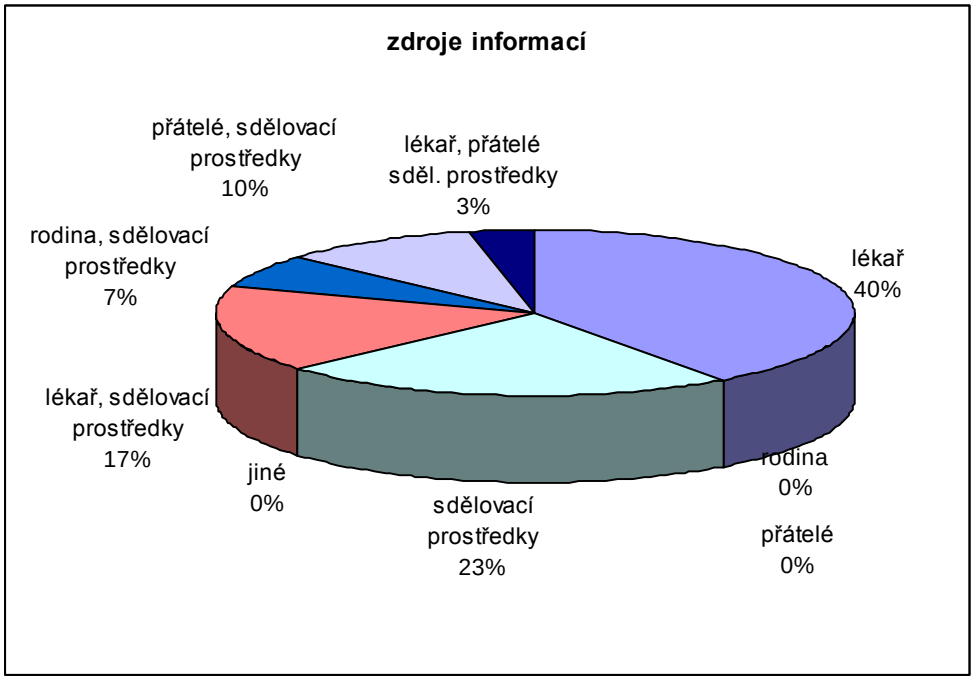
Z dotázaných žen se 6 (20 %) nikomu nesvěřilo, naopak 24 (80 %) se svěřilo někomu ve svém okolí. V dotazníku mohly respondentky uvést osobu, které se svěřily. Jak je vidět v tabulce a grafu, často uváděly manžela a rodinu, dále kamarády a kolegyně, bylo i pár žen, které se svěřily všem bližším osobám ve svém okolí.

Otázka č. 11: Z jakých zdrojů jste získávala informace?

a) **lékař**
b) **rodina**
c) **přátelé**
d) **ve sdělovacích prostředcích (odborná literatura, televize, internet...)**
e) **jiné**

Tabulka 10

	počet žen	v procentech
lékař	12	40 %
rodina	0	0 %
přátelé	0	0 %
sdělovací prostředky	7	23 %
jiné	0	0 %
lékař, sdělovací prostředky	5	17 %
rodina, sdělovací prostředky	2	7 %
přátelé, sdělovací prostředky	3	10 %
lékař, přátelé, sděl. prostředky	1	3 %
∑	30	100 %



Graf 10

Některé ženy uvádí více zdrojů informací. Kromě jiných zdrojů uvádí 18 (60 %) žen jako zdroj informací lékaře, v kombinaci s jinými zdroji uvádí 17 (57 %) žen sdělovací prostředky. Z uvedeného vyplývá, že hlavními zdroji informací jsou sdělovací prostředky a lékař.

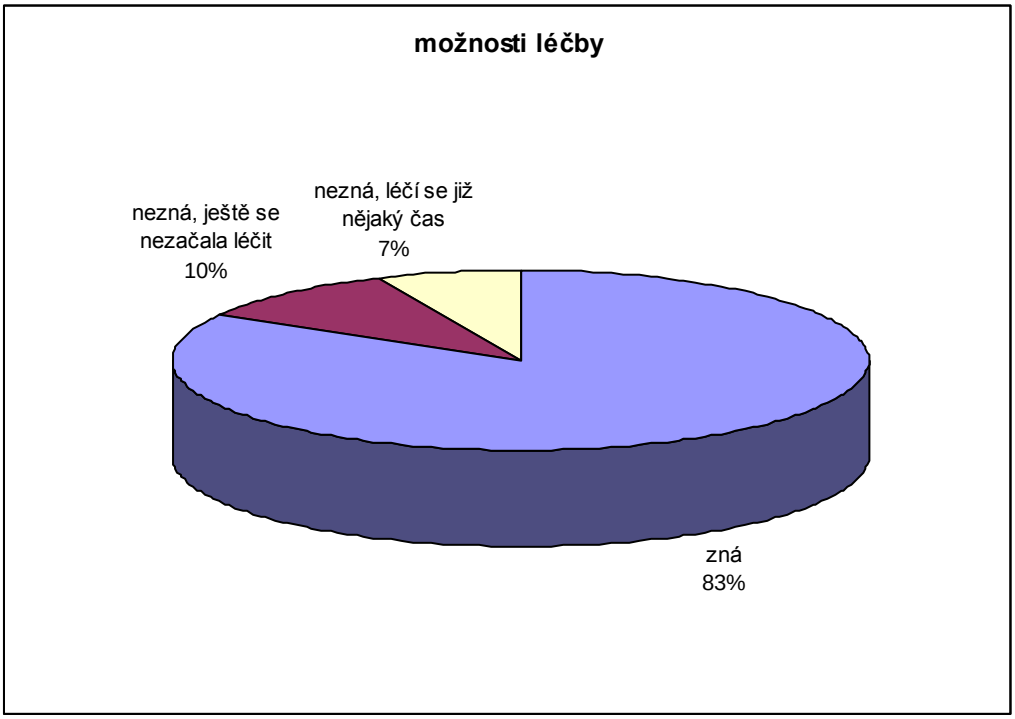
Otázka č. 12: Znáte možnosti léčby?

a) **ano**

b) **ne**

Tabulka 11

	počet žen	v procentech
zná	25	83 %
nezná, ještě se nezačala léčit	3	10 %
nezná, léčí se již nějaký čas	2	7 %
∑	30	100 %



Graf 11

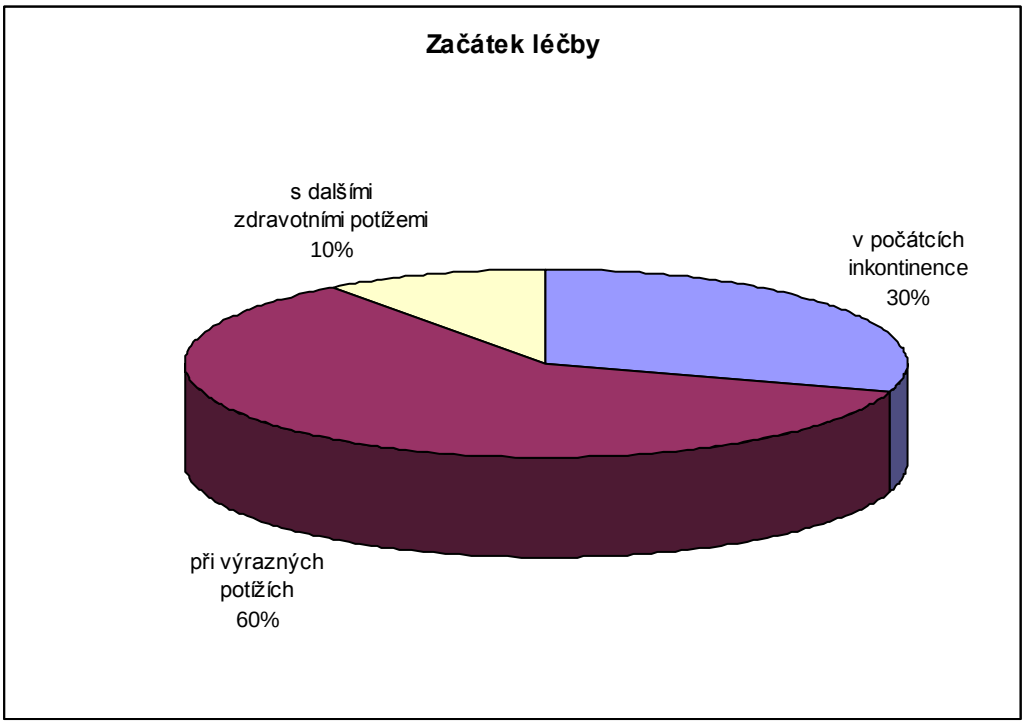
Z celkového počtu 30 (100 %) žen 3 (10 %) respondentky s léčbou začínají a tedy neznají možnosti léčby v jejich případě. Jelikož to pro ně byla jedna z prvních návštěv, neznají ani diagnózu, a to, jak již bylo uvedeno výše, je základem správné léčby. Možnosti léčby dále neznají 2 (7 %) ženy, které se již léčí delší čas, nevím z jakého důvodu, mohu se domnívat, že léčba, kterou již podstoupily, nebyla úspěšná nebo byla nedostatečně úspěšná a v tomto období se společně s lékařem snaží najít nové řešení. Většina žen, které se již léčí, možnosti léčby znají, je to 25 (83 %) z celkového počtu.

Otázka č. 13: Kdy jste se začala léčit?

a) **sama jsem navštívila lékaře hned v počátku problému**
b) **sama jsem navštívila lékaře, když mě únik moči již výrazně obtěžoval**
c) **navštívila jsem lékaře, když jsem začala mít další zdravotní problémy související s inkontinencí moči**

Tabulka 12

	počet žen	v procentech
v počátcích inkontinence	9	30 %
při výrazných potížích	18	60 %
s dalšími zdravotními potížemi	3	10 %
∑	30	100 %



Graf 12

Hned v počátku problému navštívilo lékaře 9 (30 %) žen, 18 (60 %) žen navštívilo lékaře, až když je problém inkontinence moči již výrazně obtěžoval, a 3 (10 %) ženy navštívily lékaře, když začaly mít další zdravotní problémy související s inkontinencí.

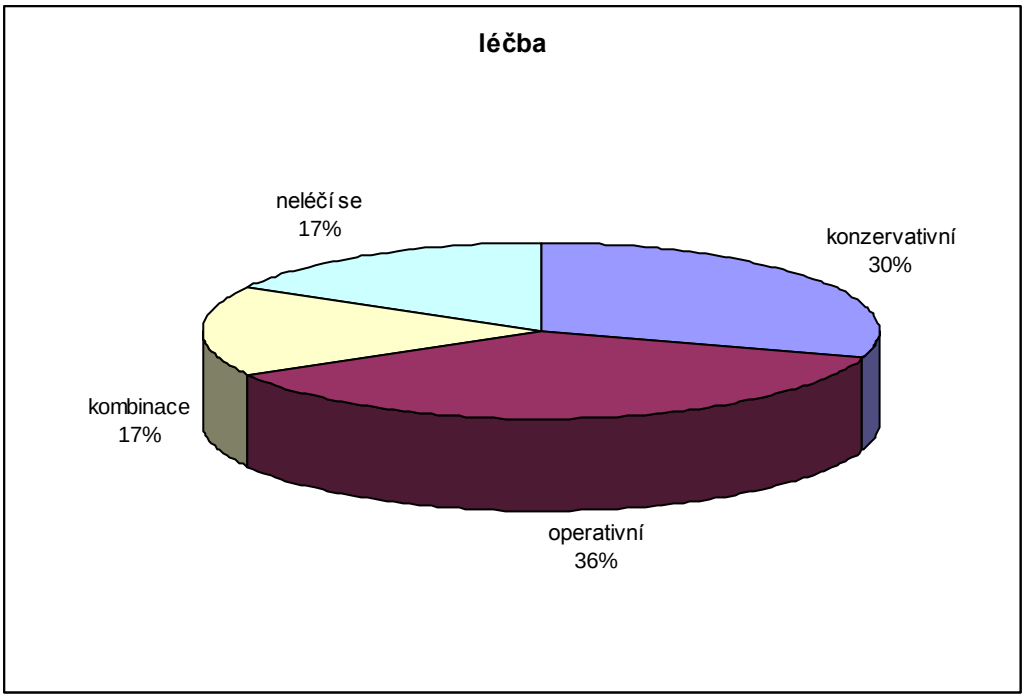
Otázka č. 14: Jakým způsobem se léčíte?

a) **konzervativně**

b) **operativně**

Tabulka 13

	počet žen	v procentech
konzervativní	9	30 %
operativní	11	36 %
kombinace	5	17 %
neléčí se	5	17 %
∑	30	100 %



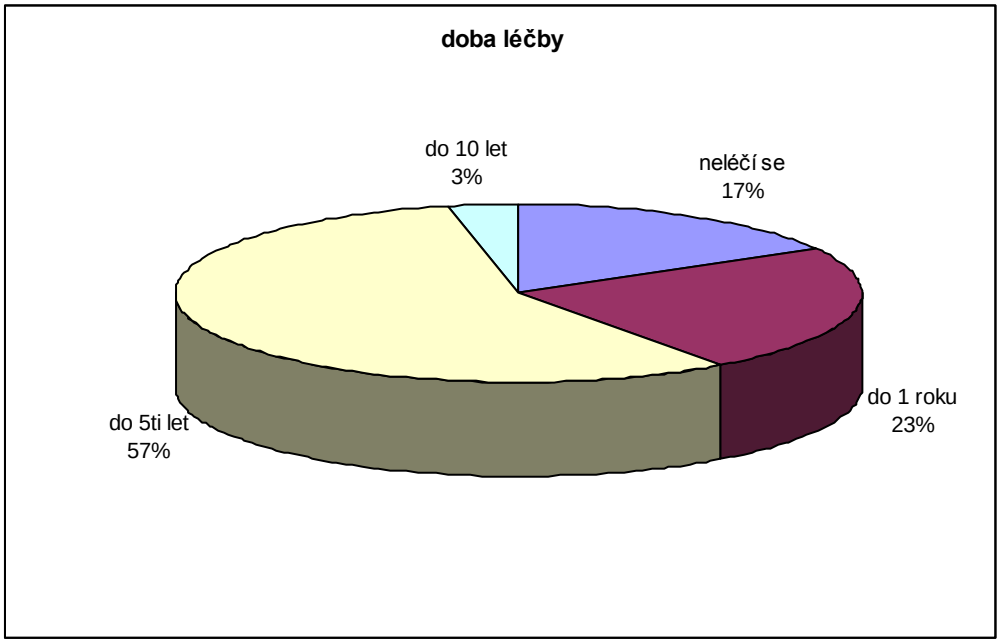
Graf 13

Respondentky se léčí konzervativně, operativně i kombinací konzervativní léčby s operativní. Jen konzervativně se léčí 9 (30 %) žen, operativní léčba mírně převažuje u 11 (37 %) žen a kombinací obojího se léčí 5 (17 %) žen. Pět (17 %) žen se zatím neléčí vůbec.

Otázka č. 15: Jak dlouho se léčíte?

Tabulka 14

	počet žen	v procentech
neléčí se	5	17 %
do 1 roku	7	23 %
do 5ti let	17	57 %
do 10 let	1	3 %
∑	30	100 %



Graf 14

Většina žen si přesně nepamatuje, kdy jejich problém začal a kdy poprvé navštívily lékaře. Srovnala jsem výsledek otázek č: 6, 7 a 15 jestli součet doby léčby a doby, po které navštívila žena lékaře, budou souhlasit s dobou trvání obtíží. Ve většině případů součet souhlasil, u některých žen součet nesouhlasil přibližně o půl roku.

S léčbou ještě nezačalo 5 (17 %) žen, do 1 roku se léčí 7 (23 %) žen. Největší část respondentek se léčí déle než rok, ale méně než 5 let, a to 17 (57 %). Déle než 5 let se léčí jen 1 (3 %) žena.

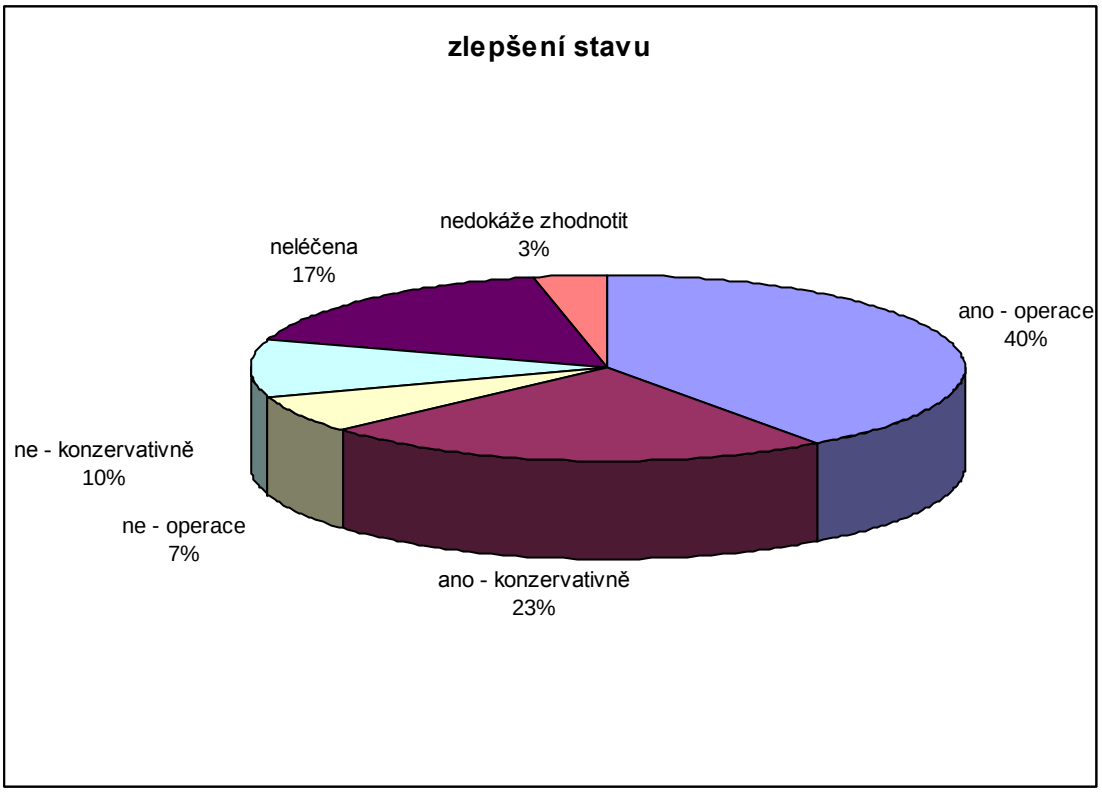
Otázka č. 16: Došlo již ke zlepšení stavu?

a) **ano**

b) **ne**

Tabulka 15

	počet žen	v procentech
ano - operace	12	40 %
ano - konzervativně	7	23 %
ne - operace	2	7 %
ne - konzervativně	3	10 %
neléčena	5	17 %
nedokáže zhodnotit	1	3 %
∑	30	100 %



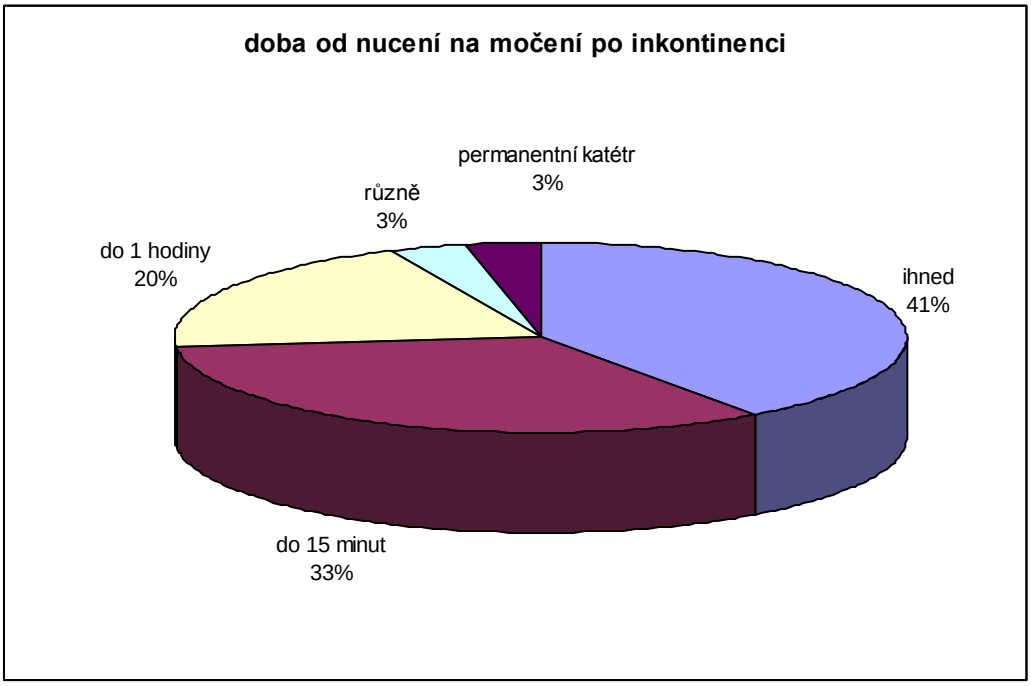
Graf 15

Z celkového množství respondentek podstoupilo léčbu 24 (80 %) žen. Z léčených žen jich 19 (63 %) zaznamenalo zlepšení stavu. U 5 (17 %) žen se stav nezlepšil ani po léčbě a 1 (3 %) žena byla šestý den po operaci a zatím nedokázala situaci posoudit, proto jsem ji do počtu 24 léčených žen nezahrnula.

Otázka č. 17: Máte-li nucení na močení, jak dlouho můžete počkat?

Tabulka 16

	počet žen	v procentech
ihned	12	40 %
do 15 minut	10	33 %
do 1 hodiny	6	20 %
různě	1	3 %
permanentní katétr	1	3 %



Graf 16

Většina žen má problém s udržením moči, alespoň po krátkou dobu potřebnou k doběhnutí na toaletu. 12 (40 %) žen musí ihned, také jako důvod inkontinence psaly kašel, kýchání, zvedání zátěže, běh i chůzi. Do 15 minut musí na toaletu 10 (33 %) žen od prvního nucení na močení. Dalších 6 (20 %) žen uvedlo různé časy od 30minut do 1 hodiny. Jedna (3 %) žena uvedla různě dlouho a jedna (3 %) momentálně chodí s permanentním močovým katétrem.

Otázka č. 18: Při jaké příležitosti dochází k úniku moči?

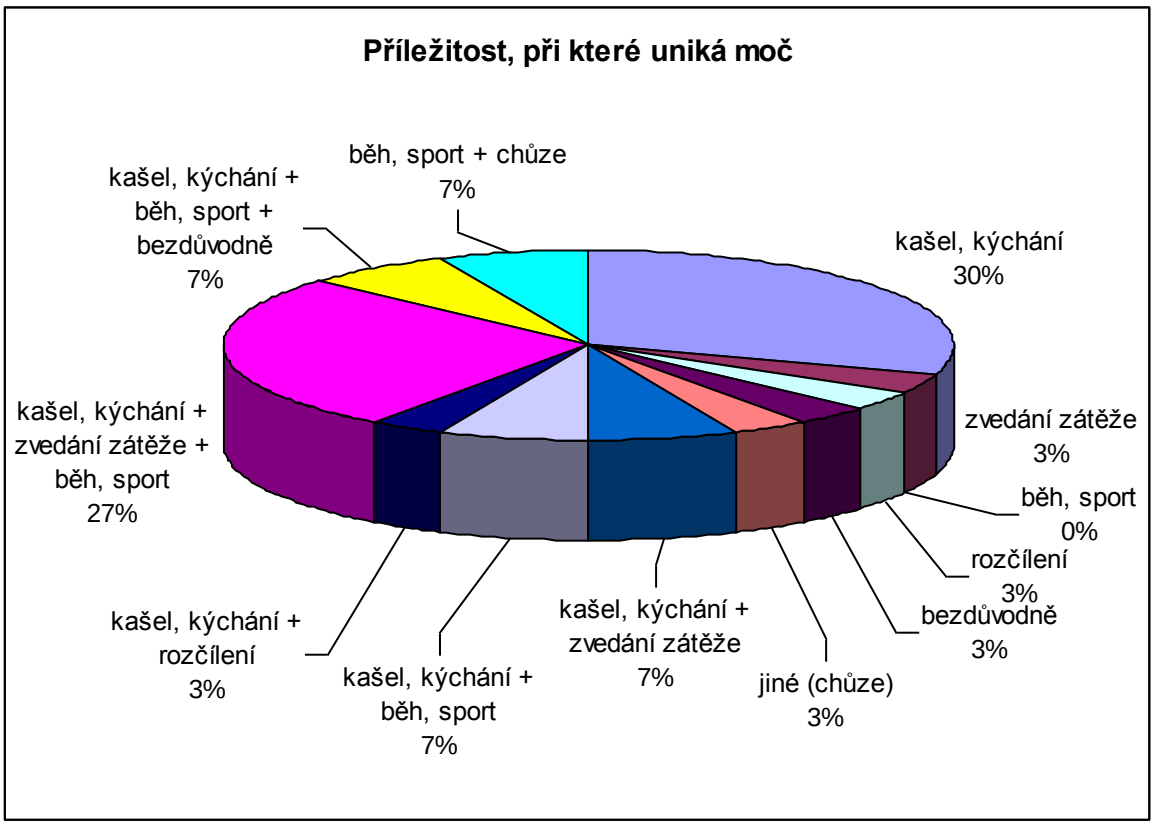
a) kašel, kýchání **b) při zvedání zátěže**

c) při běhu, sportu **d) při rozčílení**

e) bezdůvodně **f) jiné**

Tabulka 17

	počet žen	v procentech
kašel, kýchání	9	30 %
zvedání zátěže	1	3 %
běh, sport	0	0 %
rozčílení	1	3 %
bezdůvodně	1	3 %
jiné (chůze)	1	3 %
kašel, kýchání + zvedání zátěže	2	7 %
kašel, kýchání + běh, sport	2	7 %
kašel, kýchání + rozčílení	1	3 %
kašel, kýchání + zvedání zátěže + běh, sport	8	27 %
kašel, kýchání + běh, sport + bezdůvodně	2	7 %
běh, sport + chůze	2	7 %
∑	30	100 %



Graf 17

Ženy často uvádí více příčin. Nejčastěji kašel, kýchání, zvedání zátěže, běh a sport. Porovnání četnosti uvedených příčin je uvedeno v grafu.

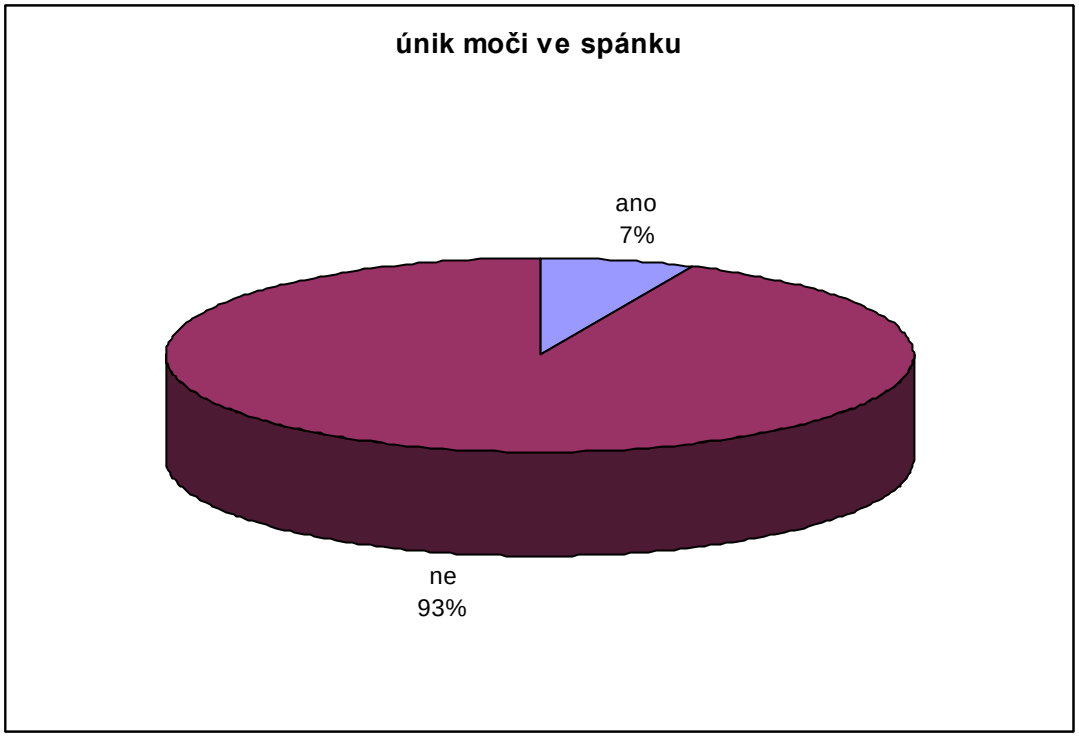
Otázka č. 19: Dochází u Vás k úniku moči ve spánku?

a) **ano**

b) **ne**

Tabulka 18

	počet žen	v procentech
ano	2	7 %
ne	28	93 %
∑	30	100 %



Graf 18

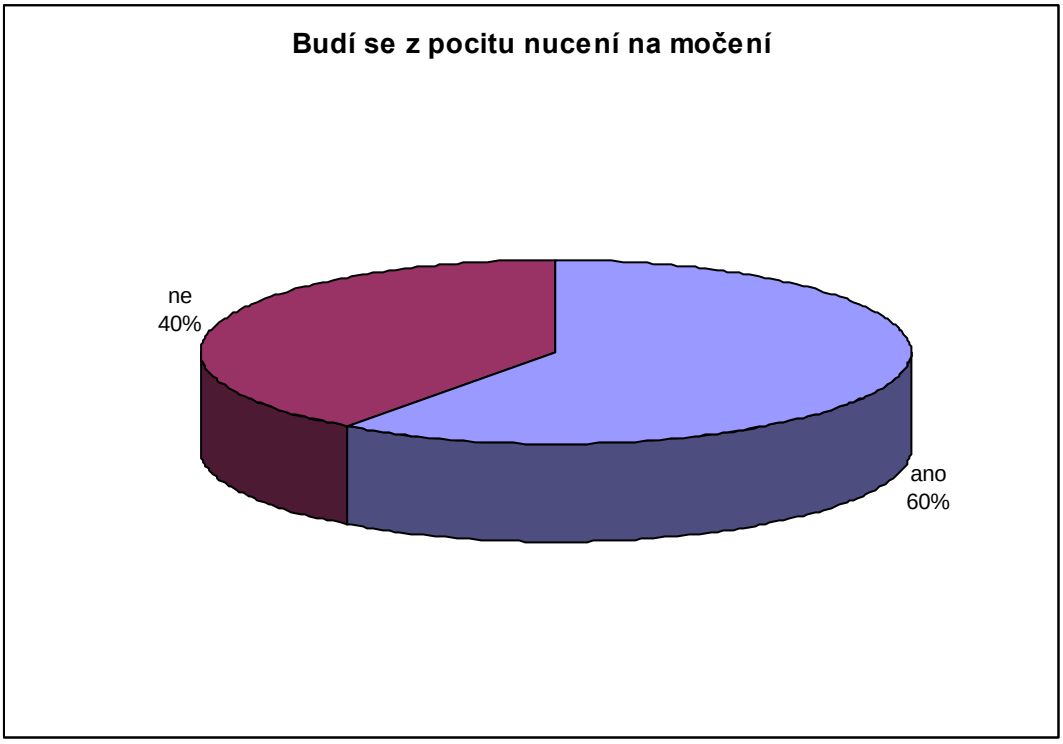
Ve spánku k mimovolnímu úniku moči dochází u 2 (7 %) respondentek. U většiny 28 (93 %) žen tento problém není. Většina žen, které inkontinence moči trápí, se nemusí obávat, že ve spánku nastane nepříjemný únik moči, což má velký význam pro kvalitu spánku.

Otázka č. 20: Budí Vás v noci pocit nucení na močení?

a) **ano**
b) **ne**

Tabulka 19

	počet žen	v procentech
ano	18	60 %
ne	12	40 %
∑	30	100 %



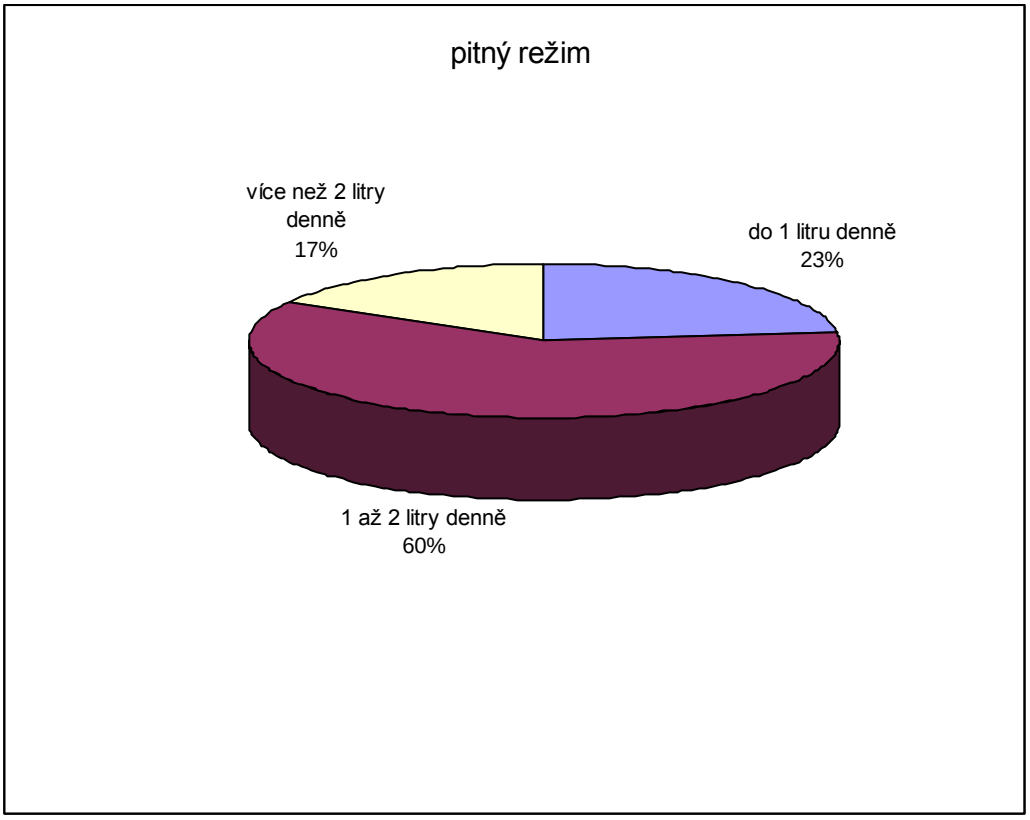
Graf 19

Nucení na močení v noci budí 18 (60 %) žen, kterým toto nucení znepříjemňuje klidný spánek. Zbylých 12 (40 %) má kvalitnější spánek, protože je nucení na močení nebudí.

Otázka č. 21: Jaký je Váš pitný režim?

Tabulka 20

	počet žen	v procentech
do 1 litru denně	7	23 %
1 až 2 litry denně	18	60 %
více než 2 litry denně	5	17 %
∑	30	100 %



Graf 20

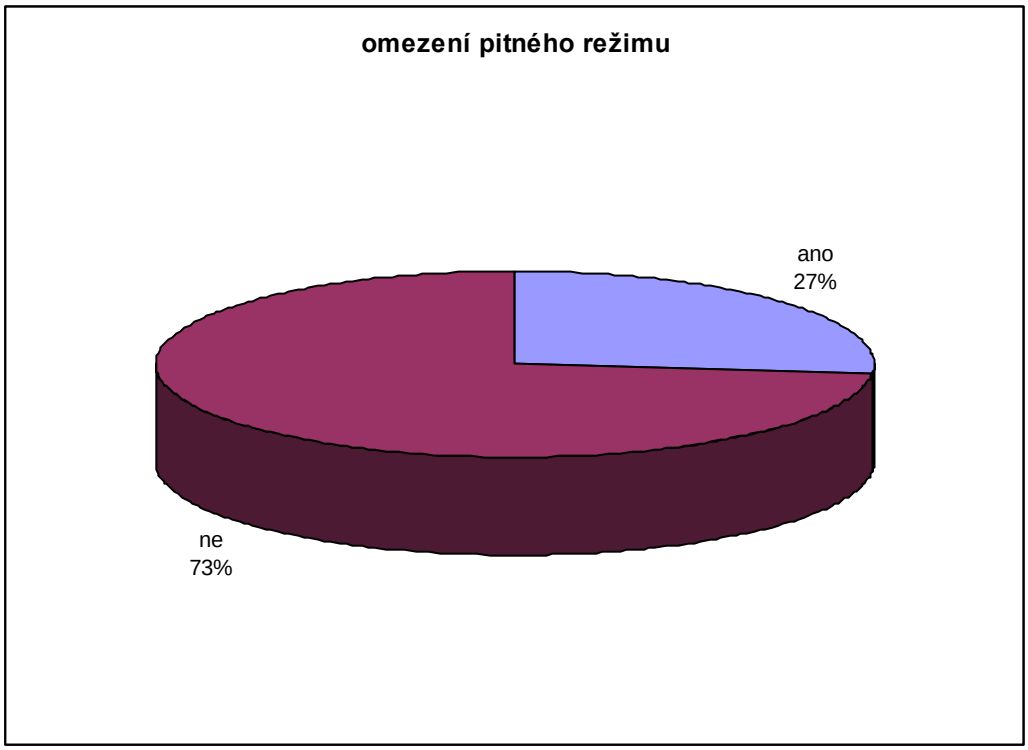
Velmi špatný pitný režim má 7 (23 %) žen, které nevypijí ani 1 litr denně. Relativně dobře na tom je 18 (60 %) žen, které vypijí 1 až 2 litry za den a jen 5 (17 %) žen má správný pitný režim, vypijí více než 2 litry tekutin denně.

Otázka č. 22: Omezila jste pitný režim?

a) **ano**
b) **ne**

Tabulka 21

	počet žen	v procentech
ano	8	27 %
ne	22	73 %
∑	30	100 %



Graf 21

Inkontinence moči ovlivnila pitný režim u 8 (27 %) žen, které si to uvědomují. Zbylých 22 (73 %) nemá pocit, že by inkontinence moči nějak ovlivnila jejich pitný režim.

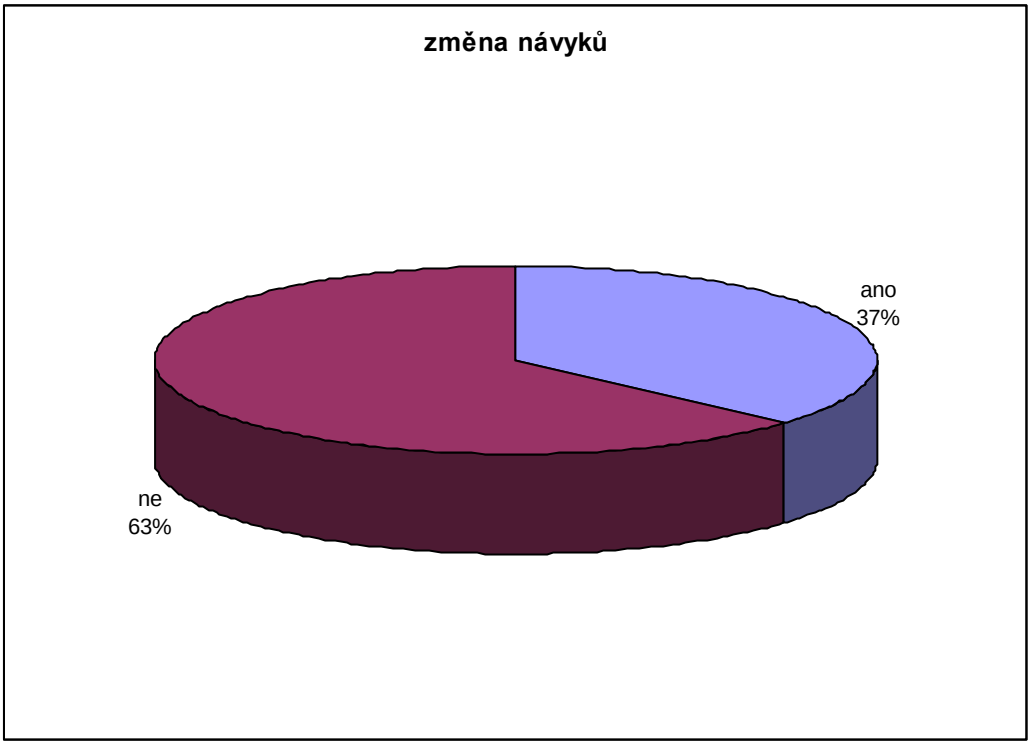
Otázka č. 23: Změnila jste své návyky?

a) **ano**

b) **ne**

Tabulka 22

	počet žen	v procentech
ano	11	37 %
ne	19	63 %
∑	30	100 %



Graf 22

Část respondentek 11 (37 %) své návyky změnila, ale většina respondentek 19 (63 %) nemá pocit, že by nějak změnila své návyky.

Otázka č. 24: Navštěvujete společnost stejně často, jako v době než se u Vás inkontinence objevila?

a) **ano**

b) **ne**

Tabulka 23

	počet žen	v procentech
ano	19	63 %
ne	11	37 %
∑	30	100 %

Graf 23

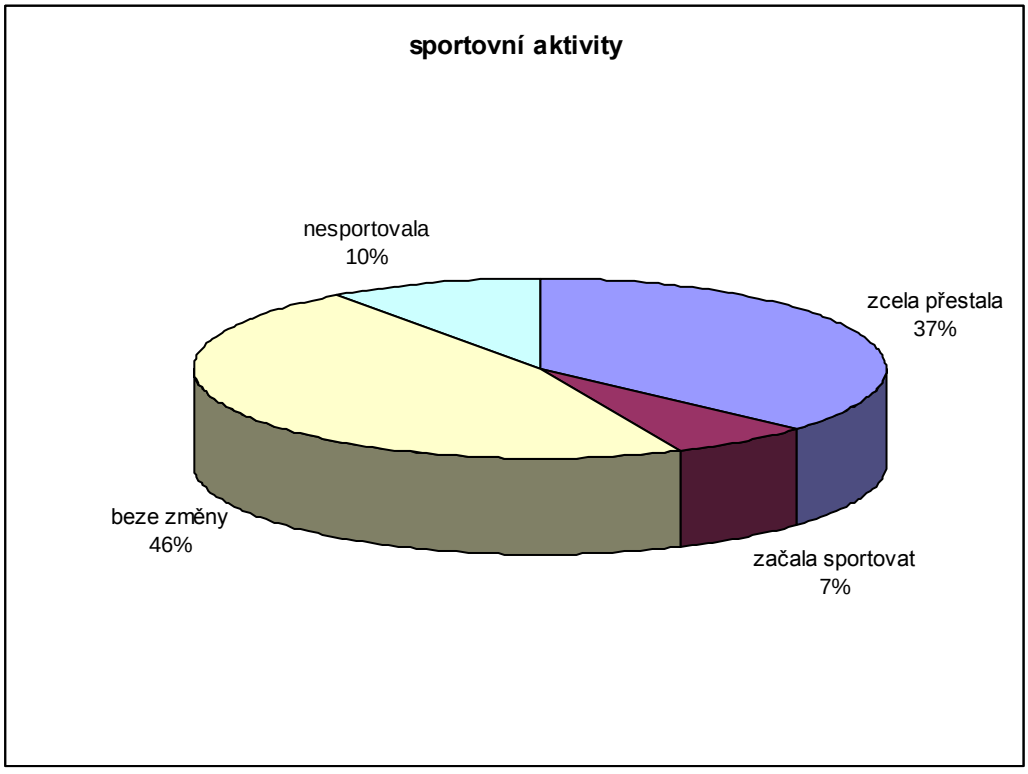
Více než polovina respondentek 19 (63 %) nemá problém s návštěvami společnosti, druhá část žen 11 (37 %) má s chozením do společnosti problémy a nenavštěvují ji stejně často jako před počátkem problému s inkontinencí moči.

Otázka č. 25: Ovlivnila inkontinence moči Vaše sportovní aktivity? (mimo cviků, které souvisí s léčbou inkontinence)

a) **ano, přestala jsem sportovat z důvodu úniku moči**
b) **ano, začala jsem sportovat abych zhubla a inkontinence přestala**
c) **ne, sportuji stejně jako předtím**
d) **jiné**

Tabulka 24

	počet žen	v procentech
zcela přestala	11	37 %
začala sportovat	2	7 %
beze změny	14	47 %
nesportovala	3	10 %
∑	30	100 %



Graf 24

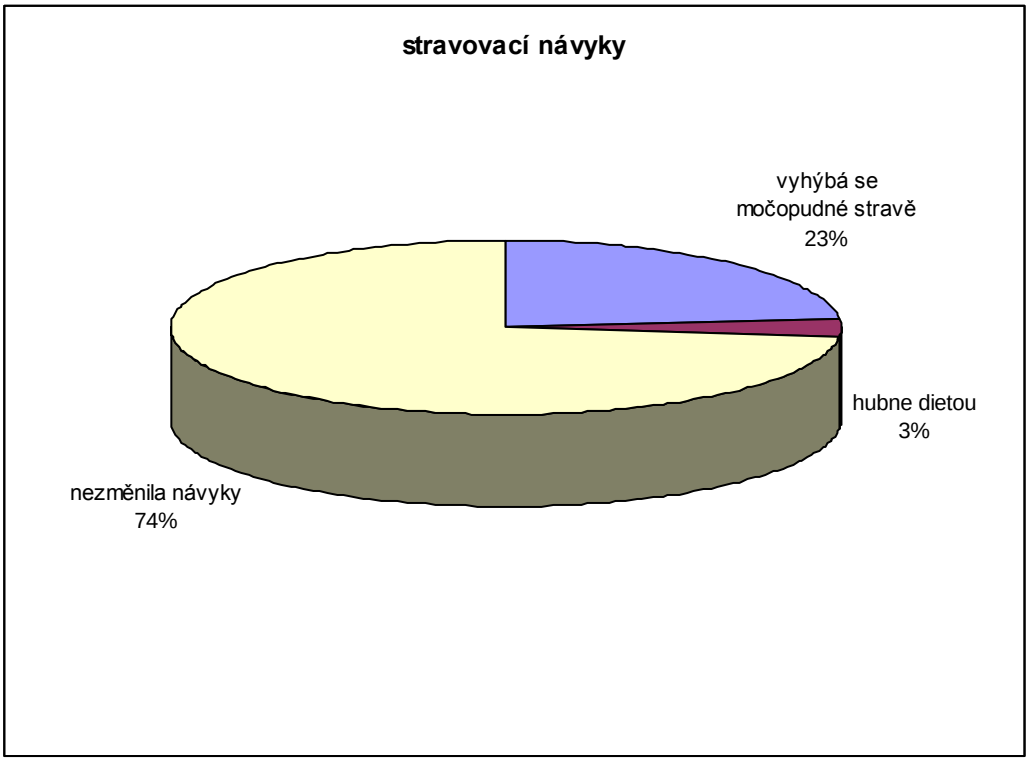
Své sportovní aktivity v souvislosti s inkontinencí změnila téměř polovina respondentek 14 (47 %) z toho 11 (37 %) přestalo sportovat pro únik moči a 2 (7 %) začaly, aby se inkontinence moči zmírnila tím, že zhubnou. Stejně jako před počátkem inkontinence moči sportuje 14 (47 %) žen a 3 (10 %) nesportovaly ani před počátkem potíží s inkontinencí moči.

Otázka č. 26: Změnila jste své stravovací návyky v souvislosti s inkontinencí moči?

a) **ano, vyhýbám se potravě a nápojům s močopudnými účinky**
b) **ano, jím dietní stravu, protože se snažím zhubnout**
c) **ne**
d) **jiné**

Tabulka 25

	počet žen	v procentech
vyhýbá se močopudné stravě	7	23 %
hubne dietou	1	3 %
nezměnila návyky	22	73 %
∑	30	100 %



Graf 25

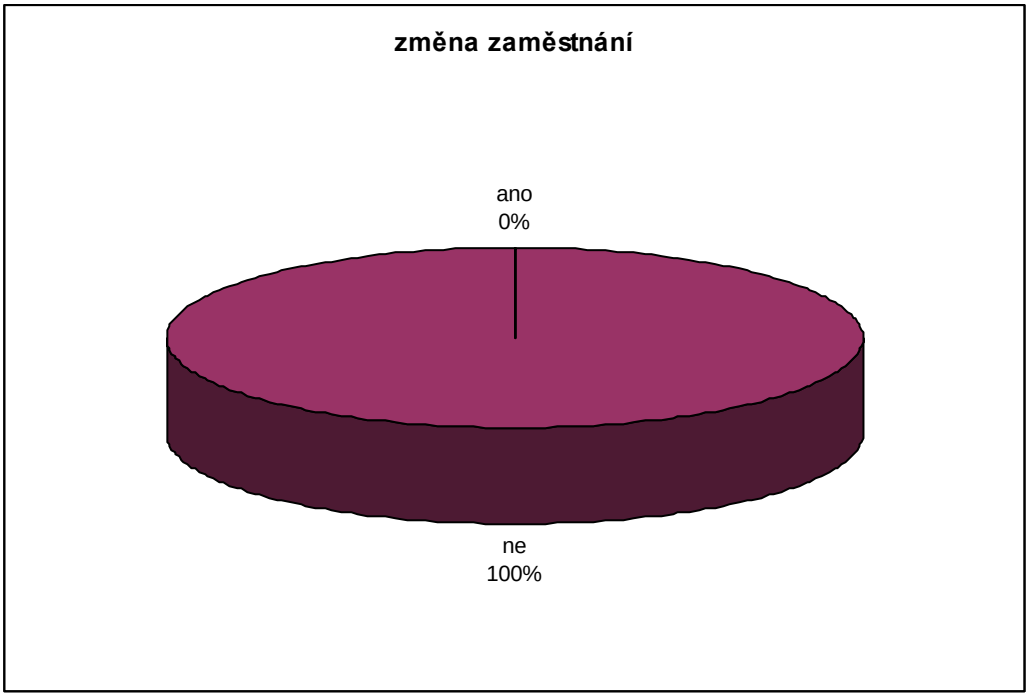
Stravovací návyky z důvodu inkontinence změnilo 8 (27 %) žen, z nich 7 (23 %) se vyhýbá potravě a nápojům s močopudnými účinky a 1 (3 %) se snaží zhubnout pomocí diety, aby se potíže spojené s inkontinencí zmírnily. Většina respondentek 22 (73 %) své stravovací návyky nezměnila.

Otázka č. 27: Změnila jste zaměstnání v souvislosti s nepohodlím, které inkontinence způsobuje?

a) **ano**
b) **ne**

Tabulka 26

	počet žen	v procentech
ano	0	0 %
ne	30	100 %
∑	30	100 %



Graf 26

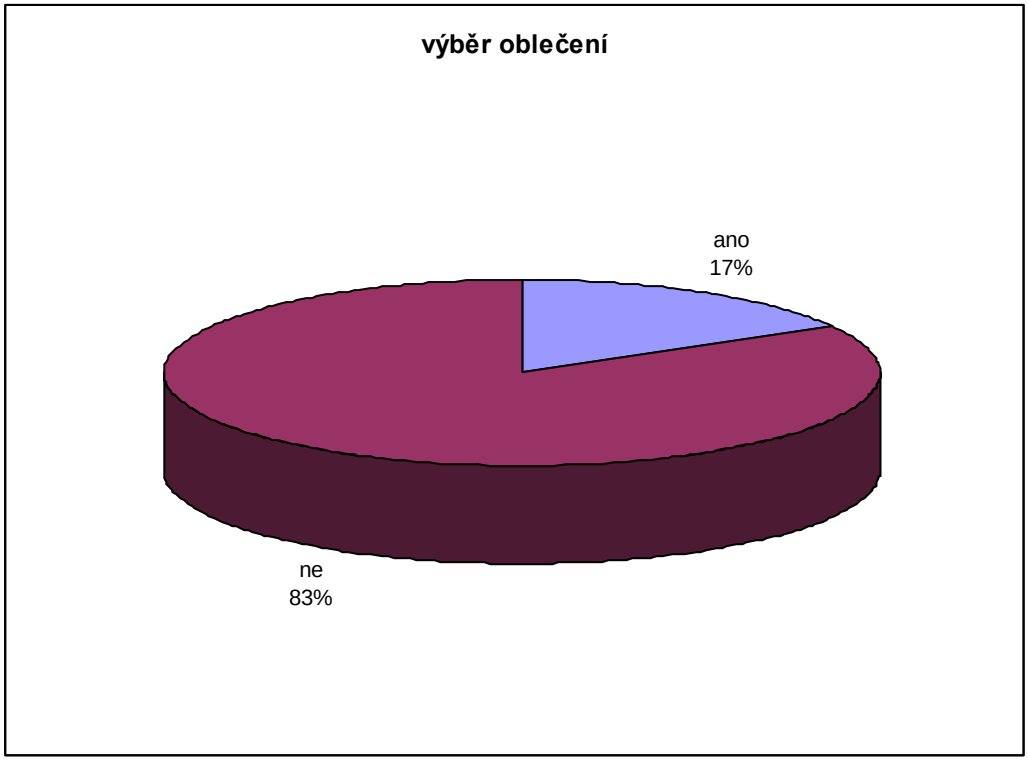
Žádná z žen nezměnila své zaměstnání v souvislosti s inkontinencí moči.

Otázka č. 28: Ovlivnila inkontinence moči výběr Vašeho oblečení?

a) **ano**
b) **ne**

Tabulka 27

	počet žen	v procentech
ano	5	17 %
ne	25	83 %
∑	30	100 %



Graf 27

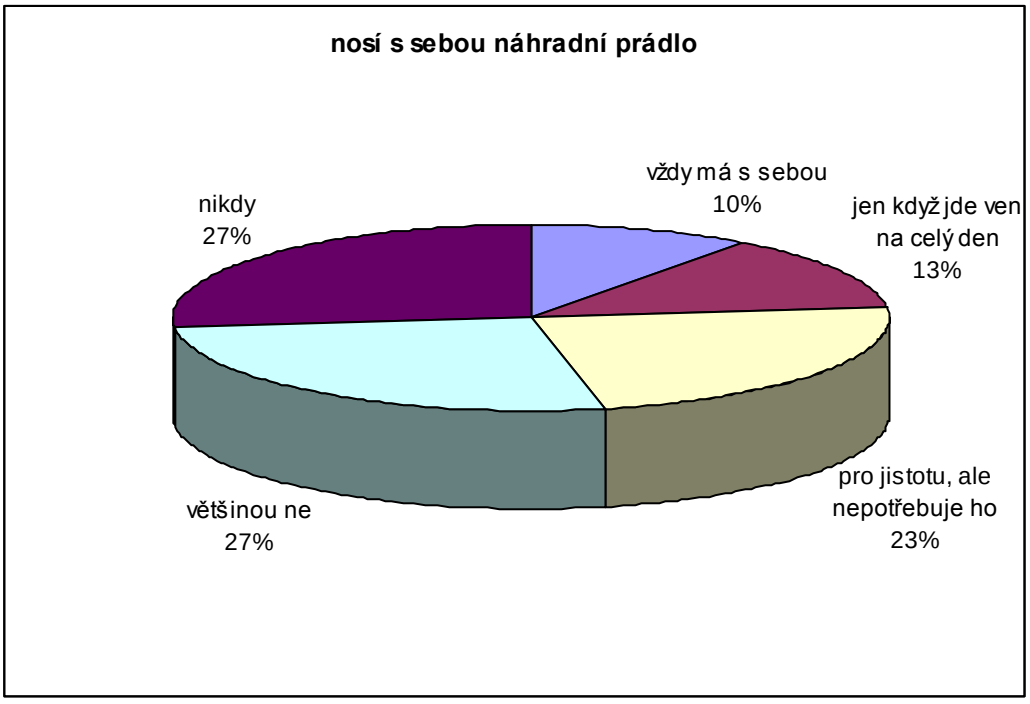
Na výběr oblečení u většiny 25 (83 %) respondentek nemá inkontinence moči vliv. V tomto směru ovlivňuje jen menší část respondentek, a to 5 (17 %).

Otázka č. 29: Nosíte s sebou náhradní prádlo?

a) **ano, bez toho bych nevyšla mezi lidi**
b) **ano, ale jen když jdu ven na celý den**
c) **ano, ale jen pro jistotu, většinou to nepotřebuji**
d) **většinou ne**
e) **ne, nikdy**

Tabulka 28

	počet žen	v procentech
vždy má s sebou	3	10 %
jen když jde ven na celý den	4	13 %
pro jistotu, ale nepotřebuje ho	7	23 %
většinou ne	8	27 %
nikdy	8	27 %
∑	30	100 %



Graf 28

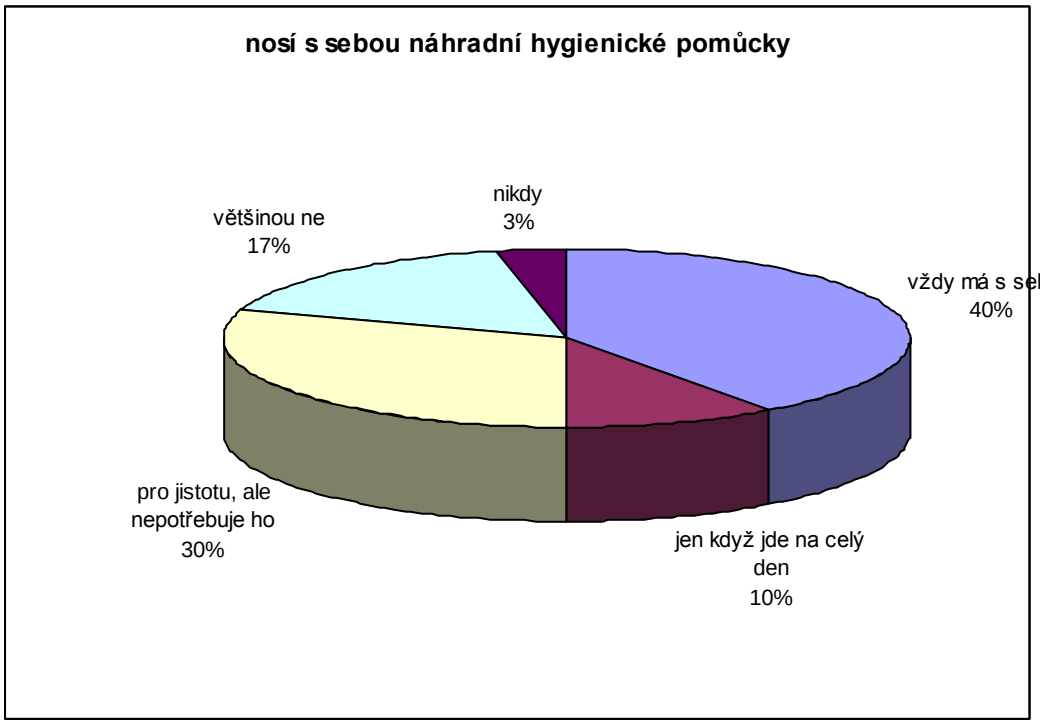
Ze 30 žen (100 %) mají s sebou náhradní prádlo vždy 3 ženy (10 %), 4 ženy (13 %) jen když jsou celý den mimo domov a 7 žen (23 %) jen pro jistotu, i když ho většinou nepotřebují. Zbylé ženy 8 (27 %) většinou s sebou náhradní prádlo nenosí a 8 (27 %) ho nenosí nikdy.

Otázka č. 30: Nosíte s sebou náhradní hygienické pomůcky?

a) **ano, bez toho bych nevyšla mezi lidi**
b) **ano, ale jen když jdu ven na celý den**
c) **ano, ale jen pro jistotu, většinou to nepotřebuji**
d) **většinou ne**
e) **ne, nikdy**

Tabulka 29

	počet žen	v procentech
vždy má s sebou	12	40 %
jen když jde na celý den	3	10 %
pro jistotu, ale nepotřebuje to	9	30 %
většinou ne	5	17 %
nikdy	1	3 %
∑	30	100 %



Graf 29

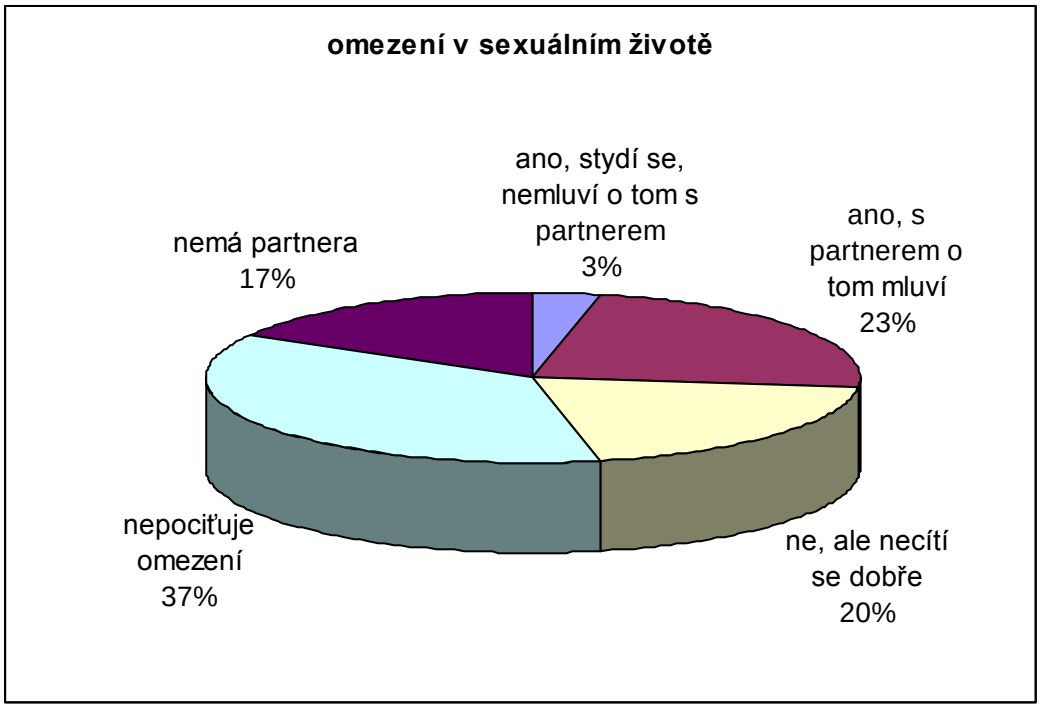
Náhradní hygienické pomůcky má s sebou vždy 12 (40 %) žen. Když někam vyráží na celý den, nezapomenou si s sebou náhradní hygienické pomůcky vzít 3 (10 %) ženy. Jen pro jistotu je s sebou nosí 9 (30 %) žen. Takže 80 % inkontinentních žen s sebou nosí náhradní hygienické pomůcky i když je nemusí použít. Do zbylých 20 % patří 5 (17 %) žen, které většinou náhradní hygienické pomůcky nenosí a 1 (3 %) žena, která s sebou náhradní hygienické pomůcky nenosí nikdy.

Otázka č. 31: Omezila jste sexuální život?

a) **ano, stydím se za svůj problém, partnerovi jsem nic neřekla**
b) **ano, ale s partnerem o tom mluvíme**
c) **ne, ale necítím se dobře**
d) **ne, nemám důvod**
e) **nemám partnera**

Tabulka 30

	počet žen	v procentech
ano, stydí se, nemluví o tom s partnerem	1	3 %
ano, s partnerem o tom mluví	7	23 %
ne, ale necítí se dobře	6	20 %
nepociťuje omezení	11	37 %
nemá partnera	5	17 %
∑	30	100 %



Graf 30

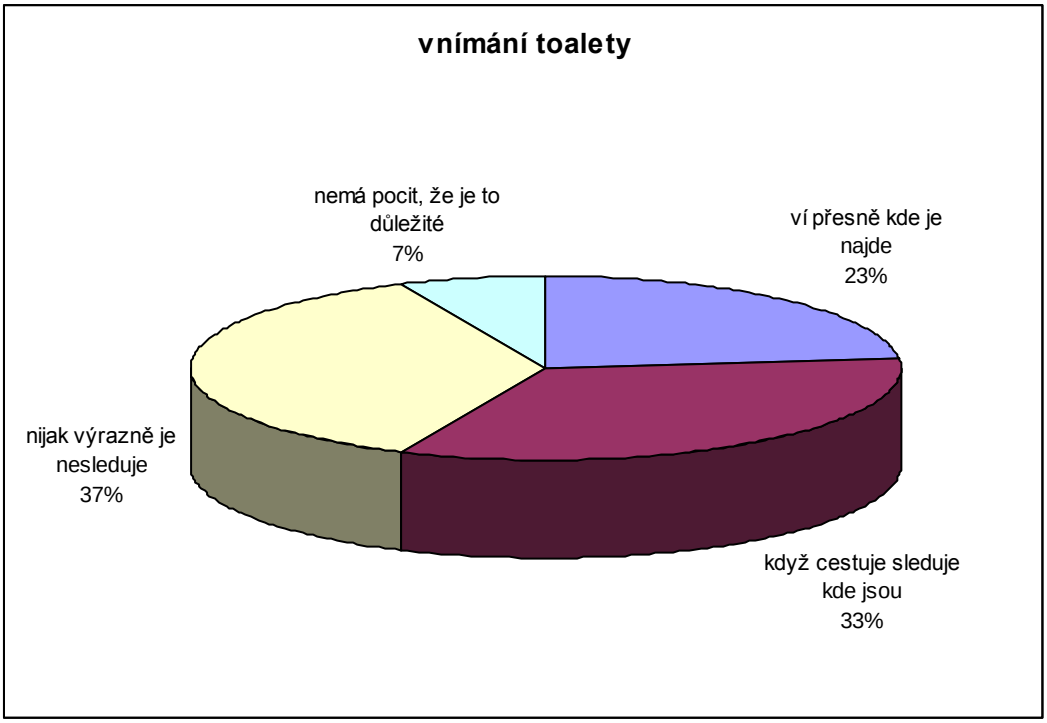
Za své problémy se před partnerem stydí 1 žena (3 %) a nesnaží se tuto nepříjemnost sdílet s partnerem, její sexuální život je tak inkontinencí moči velmi znepříjemněn. Pocit, že sexuální život není takový, jaký by měl být má i dalších 7 žen (23 %), které se o tento problém dělí s partnerem a komunikují o tom spolu. Dalších 6 (20 %) žen nemá pocit, že by inkontinence moči nějak ovlivnila jejich sexuální život, ale necítí se dobře, což jistě jejich sexuální život určitým způsobem ovlivňuje. Další část 11 (37 %) žen, které mají partnera, nepociťují žádná omezení v souvislosti s inkontinencí moči. Zbylých 5 (17 %) žen nemá partnera.

Otázka č. 32: Vnímáte více kde jsou toalety, když někam jdete?

a) **vím přesně kde jsou všude tam, kde běžně chodím**
b) **když někam cestuji dávám pozor abych k nim měla vždy blízko**
c) **myslím, že je sleduji jako každý jiný člověk**
d) **ne, nemám pocit, že by to pro mě bylo důležité**

Tabulka 31

	počet žen	v procentech
ví přesně kde je najde	7	23 %
když cestuje, sleduje kde jsou	10	33 %
nijak výrazně je nesleduje	11	37 %
nemá pocit, že je to důležité	2	7 %
∑	30	100 %



Graf 31

Většina žen věnuje pozornost místům s toaletami, 7 (23 %) žen přesně ví, kde jsou toalety na místech kudy chodívají, dalších 10 (33 %) žen dává pozor, kde toalety najdou, když někam cestují. Další část, a to 11 (37 %) žen nemá pocit, že by je toto zajímalo více než zdravé ženy a 2 (7 %) ženy nemají pocit, že by pro ně bylo důležité sledovat místa s toaletami, ať už na cestách nebo na místech kudy běžně prochází.

8.5 Diskuse

Mého šetření se zúčastnily ženy ve věkovém rozmezí 41 – 72 let. Věkové kategorie v dotazníkovém šetření byly zastoupeny téměř rovnoměrně. V čekárně urogynekologické ambulance jsem se setkala s mnoha staršími ženami, které bohužel dotazník vyplnit nemohly. Většina starších žen nosí brýle na čtení, ale k lékaři si je s sebou nevzaly. Tyto ženy měly často zájem dotazník vyplnit a byly potěšeny zájmem mladého člověka o problém inkontinence moči. Nabízely mi, že mi budou odpovídat, kdybych jim diktovala otázky. Toto jsem byla nucena odmítnout vzhledem k množství otázek v dotazníku a udržení soukromí z důvodu intimity otázek. Mně samotné by bylo nepříjemné rozebírat jejich problém na chodbě. Jelikož tyto ženy dotazník nevyplnily, nevím kolik jim bylo let a jestli by ovlivnily průměrný věk respondentek. Domnívám se, že z tohoto důvodu je jistým způsobem ovlivněn průměrný věk respondentek.

Rodinný stav respondentek ukazuje tabulka a graf č. 2. Je patrné, že většina žen je vdaná. Výzkumy v České republice ukazují, že každé druhé manželství končí rozvodem. Z mého šetření není patrné, že by inkontinence moči měla negativní vliv na partnerské vztahy.

Vzdělání zdá se neovlivňuje, zda se žena rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. V mém šetření je 17 % vysokoškolsky vzdělaných, jak uvádí tabulka a graf č. 3, což je nadprůměrná hodnota, jelikož v ČR je 13 % vysokoškolsky vzdělaných občanů. Jinak si myslím, že i vzhledem k věku byla vzdělanost objektivně zastoupena, jak je tomu průměrně v ČR.

Jako jeden z rizikových faktorů vzniku inkontinence moči se v odborné literatuře uvádí obezita. Pro zjištění indexu tělesné hmotnosti u respondentek jsem se ptala na jejich váhu a výšku a vypočítala jsem jejich BMI. Ze kterého, jak je vidět v tabulce a grafu č. 4, se nejedná ve většině případů o faktor podporující vznik inkontinence moči u těchto žen. Z otázek č. 25 a 26 je patrné, že pro zlepšení inkontinence moči se snaží sportem nebo dietou zhubnout pouze 2 ženy. Ovšem 56 % respondentek má nadváhu, ale myslím si, že není natolik výrazná, aby způsobila vznik inkontinence. Dvě respondentky mají mírnou obezitu.

Problémy s únikem moči trápí většinu respondentek 17 (57 %) v časovém rozmezí 1 - 5ti let. Ženy, které se šetření zúčastnily, jsou v různém stadiu léčby, většina z nich se léčí již delší dobu.

Ženy, které se zúčastnily mého šetření, vyhledaly lékařskou pomoc ve většině případů poměrně brzy, a to 17 (57 %) do jednoho roku, jak uvádí tabulka a graf č. 6. Je to docela překvapující zjištění. Očekávala jsem, že žen, které návštěvu lékaře a léčbu odkládají, bude mnohem více. Většina žen, které ambulanci navštěvují, neměly zábrany o svém problému hovořit a byly velmi rády, že se o jejich potíže zajímám. Byly to ženy, které již věděly, že tento problém netíží jen je a byly sdílné. Také jsou ženy, které inkontinenci moči považují za přirozený děj, patřící ke stárnutí. Takové pravděpodobně nepatří mezi mé respondentky, protože déle než 5 let trápí inkontinence jen 4 (13 %), ale ani tyto nepřijaly inkontinenci jako problém, který patří ke stáří. Jedna trpí inkontinencí již od dětství, ona i některé další ženy se léčí již delší dobu. U některých léčba není dostatečně úspěšná 5 (17 %) nebo přišly na pooperační kontrolu.

Z tabulky a grafu č. 7 je patrné, že většina má problém inkontinence moči z jiného důvodu než je porod nebo postmenopauza. Pokud udávaly jinou možnost, bylo to 14 (47 %), šlo např. o stav po gynekologické operaci – hysterektomii, Crohnovu chorobu, píštěle.

Informace o inkontinenci moči získávala většina respondentek až po počátcích svého problému, jak je vidět v tabulce a grafu č. 8. Toto jsem očekávala a myslím, že to není nic výjimečného. Málo lidí si vyhledává informace o potecionálních problémech. Ale neznamená to, že by ženy neměly být informované např. před porodem o komplikacích, které mohou nastat a jak jim předcházet. Také je z mého průzkumu znát, že se o tomto problému příliš nemluví.

24 (80 %) žen se svěřilo se svým problémem někomu ze svých blízkých. Do urogynekologické ambulance v ÚPMD chodily často v doprovodu, nejčastěji s dcerou nebo manželem. Zvláště v období před léčbou, na začátku léčby a před operací je velmi důležitá opora blízkých. Byly i ženy, které se nesvěřily nikomu. U těch, které se nikomu ve svém blízkém okolí nesvěří, mě překvapuje, že najdou odvahu jít s tímto problémem k lékaři. Očekávala bych, že ženy, které se nikomu nesvěří, budou uzavřené a svůj problém budou řešit pouze hygienickými pomůckami.

Z tabulky a grafu č. 10 vyplývá, že nejdůležitějšími informačními zdroji jsou pro inkontinentní ženy sdělovací prostředky a lékař. Informace o tomto tématu se nejlépe vyhledávají na internetu, ke kterému ovšem, obzvláště starší generace, nemá kladný vztah. Letáků, které o inkontinenci moči informují, není příliš a většinou jsou reklamou na hygienické pomůcky. Ty jsou opravdu výtečnou pomocí, ale ne řešením. Je potřeba se léčit a jaké možnosti léčby existují v těchto letácích většinou nejsou. Ženy, se

kterými jsem hovořila, si stěžovaly na nedostatek informačních materiálů. Letáky nestačí. Lékař se snaží ženy maximálně informovat o možnostech léčby.

Ze souvislostí s otázkou č. 9 vyplývá, jak je důležité, aby si zdravotnický personál uvědomoval, že dokud žena tímto problémem netrpí, tak se o něj nezajímá. Z toho myslím vyplývá, že ženy nemají informace o možnosti negativního ovlivnění svalstva dna pánevního porodem. Ženy, které plánují porod v ÚPMD, mohou chodit do urogynekologické ambulance na preventivní konzultace. Takový přístup zdravotnického personálu k problému inkontinence moči je příkladný.

Ženy, které se již léčí, téměř všechny znají možnosti léčby a řešení svého problému. Toto vyplývá z tabulky a grafu č. 11. Pouze dvě ženy, které se léčí, neznají možnosti léčby. Myslím si, že tyto ženy mají pocit, že nejsou dostatečně informované, nebo je u nich prozatím léčba bez většího efektu.

Většina 18 (60 %) žen, navštívila lékaře až v době, kdy je již únik moči výrazně obtěžoval. Toto potvrzuje tvrzení, které bývá v literatuře. A to, že inkontinentní ženy se nejprve snaží řešit tento problém samy, ať už omezením pitného režimu, používáním hygienických pomůcek, či posilováním pánevního dna. Lékaře většina žen vyhledává v případě výrazného obtěžování inkontinence moči nebo pokud se u nich objeví v souvislosti s dalším onemocněním.

Téměř všechny respondentky 25 (83 %) mají za sebou již nějakou léčbu. Vychází to téměř půl na půl s operativní a konzervativní léčbou. Způsob léčby záleží na typu a závažnosti inkontinence.

Otázka č. 15 „Jak dlouho se léčíte?“ byla spíše kontrolní. Hodnotila jsem ji v souvislosti s otázkami: „Jak dlouho máte problémy s únikem moči?“ a „Za jak dlouho jste vyhledala lékařskou pomoc?“. Podle mého výpočtu, se ženy v časovém období délky léčby spletly v některých případech zhruba o půl roku, což nepovažuji za nijak výrazný časový úsek.

Z tabulky a grafu č. 15 vyplývá, že většina léčených žen 19 (63 %) je spokojená, dotazník také vyplnilo 5 žen nespokojených s výsledky léčby. Ženy, se kterými jsem hovořila, si léčbu velmi chválily a většina z nich se po léčbě problému inkontinence moči úplně zbavila. Byly velmi spokojené, obzvláště si chválily operace TVT. Ale jedna žena, která odmítla dotazník vyplnit, byla velmi nešťastná, že se u ní operace nepovedla. Kromě této jsem nehovořila s žádnou jinou, která by nebyla spokojená s výsledkem léčby. I ženy, které se léčí konzervativně, byly velmi spokojené a velmi si chválily přístup zdravotnického personálu v ÚPMD. Srovnávaly ho s přístupem v jiných

zdravotnických zařízeních, kam docházely dříve, kde jim odmítali pomoc nebo se jim léčba nezdála dostatečná s ohledem na možnosti, které v dnešní době jsou.

Z tabulky a grafu č. 16 je patrné, že inkontinence moči je pro ženy velmi nepříjemná. Při některé z běžných činností nemají čas ani doběhnout na toaletu, protože únik moči nastává ihned. Z tabulky a grafu č. 17 vyplývá, že vyvolávajícím momentem úniku moči byly nejčastěji kašel a kýchání.

Únik moči ve spánku trápí jen 2 (7 %) ženy. Nucení na močení budí ze spánku 18 (60 %) žen. Tyto ženy mají narušený spánek.

Pitný režim inkontinentních žen je vcelku dobrý. Většina udávala 1 – 2 litry denně. 23 % žen mělo velmi špatný pitný režim. Změnu pitného režimu v souvislosti s inkontinencí přiznalo 8 (27 %) žen, z nich 4 patří mezi ženy, které vypijí méně než 1 litr denně.

Celkově své návyky změnilo v souvislosti s inkontinencí moči 11 (37 %) žen. Jde však o subjektivní pocit respondentek.

Většina navštěvuje společnost stejně často, jako před počátkem obtíží. Ale je i 11 (37 %) žen, které do společností chodí méně než dříve.

Z grafu a tabulky č. 24 je zřejmé, že ovlivnila sportovní aktivity velké části žen. Dvě pozitivně tím, že se snaží zhubnout a proto začaly se sportem. Ale většinu žen 11 (37 %) ovlivnila negativně, musely sportovní aktivitu omezit. 14 (47 %) žen sportovní aktivity nezměnilo.

Stravovací návyky ženy nezměnily. Přesto je několik respondentek 7 (23 %), které se vyhýbají potravě a nápojům s močopudnými účinky.

Žádná z žen nezměnila své zaměstnání. Vzhledem k věku některých respondentek, předpokládám, že jsou v důchodu, jedna do dotazníku dopsala, že má invalidní důchod. U dalších se můžeme domnívat, že mají zaměstnání, ve kterém je inkontinence moči natolik neobtěžuje, mají snadno dostupné toalety nebo našly nějaké řešení. Také záleží na stupni inkontinence a stadiu léčby.

Vliv na výběr oblečení má inkontinence moči u 5ti žen, které tento vliv hodnotily jako výrazný. Byly nuceny změnit svůj šatník i styl oblékání. Což považuji za výrazný vliv na kvalitu života. Většina žen ovšem své oblékání inkontinenci moči nepodřídila.

Téměř polovina respondentek s sebou nosí náhradní prádlo.

Náhradní hygienické pomůcky jsou velmi důležité. Dodávají pocit bezpečí, často jsou součástí běžné výbavy jejich kabelky.

V tabulce a grafu č. 30 je vidět, nakolik inkontinence moči ovlivňuje sexuální život respondentek. Jedna žena označila, že negativně ovlivnila její sexuální život, ale ze studu svůj problém tají před partnerem. Dalších 7 (23 %) má také pocit negativního vlivu na své sexuální soužití s partnerem, ale partner o jejich problému ví a hovoří o tom spolu. Dalších 6 (20 %) nemá pocit, že by inkontinence moči nějak ovlivnila jejich sexuální život, ale necítí se dobře, což jistě jejich sexuální život určitým způsobem ovlivňuje. Další část respondentek nemá pocit, že inkontinence moči narušila jejich sexuální život a zbylých 5 (17 %) nemá partnera.

Z tabulky a grafu č. 31 je patrné, že většina žen věnuje pozornost místům, kde se toalety nachází. Část zná místa s toaletami, kde běžně chodí. Další část sleduje místa s toaletami, pokud někam cestují. 11 (37 %) žen nemá pocit, že by místa s toaletami sledovaly více než ostatní lidé a dvě ženy nemají pocit, že by to pro ně bylo důležité.

8.6 Závěr, souhrn a návrh pro praxi

Cílem mé práce bylo zjistit, jaká je kvalita života žen s inkontinencí moči. Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že inkontinence moči je pro ženy problém, kterému ovšem nepodřizují svůj život. Nevzdaly se a chtějí svůj stav zlepšit. Kvalitu života respondentek nemohu objektivně hodnotit, protože je naprosto subjektivní. Záleží na vnímání a na hierarchii hodnot. Je jisté, že inkontinence moči zásadně negativně ovlivňuje kvalitu života.

Informace, které jsem v této práci využila, jsem získávala metodou anonymního dotazníku. Celkem jsem rozdala 30 dotazníků, návratnost byla 100%. Dotazník byl rozdán v urogynekologické ambulanci Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 Podolí. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v tabulkách a grafech. Z výsledků vyplývá, že kvalita života žen s inkontinencí moči závisí na vnímání aktuálního pocitu ženy, jejího žebříčku hodnot a celkového individuálního vnímání sebe sama.

Stanovené hypotézy týkající se zhoršení kvality života žen inkontinecí moči se částečně potvrdily. Důvodem proč není inkontinence moči pro ženy tak velkým problémem, jak jsem očekávala, je zřejmě kvalita hygienických pomůcek. Ženám přináší pocit větší jistoty, umožňují jim věnovat se obvyklým činnostem a významně takto pomáhají udržet přijatelnou kvalitu života.

Pro praxi bych doporučila zaměřit se na informovanost žen s inkontinencí moči. Velmi prospěšné by byly edukační semináře v malých skupinkách podle typu

inkontinence a stadia léčby, kde by se dozvěděly užitečné informace a mohly by se navzájem podělit o své zkušenosti.

Dále bych doporučila zaměřit se na mladé ženy, které by měly mít povědomí o tomto problému, a to již před otěhotněním. Domnívám se, že pokud budou informované, budou se více zajímat o prevenci tohoto problému. Snazší pro ně bude i vyhledání lékařské pomoci v případě potřeby.

Text by mohl být informací pro studentky oborů porodní asistentka a všeobecná sestra. V klinické praxi by též mohl být prospěšný pro veškerý ošetřovatelský personál.

9 Literatura:

1. CITTEBART, K. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2001. 177-187 s. ISBN 80-7262-094-0.
2. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. *Inkontinence moči*. Praha : Triton, 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
3. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. Praha : Grada, 2000. 98 s. ISBN 80-7169-950-0.
4. HALAŠKA, M. et al. *Urogynekologie*. Praha : Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
5. Kolektiv fyziologického ústavu 1. LF UK. *Přehled fyziologie člověka.* II.díl, Praha : Karolinum, 2002. 255 s. ISBN 80-246-0229-6.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
7. MARTAN, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2.vyd. Praha : Maxdorf, 2006. 79 s. ISBN 80-7345-094-1.
8. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
9. ZIKMUND, J.; HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. Brno : IDVZP, 1993. 60 s. ISBN 80-7013-142-X.

Internetové zdroje:

10. HORČIČKA, L.; CHMEL, R. *Močová inkontinence* [online]. Praha : GONA spol. s r.o., [2008] [cit. 2009-02-10]. Dostupný z WWW: <http://www.mocova-inkontinence.cz/index.html>.
11. *Problematika inkontinence* [online]. HARTMANN – RICO a.s., [2006] [cit. 2009-02-10]. Dostupný z WWW: <http://cz.hartmann.info/CZ/72924.htm>.

10 Seznam zkratek

apod. – a podobně

BMI – Body mass index – index tělesné hmotnosti

ICS - International Continence Society – mezinárodní společnost pro kontinenci

např. – na příklad

TVT - tension-free vaginal tape - volná poševní smyčka

TVT-O – transobturator tape - obturatorní systém

tzv. – tak zvaný

ÚPMD - Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4 Podolí

WHO - World Health Organization – světová zdravotnická organizace

11 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník
Příloha č. 2 - Index tělesné hmotnosti

Příloha č. 1

Dotazník

Vážená paní, jmenuji se Jana Duřtová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické Duškova 7, Praha 5, obor porodní asistentka. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Vliv inkontinence moči na kvalitu života žen. Dotazník je anonymní a údaje v něm obsažené budou použity výhradně pro mou práci. Předem děkuji za Váš čas a ochotu jej vyplnit.

1. Kolik je Vám let:.....

2. Jaký je Váš rodinný stav:
   a) svobodná
   b) vdaná
   c) znovu vdaná
   d) rozvedená
   e) vdova

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
   a) základní
   b) vyučena
   c) maturita
   d) vyšší odborné
   e) vysokoškolské

4. Kolik vážíte:.....

5. Kolik měříte:.....

6. Jak dlouho máte problémy s únikem moči:.....

7. Za jak dlouho od počátku problému jste vyhledala lékařskou pomoc:.....

8. Po jaké události se u Vás únik moči objevil poprvé:
   a) po porodu
   b) v přechodu
   c) jindy:.....

9. Kdy jste získala informace o problému:
   a) již před počátkem inkontinence
   b) když jsem začala mít problémy

10. Svěřila jste se někomu o svém problému: (manžel, rodina, kamarádky, kolegyně...)
    a) ano komu: .....
    b) ne

11. Z jakých zdrojů jste získávala informace:
    a) lékař
    b) rodina
    c) přátelé
    d) ve sdělovacích prostředcích (odborná literatura, televize, internet...)
    e) jiné:...

12. Znáte možnosti léčby:
    a) ano, jaké:.....
    b) ne

13. Kdy jste se začala léčit:
    a) sama jsem navštívila lékaře hned v počátku problému
    b) sama jsem navštívila lékaře, když mě únik moči již výrazně obtěžoval
    c) navštívila jsem lékaře, když jsem začala mít další zdravotní problémy související s inkontinencí moči

14. Jakým způsobem se léčíte:
    a) konzervativně, jak:.....
    b) operativně, jak:.....

15. Jak dlouho se léčíte:.....

16. Došlo již ke zlepšení stavu:
    a) ano
    b) ne

17. Máte-li nucení na močení, jak dlouho můžete počkat:.....

18. Při jaké příležitosti dochází k úniku moči:
    a) kašel, kýchání
    b) při zvedání zátěže
    c) při běhu, sportu
    d) při rozčílení
    e) bezdůvodně
    f) jiné:.....

19. Dochází u Vás k úniku moči i ve spánku:
    a) ano
    b) ne

20. Budí Vás v noci pocit nucení na močení:
    a) ano
    b) ne

21. Jaký je Váš pitný režim:.....

22. Omezila jste pitný režim:
    c) ano
    d) ne

23. Změnila jste své návyky:
    a) ano
    b) ne

24. Navštěvujete společnost stejně často, jako v době než se u Vás inkontinence objevila:
    a) ano
    b) ne

25. Ovlivnila inkontinence moči Vaše sportovní aktivity: (mimo cviků, které souvisí s léčbou inkontinence)
    a) ano, přestala jsem sportovat z důvodu úniku moči
    b) ano, začala jsem sportovat abych zhubla a inkontinence přestala
    c) ne, sportuji stejně jako předtím
    d) jiné:.....

26. Změnila jste své stravovací návyky v souvislosti s inkontinencí moči:
    e) ano, vyhýbám se potravě a nápojům s močopudnými účinky
    f) ano, jím dietní stravu, protože se snažím zhubnout
    g) ne
    h) jiné:.....

27. Změnila jste zaměstnání v souvislosti s nepohodlím, které inkontinence způsobuje:
    c) ano
    d) ne

28. Ovlivnila inkontinence moči výběr Vašeho oblečení:
    c) ano
    d) ne

29. Nosíte s sebou náhradní prádlo:
    a) ano, bez toho bych nevyšla mezi lidi
    b) ano, ale jen když jdu ven na celý den
    c) ano, ale jen pro jistotu, většinou to nepotřebuji
    d) většinou ne
    e) ne, nikdy

30. Nosíte s sebou náhradní hygienické pomůcky:
    a) ano, bez toho bych nevyšla mezi lidi
    b) ano, ale jen když jdu ven na celý den
    c) ano, ale jen pro jistotu, většinou to nepotřebuji
    d) většinou ne
    e) ne, nikdy

31. Omezila jste sexuální život:
    a) ano, stydím se za svůj problém, partnerovi jsem nic neřekla
    b) ano, ale s partnerem o tom mluvíme
    c) ne, ale necítím se dobře
    d) ne, nemám důvod
    e) nemám partnera

32. Vnímáte více kde jsou toalety, když někam jdete:
    a) vím přesně kde jsou všude tam, kde běžně chodím
    b) když někam cestuji dávám pozor abych k nim měla vždy blízko
    c) myslím, že je sleduji jako každý jiný člověk
    d) ne, nemám pocit, že by to pro mě bylo důležité

Zde je místo pro Vaše případné doplnění dotazníku. Pokud máte pocit, že chcete ještě něco dodat, popřípadě jen napsat zkušenosti s tímto problémem. Budu velice ráda když alespoň ve stručnosti napíšete cokoli co by mohlo obohatit mé vědomosti. Děkuji.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2

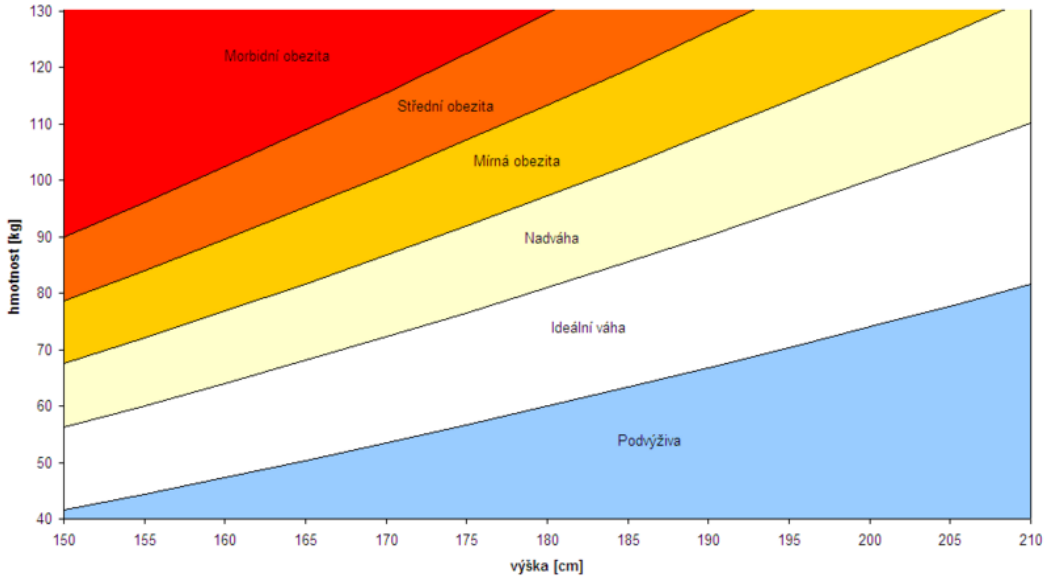
Index tělesné hmotnosti

Index tělesné hmotnosti, obvykle označovaný zkratkou **BMI** (z anglického body mass index) je číslo používané jako měřítko obezity, umožňující statistické porovnávání lidí s různou výškou. Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky:

$$\mathrm{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$

Do tohoto vzorečku se dosazuje hmotnost v kilogramech a výška v metrech a výsledná jednotka kg/m² se vynechává.

Index tělesné hmotnosti vytvořil někdy v letech 1830–1850 belgický vzdělanec Adolphe Quetelet při práci na svém systému „sociální fyziky“, proto se BMI někdy označuje také jako **Queteletův index**.

Běžně se používají následující hranice:

Kategorie	Rozsah BMI – kg/m²	Základní BMI	Hmotnost osoby vysoké 180 cm
těžká podvýživa	BMI ≤ 16,5	méně než 0,6	méně než 53,5 kg
podváha	16,5 – 18,5	0,6 – 0,74	od 53,5 do 60 kg
ideální váha	18,5 – 25	0,74 – 1	od 60 do 81 kg
nadváha	25 – 30	1 – 1,2	od 81 do 97 kg
mírná obezita	30 – 35	1,2 – 1,4	od 97 do 113 kg
střední obezita	35 – 40	1,4 – 1,6	od 113 do 130 kg
morbidní obezita	BMI > 40	nad 1,6	nad 130 kg