

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**ROLE SESTRY V PREVENCI, DIAGNOSTICE A LÉČBĚ
MOČOVÉ INKONTINENCE**

Bakalářská práce

KATEŘINA KOŠNÁŘOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kovaříková PhD.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Košnářová Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence

*The Nurse's Role in the Prevention, Diagnosis and Treatment of
Urinary Incontinence*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kovaříková, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu bibliografických odkazů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Kovaříkové PhD. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Rovněž děkuji Ing. Soně Jexové PhD. za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, bez jejichž trpělivosti a shovívavosti by nemohla empirická část mé bakalářské práce vzniknout.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

KOŠNÁŘOVÁ, Kateřina: *Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Kovaříková, PhD. Praha. 2016. 75 stran.

Tématem bakalářské práce je role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence u žen. Teoretická část práce se v první kapitole věnuje močové inkontinenci a jejímu dělení. Dále jsou v této části uvedeny příčiny vzniku močové inkontinence. Druhá část bakalářské práce se zabývá diagnostikou močové inkontinence. Třetí kapitola nám objasňuje způsoby léčby močové inkontinence. Poslední kapitola číslo čtyři teoretické části se zabývá rolí sestry v prevenci, léčbě a péči o pacientku s močovou inkontinencí.

Empirickou část tvoří průzkum, který má tři cíle: první cíl zjišťuje, jaká je informovanost žen o prevenci močové inkontinence, druhý cíl hledá odpovědi na otázku, zda mají ženy povědomost o léčbě močové inkontinence, a třetí cíl má za úkol zmapovat, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence. Výsledky průzkumu jsou zpracovány na základě dotazníkového šetření žen pracujících v pečovatelských a seniorských domech v Písku.

Klíčová slova

Diagnostika. Inkontinence. Léčba. Prevence. Role sestry. Žena.

ABSTRACT

KOŠNÁŘOVÁ, Kateřina: *The nurse's role in the prevention, diagnosis and treatment of urinary incontinence*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Kovaříková, PhD. Prague. 2016. 75 pages.

The topic of the bachelor's thesis is the nurse's role in prevention, diagnosis and treatment of urinary incontinence of women. The theoretical part in the first chapter pays attention to urinary incontinence and its division. Further the cause of urinary incontinence is mentioned in the second chapter. The third chapter introduces the way of a treatment of urinary incontinence. The last chapter number four of the theoretical part deals with the nurse's role in prevention, treatment and care of the patient treated with urinary incontinence.

The empirical part consists of a survey which has three objectives: the first objective focuses on how well are woman informed about urinary incontinence, the second objectives seeks answers for fading out how the nurses perform the role of informants within the preventive of urinary incontinence. The results of the survey are based on the questionar's of nurses working in nursing and senior houses in the city of Písek.

Keywords

Diagnosis. Incontinence. Prevention. Nurse's role. Woman.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
ÚVOD.....	12
1 INKONTINENCE MOČI.....	14
1.1 Skupiny a typy inkontinence moči	14
1.2 Rizikové faktory vzniku inkontinence moči	16
2 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE	18
2.1 Minimální diagnostický program.....	18
2.2 Specializovaný diagnostický program	22
3 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE.....	24
3.1 Konzervativní léčba inkontinence moči.....	24
3.2 Operační léčba inkontinence moči	29
4 ROLE SESTRY V PREVENCI, LÉČBĚ A PÉČI O PACIENTKU S MOČOVOU INKONTINENCÍ.....	33
5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	38
5.1 Průzkumné cíle a průzkumné otázky	38
5.2 Metodologie a metody průzkumu	38
5.3 Charakteristika výběrového souboru	39
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	42
6.1 Interpretace výsledků průzkumu	58
6.2 Diskuse	67
6.3 Doporučení pro praxi	71
7 ZÁVĚR.....	72

SEZNAM LITERATURY	73
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Délka praxe v sociálních službách	40
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	40
Graf 3 Věk respondentek	41
Graf 4 Věk respondentek – průzkumná otázka 1	43
Graf 5 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 1.....	43
Graf 6 Kegellovy cviky – průzkumná otázka 1	44
Graf 7 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 1	45
Graf 8 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka1	45
Graf 9 Zdroj čerpání informací o MI.....	46
Graf 10 Přístup k internetu	47
Graf 11 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 2.....	47
Graf 12 Kegellovy cviky – průzkumná otázka 2	48
Graf 13 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 2	48
Graf 14 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka 2	49
Graf 15 MI u rodinných příslušníků	50
Graf 16 Způsoby léčby MI	50
Graf 17 Znalost léčby MI	51
Graf 18 Operační léčba MI.....	52
Graf 19 MI u klientů respondentek.....	52
Graf 20 Osobní zkušenost s MI	53
Graf 21 Zdroj čerpání informací o MI.....	54
Graf 22 Podání informací o MI od sestry v rámci prevence	54
Graf 23 Nabídnutí letáku o MI sestrou	55
Graf 24 Seznámení sestrou s inkontinentními pomůckami	55
Graf 25 Seznámení sestrou s dodržováním režimových opatření	56
Graf 26 Seznámení sestrou se cviky pánevního dna	56

SEZNAM ZKRATEK

AUS.....artificial urinary sphincter

(ČERMÁK, PACÍK, 2006)

MI.....močová inkontinence

TOT.....Tension free vaginal trans Obturator Tape

TVT.....Tension free Vaginal Tape

TVT-S.....Tension free Vaginal Tape Secure

(SLEZÁKOVÁ a kol., 2013)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Extrofie močového měchýře – vrozená vývojová vada, součást rozštěpů břišní stěny, obv. spolu s epispadií, různě těžkými malformacemi pohlavních orgánů

Ektopický – uložený či jsoucí mimo obvyklé místo

Intraabdominální – nitrobřišní

Postmikční reziduum – moč, která zůstává v močovém měchýři po dokončení močení

Stresová inkontinence – močová inkontinence, při níž dochází k úniku moči při různých aktivitách spojených se zvýšením nitrobřišního tlaku smích, kýchání apod.

Urgentní inkontinence – močová inkontinence vznikající při silných a neovladatelných kontrakcích svaloviny močového měchýře

Uretrocystografie zkr. UCG – kombinované kontrastní rentgenové vyšetření močové trubice a močového měchýře, někdy při močení mikční uretrocystografie

Uropoetický – týkající se tvorby moči uropoeza

Vezikovaginální – týkající se močového měchýře a pochvy

(VOKURKA a kol., 2010)

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá rolí sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence u žen. Močová inkontinence je v současnosti stále aktuální téma, které se čím dál častěji objevuje i v hledáčku médií. S únikem moči se častěji potýkají ženy než muži, ale bez rozdílu pohlaví dochází k omezení v osobním, pracovním a společenském životě. Mnoho žen se vzdává dosavadního životního stylu, vyhýbají se společnosti a uzavírají se do sebe. To vše může vést k sociální izolaci a vzniku depresí. Z důvodu studu mnoho žen o potížích s únikem moči nemluví, často tento problém přičítají vyššímu věku a řeší ho použitím inkontinentních pomůcek. Odhaduje se, že každá druhá žena má ve svém životě potíže s udržení moči a právě toto významně zasahuje do kvality jejího života.

Všeobecná sestra má zde v oblasti informovanosti o prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence nezastupitelnou roli. Svým empatickým a vstřícným přístupem může pacientce pomoci najít vhodný způsob řešení jejich potíží a zbavit pacientku obav z léčby. Farmakologická léčba a chirurgické miniinvazivní zákroky řešící problémy s únikem moči jsou neustále zlepšovány, a proto může sestra podáním informací v rámci preventivní péče změnit negativní postoj pacientky k léčbě úniku moči. Všeobecná sestra je důležitým prostředníkem mezi lékařem a pacientkou.

Tato práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá dělením inkontinence a rizikovými faktory jejího vzniku, diagnostikou, léčbou močové inkontinence a rolí sestry v prevenci, léčbě a péči o pacientku s močovou inkontinencí. V průzkumné části této práce jsme se snažili zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o prevenci a možnostech léčby močové inkontinence. Zajímá nás, z jakých informačních zdrojů ženy čerpaly informace o problémech s únikem moči. Pozornost jsme věnovali sestrám pracujícím v ambulancích gynekologického a praktického lékaře se zaměřením na jejich podávání informací v problematice močové inkontinence.

Cílem naší práce je popsat močovou inkontinenci a rizikové faktory jejího vzniku. Dále se zaměříme na diagnostiku a léčbu močové inkontinence a jedním z našich cílů, je také zmapování role sestry v prevenci, léčbě a péči o pacientku s močovou inkontinencí. Dalším naším cílem je zjistit míru informovanosti žen o prevenci a léčbě

močové inkontinence, a také zmapovat, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Zjistit informovanost žen o prevenci močové inkontinence.

Cíl 2.

Zjistit informovanost žen o možnosti léčby močové inkontinence.

Cíl 3.

Zmapovat, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence.

Vstupní literatura:

ADAMÍK, Z. 2007. *Terapie stresové inkontinence*. Medical tribune: Nemocniční speciál, 2007, 4, s.1. ISSN 1214–8911.

ČERMÁK, A. a D. PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80–7254–875–1.

FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80–8063–227–8.

HORČIČKA, L. 2009. *Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku*. Sestra: Tématický sešit: Inkontinence, 2009, č. 2, 67–68 s. ISSN 1210–0404.

CHMEL, R. 2010. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010. 72 s. ISBN 978–80–204–2279–8.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence, proběhlo v časovém období říjen 2015 až únor 2016. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází internet – Google, katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ, EBN knihy, EBN časopisy.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém diagnostika, inkontinence, léčba, prevence, role sestry, žena. V jazyce anglickém byly těmito slovy diagnosis, incontinence, prevention, nurse's role, woman.

1 INKONTINENCE MOČI

Inkontinenci moči lze definovat jako každý nechtěný únik moči. Tato porucha udržení moči je velmi rozšířeným medicínským problémem, který sice neohrožuje ženu na životě, ale má zásadní vliv na kvalitu jejího života. Inkontinence moči omezuje ženu hygienicky a hlavně psychosociálně. Mnoho inkontinentních žen nevyhledá odbornou pomoc nikdy, nebo tak učiní až po velmi dlouhé době a tak často dochází u ženy ke ztrátě sebeúcty, sociální izolaci a ke vzniku depresí (HANUŠ, 2011).

1.1 Skupiny a typy inkontinence moči

Podle Standardizační komise se močová inkontinence dělí do dvou základních skupin a to podle cesty úniku moči.

1. *Inkontinence uretrální* – unikající moč prochází močovou trubicí.
2. *Inkontinence extrauretrální* – moč uniká jinou cestou než přirozenou cestou dolního močového traktu.

Pod skupinu inkontinence uretrální řadíme tyto typy močové inkontinence:

- a) stresová inkontinence moči
- b) urgentní inkontinence moči
- c) reflexní inkontinence moči
- d) paradoxní inkontinence moči

Pod skupinu inkontinence extrauretrální řadíme tyto typy močové inkontinence:

- a) kongenitální – extrofie močového měchýře, ektopický ureter
- b) získaná – píštěle vezikovaginální, uretrovaginální, ureterovaginální

(MARTAN, 2005)

Stresová (zátěžová) inkontinence moči

Tento typ močové inkontinence představuje jednu z nejčastějších funkčních poruch postihujících ženskou populaci. Je mylné domnívat se, že název stresová inkontinence souvisí s psychickým stresem, název pro tento typ inkontinence se odvíjí od intraabdominálního tlaku, který je v odborné terminologii nazýván stres. Stresová inkontinence se z počátku projevuje únikem malého množství moči při fyzických aktivitách, které jsou spojeny s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (při kašli, kýchnutí, smíchu, prudkém pohybu, poskoku nebo náhlým zvednutím těžkého břemene). Pokud je tlak v močovém měchýři vyšší než tlak v oblasti svěrače, dochází k úniku moči (ROZTOČIL a kol., 2011).

Urgentní (nutkavá) inkontinence moči

Urgentní močová inkontinence je v posledních letech nahrazována termínem – **hyperaktivní močový měchýř**. Pro tento typ inkontinence je typický únik moči při neovladatelném nutkání na močení a to v důsledku poruchy řízení funkce močového měchýře. Urgentní inkontinence zahrnuje urgence, vyšší frekvenci močení a nykturii. Jako důvod úniku moči udává pacient nedoběhnutí na toaletu (ROZTOČIL a kol., 2011).

Dělí se na:

- **motorickou** – způsobenou hyperaktivitou detruzoru
- **senzorickou** – způsobenou hypersenzitivitou receptorů detruzoru (např. při nádoru, cystolitiáze, cystitidě).

Reflexní inkontinence moči

Reflexní inkontinence moči vzniká v důsledku neurologického onemocnění, nebo v důsledku poranění míchy či mozku. V případě ztráty volní kontroly nad procesem močení i k vyprazdňování močového měchýře dochází bez nutkání a reflexně jako u kojence (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Paradoxní inkontinence moči (Ischuria paradoxa)

Tento typ močové inkontinence je také nazýván jako *inkontinence z přeplnění*. Jedná se spontánní odtékání moči po kapkách z přeplněného, maximálně rozepjatého močového měchýře a je projevem postižení vypuzovací funkce močového měchýře.

Získaná slabost svaloviny močového měchýře je důvodem, který se projevuje neúplným vyprazdňováním s postupně se zvětšujícím zůstatkem moči v měchýři po močení. Hromadící se moč vytváří vnitřní tlak, který převyšuje tlak v močové trubici a dochází k úniku moči (MARTAN, 2005).

1.2 Rizikové faktory vzniku inkontinence moči

Určit jedinou a zásadní příčinu vzniku poruch udržení moči nejsme schopni, ale kromě vrozených dispozic existuje mnoho rizikových faktorů – multifaktoriálních příčin, které mají vliv na vznik močové inkontinence.

Pohlaví – u žen dochází ke vzniku stresové inkontinence 2–3× častěji než u mužů. Tento rozdíl je viditelný zvláště ve věkové kategorii pod 60 let, kdy je počet mužů se stresovou inkontinencí velice nízký.

Věk – se zvyšujícím se věkem narůstá i počet pacientek s močovou inkontinencí a také její závažnost. V závislosti na věku dochází i ke změnám v typu inkontinence. Zatímco mladší ženy jsou častěji postiženy stresovou inkontinencí, starší ženy se častěji potýkají s urgentním typem inkontinence (GENADRY, MOSWIN, 2013).

Parita – vaginální porod je relativním rizikem pro vznik stresové inkontinence. Důvodem je přímé poškození svalů a fascie pánevního dna a poškození nervů s pozdější poruchou svalů dna pánve. Riziko vzniku inkontinence se zvyšuje u žen, které porodily dítě o porodní hmotnosti plodu > 4 000 g a také u žen vícekrát rodících. Porod císařským řezem zvyšuje riziko vzniku inkontinence minimálně.

Rasa – jsou popisovány mezirasové rozdíly, co se týče jednotlivých forem dysfunkce pánevního dna. Zatím nevíme, zda to způsobují sociálně – kulturní rozdíly nebo rozdíly podmíněné geneticky (MARTAN, 2005).

Kouření – nikotinismus je nezávislým rizikovým faktorem pro urgentní a stresovou inkontinenci. Nikotin ovlivňuje stažitelnost svaloviny močového měchýře a dochází ke zhoršování příznaků urgentní inkontinence, zatímco ke vzniku stresové inkontinence dochází v důsledku kašle u chronického kuřáckého zánětu průdušek (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Obezita – je dalším z významných nezávislých rizikových faktorů pro všechny typy inkontinence. Výrazná nadváha zvyšuje riziko rozvoje inkontinence 2,5krát a to v důsledku soustavného navyšování intraabdominálního tlaku s následným překonáním kontinentních mechanismů (SKŘIVÁNEK, 2009).

Rizikové faktory s nejasným vztahem ke vzniku inkontinence – recidivující infekce močových cest, omezení fyzické aktivity, gynekologické operace, kognitivní poruchy, působení některých léků (například léky na odvodnění, tzv. diuretika), (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

2 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE

Rozhodující je v problematice močové inkontinence zjištění příčiny samovolného úniku moči, a z toho pak plynoucí určení správného léčebného plánu. K tomu slouží podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření, vyšetření moči, gynekologické vyšetření, urodynamické vyšetření, zobrazovací vyšetření a případně cystoskopie (MARTAN, 2013).

2.1 Minimální diagnostický program

Tento program pro zhodnocení inkontinence moči zahrnuje tato vyšetření: anamnézu, gynekologické vyšetření, jednoduché funkční testy, vyšetření moči, kontrolu postmikčního rezidua a vyhodnocení mikčního diáře (ROZTOČIL a kol., 2011).

Anamnéza – je velmi důležitá a zkušený lékař může na základě cílených otázek získat představu, o jaký typ inkontinence by se mohlo u pacientky jednat. Součástí anamnézy je detailní analýza stávajících potíží. Ptáme se na dobu trvání obtíží, na počet močení za den a noc, na časové intervaly mezi močeními a také na schopnost oddálení močení. Důležitý je také důvod způsobující únik moči – zda moč uniká při urgenci, kašli, smíchu, kýchnutí, poskočení, při zvednutí břemena, chůzi ze schodů, popoběhnutí, nebo i v klidu, zda při takové situaci unikne jen nepatrné množství moči nebo moč veškerá. Některé standardizované dotazníky nám mohou usnadnit získávání potřebných informací, ale nemohou nahradit dialog mezi pacientkou a lékařem (KAWACIUK, 2009), (ROZTOČIL a kol., 2011).

Doporučená struktura anamnézy u pacientky s inkontinencí

Sociální a psychosociální anamnéza:

- vzdělání pacientky a zaměstnání (zda je těžce manuálně pracující)
- psychické stresující faktory v rodině a v zaměstnání
- fyzické stresující faktory v rodině a v zaměstnání (chladné a větrné počasí, práce bez možnosti odejít na toaletu)
- zda je pacientka vystavena konfliktním situacím a její schopnost je řešit
- celková citlivost pacientky (ROZTOČIL a kol., 2011)

Všeobecná anamnéza:

- dřívější a současná onemocnění – prodělané operace, úrazy se zaměřením na páteř, pánev, na centrální nervový systém, kardiovaskulární a pulmonální obtíže, psychiatrické a neurologické obtíže, metabolická onemocnění (diabetes)
- užívání návykových látek
- dlouhodobé užívání léků (např. diuretika, hypnotika, sedativa)

(ROZTOČIL a kol., 2011)

Gynekologická anamnéza:

- analýza reprodukčních funkcí – menstruační cyklus, těhotenství, průběh porodu
- porodní hmotnost dětí
- menopauza, klimakterický syndrom
- porodnické výkony (porod kleštěmi, porod císařským řezem)
- gynekologické výkony (např. výkony pro sestup pánevního dna, dřívější výkony pro inkontinenci)
- sexuální život
- hormonální terapie

(ROZTOČIL a kol., 2011)

Urologická anamnéza:

- enuréza v dětství, v dospělosti
- vrozené vývojové vady uropoetického systému a dolních cest močových
- onemocnění vývodných cest močových – zánětlivá onemocnění
- chirurgické výkony na močovém měchýři, močovodech, ledvinách

(ROZTOČIL a kol., 2011)

Gynekologické vyšetření – gynekologické vyšetření navazuje na podrobnou anamnézu. Nejdříve se provádí vyšetření inspekci a po ní následuje vyšetření palpační (ROZTOČIL a kol., 2011).

Při inspekci pátráme po zánětlivých a jizevnatých změnách, které by mohly mít vliv na močový měchýř a uretru. Sledujeme, zda během vyšetření nedošlo k úniku moči. Inspekce je prováděna v klidu a také při Valsalvově manévru (ROZTOČIL a kol., 2011).

Palpační vyšetření se opět provádí v klidu i při Valsalvově manévru. Toto vyšetření je zaměřeno na palpační posouzení stavu podpůrného a závěsného aparátu. Pátráme po jizevnatých strukturách, které mohou zapříčinit abnormální fixaci uretry nebo močového měchýře. Palpací lze mimo jiné i zjistit informaci o stavu svalstva a schopnosti volní kontraktivity svalů pánevního dna (ROZTOČIL a kol., 2011).

Jednoduché funkční testy – testy posuzující funkci pánevního dna.

- *Q – tip test* – provádí se zavedením sterilní štětičky namočené v mesocainu do uretry. Následně pacientka volně zatlačí a při uvolněném vezikouretrálním spojení opisuje štětička polokruh kraniálně. Při pohybu o více než 30° je test hodnocen jako pozitivní (MARTAN, 2013).
- *Zkrácený PAD test* (vložkový) – tímto testem se zjišťuje ztráta objemu moči vážením vložek před a po vykonání přesně definované fyzické aktivity – např. desetkrát stoj ze sedu a zakašlat, pětkrát zvednout předmět ze země (ROZTOČIL a kol., 2011).

Stupně dělení inkontinence podle váhového přírůstku moči:

- žádná inkontinence < 2 g
- I. stupeň (lehká inkontinence) 2–10 g
- II. stupeň (středně těžká inkontinence) 10–50 g
- III. stupeň (těžká inkontinence) > 50 g (ROZTOČIL a kol., 2011)

- *Test levátorový* – test se provádí při inspekci zavedením zadní lžice zrcadla, pacientka provede kontrakci svalů dna pánevního, při správné funkci svalů je zrcadlo bez problémů vyzdviženo. Podle kvality a délky kontrakce můžeme posoudit stupeň volní kontraktility svalu (ROZTOČIL a kol., 2011).

Rozdělení do stupňů dle kontrakční schopnosti svalu:

- Stupeň 0 – nulová kontrakce svalů dna pánevního
 - Stupeň 1 – kontrakce trvající méně než 2 sekundy
 - Stupeň 2 – kontrakce trvající 2 až 5 sekund
 - Stupeň 3 – kontrakce trvající 6 až 10 sekund
 - Stupeň 4 – kontrakce trvající 11 až 15 sekund
 - Stupeň 5 – kontrakce trvající 15 sekund (ROZTOČIL a kol., 2011).
- *Marshall – Bonneyho test* – při naplnění močového měchýře 200 ml sterilní tekutiny se pacientka vyzve, aby ve stoje zakašlala. Pokud má pacientka stresový typ inkontinence, dojde k úniku moči. Po nadzdvihnutí parauretrální tkáně dvěma prsty v oblasti krčku močového měchýře při zakašlání moč neodtéká (HALAŠKA, 2004).

Vyšetření moči – je součástí standartního prvotního vyšetření. Provádí se biochemická analýza a mikroskopické zhodnocení močového sedimentu. Vyšetřuje se čerstvá moč ve sterilní nádobě ze středního proudu moči (KAWACIUK, 2009), (ROZTOČIL a kol., 2011).

Kontrola postmikčního rezidua – postmikční reziduum nám ukazuje na objem moči v močovém měchýři po vymočení. Pokud je množství rezidua menší než 50 ml, je vyprazdňování dostatečné, pokud je objem rezidua větší než 200 ml, je vyprazdňování nedostatečné. U hodnot mikčního rezidua v rozmezí mezi 50 až 200 ml se provádějí další diagnostická vyšetření.

Vyhodnocení mikčního diáře – mikční diář nám slouží k zachycování údajů o močení a je pomocníkem v odhalení příčiny i vhodné léčby. Je také ukazatelem léčebného efektu. Do mikčního diáře je pravidelně zapisován denní příjem tekutin, frekvence močení, každý pocit silného, nepřekonatelného nucení na močení, nechtěný únik moči a činnost, při které k úniku moči došlo (HALAŠKA, 2004), (Příloha A).

2.2 Specializovaný diagnostický program

Tento diagnostický program zahrnuje tato vyšetření: urodynamické vyšetření, uretrocystoskopii, zobrazovací vyšetřování dolních močových cest a kalibraci uretry.

Urodynamické vyšetření – nám umožňuje zhodnotit funkci dolních močových cest. Je to bezbolestné a minimálně invazivní vyšetření, které se provádí v urogynekologické nebo urologické ambulanci na zařízení, které se nazývá **urodynamická jednotka**.

Urodynamické vyšetření se skládá ze tří částí:

- plnicí a mikční cystometrie
- profilometrie
- uroflowmetrie

Plnicí a mikční cystometrie – nejčastější vyšetřovací metoda v urodynamice. Tímto vyšetřením dochází k vyhodnocení vztahu mezi objemem močového měchýře, tlakem v močovém měchýři a v dutině břišní. Výsledkem je informace o neurologické kontrole detruzoru měchýře.

Vyšetření spočívá v zavedení uretrálního katétru přes močovou trubici do močového měchýře a fixaci katétru k zevnímu genitálu. Následuje zavedení balónkového rektálního katétru do konečníku a to asi do hloubky 10 cm, který je fixován napuštěním balonku fyziologickým roztokem. Přístroj měří tlakové poměry během plnění močového měchýře sterilní tekutinou (cca 200 ml). Zaznamenává množství plnicí tekutiny a všechny změny, které v průběhu plnění v močovém měchýři probíhají. Jedná se o poměrně technicky náročné vyšetření, které vyžaduje dobrou spolupráci pacientky. Pacientka je vyzvána k provedení provokačního manévru např. zakašlala (čímž se zapojí břišní lis a zvýší se tak nitrobřišní tlak) a sdělila lékaři pocit prvního, normálního a silného nucení na močení. Poslední fází vyšetření je vymočení se opět do speciální toalety, ale již se zavedenými katétry – přičemž se měří tlaky v dolních močových cestách. Po skončení vyšetření se pacientce oba katétry odstraní. Celé vyšetření trvá zhruba jednu hodinu. U tohoto vyšetření je kladen velký důraz na respektování intimity pacientky (HALAŠKA, 2004).

Profilometrie – podává informaci o uretrálním uzávěrovém tlaku.

- Klidová – provádí se měření intraluminárního tlaku po celé délce uretry v klidu za současného snímání intravezikálního tlaku, hodnotí se rozdíl těchto dvou veličin tzv. uretrální uzávěrový tlak.
- Stresová – pacientka během měření několikrát zakašle nebo provede jiný stresový manévr. Pokud tlak v močovém měchýři převyší tlak v uretře, je potvrzena diagnóza stresové inkontinence (MARTAN, 2013).

Uroflowmetrie – neinvazivní vyšetření, sloužící ke zhodnocení vyprazdňovací funkce močového měchýře a intenzity průtoku moči vývodními močovými cestami v závislosti na čase. Principem tohoto vyšetření je močení do speciální toalety a následné vyhodnocení křivky zobrazující průběh močení počítačem. Vyšetření se provádí u pacientky s naplněným močovým měchýřem. Pomocí uroflowmetrie je možné odhalit příčiny poruch transportu moči dolními močovými cestami.

Uretrocystoskopie – endoskopická metoda, která se provádí zejména při nejasných nálezech na uretrocystografii. Toto vyšetření je indikováno vždy při přítomnosti krve v moči, a také u pacientů nereagujících na farmakologickou léčbu. Vede k odlišení patologického zúžení močové trubice od tumoru nebo spasmu svěrače uretry.

Ultrasonografie – postupně nahradila všechny zobrazovací techniky. Při běžném dynamickém vyšetření poskytuje transperinální přístup dobrý panoramatický přehled přes malou pánev. Dopplerovské vyšetření nám umožňuje sledovat změny v cévním průtoku uretry. Barevné mapování s kontrastem nám pomáhá určit pozici uretry, při které nastává únik moči (KAWACIUK, 2009).

Magnetická rezonance – tato zobrazovací metoda má ze všech metod nejvyšší rozlišení měkkých tkání, což je výhodné v oblasti pánevního dna, kde je odlišuje jen malý kontrast. Magnetická rezonance dokáže zachytit mobilitu uretry a pánevního dna, ale z důvodu finanční, časové náročnosti a možné kontraindikace se toto vyšetření v každodenní klinické praxi neprovádí (KAWACIUK, 2009).

Kalibrace uretry – tato metoda nám diagnostikuje stenózu uretry, kterou trpí nejméně 1/3 žen. Kromě vrozené stenózy močové trubice se na zúžení lumina uretry etiologicky podílí bakteriální infekce močových cest (HALAŠKA, 2004).

3 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE

Léčba úniku moči se provádí na základě dokonalé diagnostiky močové inkontinence. Vzhledem k rozdílným léčebným metodám různých typů inkontinence moči, je definitivní stanovení typu inkontinence velmi důležité. Cílem léčby je dosažení plné kontinence, zmírnění obtěžujících symptomů, omezení vzniku komplikací a hlavně zlepšení kvality života. Léčba všech typů inkontinence se dělí na konzervativní a operační (chirurgickou), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

3.1 Konzervativní léčba inkontinence moči

Konzervativní léčba je zpravidla prvním krokem v léčbě močové inkontinence, zahrnující tyto terapeutické přístupy:

- Edukace
- Fyzioterapie
- Farmakoterapie
- Protetické antiinkontinentní pomůcky
- Psychoterapie
- Absorpční pomůcky (ROZTOČIL a kol., 2011)

Edukace – je velmi důležitá pro získání spolupráce pacientky s močovou inkontinencí. Je vhodné pacientku seznámit s fyziologií mikce a objasnit příčinu a klinické projevy jejích obtíží. Důležité je předání informací o normálních odstupech mezi mikcemi a případných důsledcích příliš časté mikce například z důvodu strachu z nechtěného úniku moči. Je vhodné navržení režimových opatření a to zejména v oblasti životosprávy a pracovní zátěže (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Režimová opatření u stresové inkontinence moči:

- redukce hmotnosti
- omezení nepřiměřené aktivity (zvedání těžkých břemen)
- úprava příjmu tekutin, které pacientky ze strachu z úniku moči snižují na minimum

Režimová opatření u urgentní inkontinence moči:

- omezení nebo úplné vyškrtnutí kořeněných jídel z jídelníčku, citrusů, alkoholu a kávy
- dodržování pitného režimu – denně vypít 1,8 až 2,2 litru
- omezit příjem tekutin po 18. hodině
- nepít tři hodiny před usnutím
- pacienti by také měli dbát na dostatečný příjem vlákniny k úpravě stolice
- snížení tělesné hmotnosti (HANUŠ, 2011)

Fyzioterapie – ochablost svalů dna pánevního hraje významnou roli ve vzniku stresové inkontinence moči. Porodní poranění mívá za následek poškození inervace svalstva, stejně jako těžká fyzická práce či obstipace, kterou ženy často trpí. Vypracování soustavy cviků, posilujících svaly pánevního dna slouží k reinervaci svalstva a ke zvýšení jeho kontrakčních schopností a bazálního tonu. Následkem je zvýšení klidového uretrálního uzavíracího tlaku a lepší koordinace při reflexních kontrakcích svalů dna pánevního při stresu. Tyto pozitivní změny pak přispívají k lepší transmisi změn intraabdominálního tlaku na lépe podepřenou uretru při zátěži. K absolvování celého programu fyzioterapie je velmi důležitá schopnost a motivace pacientky (CHMEL, 2010).

K metodám fyzioterapie patří:

- Kegelovy cviky
- Vaginální konusy
- Elektrostimulace

Kegelovy cviky

Arnold Kegel popsal metodiku cvičení svalů pánevního dna již před více než půl stoletím. Cviky jsou zaměřeny na posílení svalstva pánevního dna a zpevnění břišní stěny. Doporučuje se pravidelné cvičení dvakrát až třikrát denně po dobu asi 20 minut. K dočasnému zmírnění příznaků inkontinence dojde asi u 75 % pacientek. Pro dosažení trvalého efektu je nutný dlouhodobý aktivní přístup a pravidelné cvičení. Pokud se léčebný efekt nedostaví do několika měsíců, další cvičení postrádá na významu.

Vaginální konusy

Jedná se o cvičení svalstva dna pánevního intravaginálně umístěnými předměty různé hmotnosti ve tvaru konusu. Po určité době, kdy je pacientka bez problému udrží v pochvě, jsou vyměněny za konusy o větší hmotnosti. Pacientka je denně musí nosit 20 minut. Zlepšení je udáváno kolem 50 %. Jejich používání je vhodné po vyšetření gynekologem (CHMEL, 2010), (Příloha B obr. 2).

Elektrostimulace

Jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervosvalových struktur pánevního dna, uretry a detruzoru pomocí intravaginálně umístěné sondy, přijímající elektrické impulsy z externího zdroje. K léčbě stresové inkontinence moči se většinou využívá frekvence 50 Hz, která způsobuje kontrakce příčně pruhovaného svalu. Léčebný význam má elektrostimulace trvající 30 minut denně. Výsledek stimulace přetrvává individuálně a lze jej opět kombinovat s ostatními druhy konzervativní léčby. Elektrostimulace se může při pomalu odeznívajícím účinku léčby opakovat. Dočasný příznivý efekt je udáván až v 60 % (MARTAN, 2013), (Příloha B obr. 1).

Farmakoterapie – pro využití medikamentózní terapie je velmi důležitá znalost inervace a distribuce receptorů v oblasti dolních močových cest. Před aplikací léku musí být vždy provedena podrobná diagnostika, která zahrnuje detailní analýzu obtíží pacientky a urodynamické vyšetření (ROZTOČIL a kol., 2011).

Medikamentózní léčba stresové inkontinence moči

V léčbě stresové inkontinence moči je medikamentózní léčba pouze doplňkovou terapií. U toho typu inkontinence má hlavní úlohu fyzioterapie a provedení chirurgických výkonů. Medikamentózní řešení je pro pacientky, které si nepřejí být operovány nebo je operace kontraindikována. Efekt této terapie je hlavně u mírné nebo středně závažné inkontinence. Doporučují se především estrogeny lokálně a duloxetin.

Farmaka využitelná při konzervativní léčbě stresové inkontinence moči:

- **α -adrenergní agonisté** – stimulace kontrakce hladké svaloviny uretry – selektivně na α_1 -receptorech působící **midodrin** (Gutron). Vyznačuje se pomalým nástupem účinku, neprochází přes hematoencefalickou bariéru, nemá nežádoucí centrální účinky. Užívání tohoto léku je proto vcelku bezpečné.

- **tricyklická antidepresiva – imipramin** (Melipramin), zvyšuje schopnost kontrakce hladkého svalstva uretry a snižuje kontraktilitu močového měchýře inhibicí zpětného vychytávání noradrenalinu v zakončení adrenergních receptorů močové trubice. *Nežádoucími účinky* je sucho v ústech, zácpa, neostré vidění, arytmie. Z tohoto důvodu se podávají zřídka.
- **estrogeny** – estriol (Ovestin, Ortho–gynest), estradiol (Vagifem) lokálně podávané v menopauze zlepšují subjektivní komfort pacientek, podporují trofiku pochvy, zvyšují množství epitelů v močové trubici a senzitivitu α -adrenergních receptorů a působí preventivně proti uroinfekcím.
- inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu – **duloxetin** (Yentreve), působí centrálně v průběhu plnicí fáze, zvyšuje uretrální tonus, vlastní mikci neovlivňuje. Snižuje výskyt epizod inkontinence o 50 %, po 3 měsíční terapii zůstává 10 % pacientek kontinentních (MARTAN, 2005).

Medikamentózní léčba urgentní inkontinence moči

Léčba tohoto typu inkontinence je převážně konzervativní. Efekt medikamentózní léčby spočívá v potlačení kontraktility detruzoru, což vede ke zvýšení funkční kapacity močového měchýře. K léčbě urgentní inkontinence se používají léky s anticholinergním působením a léky bez anticholinergního působení (ROZTOČIL a kol., 2011).

Vlivem anticholinergních léků se zvyšuje maximální objem močového měchýře, takže působí relaxačně na svalovinu detruzoru. Dojde tak k oddálení prvního pocitu nucení na močení, sníží se četnost mikce a tím i urgencye. Nejčastěji využívaným anticholinergním lékem v problematice inkontinence je **oxybutin** a **tolterodin**. Oxybutin má kromě relaxačního účinku na hladkou svalovinu močového měchýře i lokální anestetický účinek. *Nežádoucími účinky* je zácpa, suchost v ústech, poruchy kognitivních funkcí, rozmazané vidění, jsou nepříjemným problémem pro mnoho pacientů (MARTAN, 2005).

V případě výskytu nežádoucích účinků po užití oxybutinu, je možné použít léky stejně efektivní, ale s menším množstvím nežádoucích účinků jako je **tropsium** a **propiverin** nebo nově vyvinuté léky **solifenacin** a **darifenacin**, které působí jako antagonisté M3 receptorů (ROZTOČIL a kol., 2011).

Tricyklická antidepressiva – Imipramin, amitriptylin, dosulepin zlepšují jímací funkci močového měchýře, jejich účinek je výsledkem kombinace relaxačního efektu na detruzor a posílení činnosti vnitřního sfinkteru uretry. *Nežádoucími účinky* je ortostatická hypotenze, sucho v ústech, únava, poruchy akomodace a převodní poruchy srdce.

Na zmírnění symptomů hyperaktivního měchýře se mohou podílet i léky s jiným mechanismem účinku např. beta–mimetika, inhibitory prostaglandinů, GABA–agonisté (ROZTOČIL a kol., 2011).

Nykturie je jedním z nejhůře ovlivnitelných příznaků hyperaktivního močového měchýře. Její léčba závisí na příčině. Pokud je způsobená primárně hyperaktivitou detruzoru je léčena anticholinergiky, u městnavého srdečního selhání jsou voleny antidiuretika. Jiným lékem, který ovlivňuje tento nepříjemný symptom je desmopresin – je to syntetický analog vazopresinu se zvýrazněným antidiuretickým efektem, ale prakticky bez vazopresorického účinku (ROZTOČIL a kol., 2011).

Botulotoxin A – intravezikální aplikace do detruzoru močového měchýře – lék takto aplikovaný má utlumit kontraktilitu detruzoru, a tím snížit riziko netlumených kontrakcí a vést ke zvětšení kapacity močového měchýře. Indikováni jsou pacienti, kteří nemají po vymočení reziduum, protože účinek botulotoxinu spočívá v tom, že svalstvo močového měchýře ochrne a močový měchýř se tolik nestáhne. Nevýhodou je dočasný efekt, aplikace 10–30 vpichů a vysoká cena (KRHUT, KOPECKÝ, 2007).

Mirabegron – tento přípravek se používá k léčbě dospělých se syndromem hyperaktivního močového měchýře. Je určen k léčbě konkrétních příznaků onemocnění, kterými jsou urgencye, zvýšené frekvence močení a urgentní inkontinence. Mirabegron aktivací β_3 –adrenoreceptorů ve stěně močového měchýře, resp. detruzoru, vyvolává relaxaci svalových vláken a tím usnadňuje plnění a zadržení moči v močovém měchýři, aniž by došlo k navýšení mikčního tlaku či reziduálního objemu moči. Mirabegron nabízí optimální vyvážení účinnosti a bezpečnosti, zlepšení perzistence terapie hyperaktivního měchýře, která je v současné době nízká, možnost léčby po selhání retardovaných anticholinergik a tam, kde jsou anticholinergika kontraindikována – jejich významnou kontraindikací je například glaukom (VANĚK, 2014).

Pesaroterapie – při léčbě stresové inkontinence je aplikace pesarů často využívanou protetickou pomůckou. Po zavedení pesaru se změní anatomické poměry a zvýší se výtokový odpor uretry, což vede k redukci stresové inkontinence nebo k úplnému odstranění příznaků. Pesar je navržen individuálně pro každou pacientku, má různé velikosti a tvar (kruhové pesary, kostkové, kruhové s vystupující olivkou). Pesar bývá často zaveden jako předoperační zkouška, ke zjištění zda bude operace účinná. Pacientka by měla být informována o manipulaci a očištění pesaru (ROZTOČIL a kol., 2011), (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Psychoterapie – má v léčbě inkontinence opodstatnění tam, kde je podezření nebo kde je prokazatelný psychický konflikt jako základní příčina močové symptomatologie. U pacientek, u kterých je podezření na psychiatrickou poruchu, sexuální dysfunkci nebo neurózu je vhodné, aby do diagnosticko–terapeutického algoritmu byl zařazen nejen urogynekolog, ale také psycholog, sexuolog či psychiatr (ROZTOČIL a kol., 2011).

Absorpční pomůcky – tyto pomůcky neřeší příčiny inkontinence, ale zmírňují obtíže způsobené únikem moči. Hlavním účelem těchto pomůcek je zlepšení hygienického stavu pacientky, které přispívá k většímu sebevědomí ženy, získání pocitu bezpečí a jistoty. U žen, které nemohou podstoupit z nějakého důvodu operační výkon (např. závažné onemocnění, výrazná nadváha) jsou absorpční pomůcky jedinou možností pro zajištění kvalitního společenského života (ROZTOČIL a kol., 2011).

3.2 Operační léčba inkontinence moči

K operační léčbě inkontinence moči se přistupuje po vyčerpání všech možností konzervativní léčby. V léčbě stresové inkontinence moči je operační léčba považována za dominantní. Operační léčba zahrnuje vaginální operace, závěsné suprapubické operace, slingové metody, bulking agents, injekční operace, umělý svěrač močové trubice.

Operační léčba stresové inkontinence moči – cílem operační léčby je změna v uložení močové trubice a zamezení její hypermobility.

V současné době se v léčbě stresové inkontinence moči upřednostňují miniinvazivní způsoby léčby TVT, TOT, TVT–S. Jejich výhodou je provedení výkonu ambulantně nebo v rámci krátkodobé hospitalizace. Výkon trvá maximálně 30 minut a lze ho provést i v lokální anestezii. Další nespornou výhodou jsou minimální pooperační bolesti a velice rychlá rekonvalescence (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Slingové (smyčkové) metody zahrnují:

- *Autologní a heterologní slingy* – jedná se o provedení závěsu uretry smyčkou v místě uretrovezikální junkce. Závěs poskytuje podporu svalovině pánevního dna a hrdlu močového měchýře, čímž přispívá ke kontinenci moči. Smyčka je autologní (z vlastních odebraných tkání pacientky) nebo heterologní (syntetické materiály – Gore–tex, Prolene, Marlex atd.) Konce smyčky jsou fixovány k nosným strukturám, například k fascii přímých břišních svalů. V dnešní době jsou tyto smyčkové metody nahrazeny metodou TVT.
- *TVT (Tension free Vaginal Tape)* – tato metoda je nejčastěji používanou operační léčbou stresové inkontinence. Střední část močové trubice je podepřena speciální páskou z nevstřebatelného, síťově strukturovaného samonosného Prolenu. Při zvýšení nitrobřišního tlaku se uretra opře o pásku, která jí brání v sestupu, a tudíž nedochází k úniku moči. Operace se provádí v lokální anestezii za spolupráce pacientky a trvá přibližně dvacet až třicet minut. Močový měchýř je záměrně naplněn zhruba 300 ml tekutiny, přičemž pacientka opakovaně zakašle. Lékař pak individuálně nastaví pásku a zvýší tak její efektivnost pro pacientku. Páska je dobře snášena a díky své struktuře a speciálnímu povrchu drží v tkáni sama jako suchý zip po dobu 60–90 dní až do doby, než do ní sama proroste. Močová trubice podepřena páskou se tak vrátí do své přirozené polohy (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).
- *TOT (Tension free vaginal trans Obturator Tape)* – TOT je novější metoda, obdoba TVT, ale zavedení pásky se provádí přes foramen obturatum a zaručuje bezpečné vyhnutí se močovému měchýři a močové trubici. Páska neprostupuje břišní stěnou a retropubickým prostorem. U této metody se snižuje riziko poranění střev, močového měchýře a významnějšího krvácení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

- *TVT–S (Tension free Vaginal Tape Secure)* – u této metody je stejný léčebný efekt jako u TVT a TOT operací. Oproti stávajícím metodám používá TVT–S pouze velmi krátkou 8 cm dlouhou polypropylenovou pásku ke stabilizaci močové trubice. Celý operační výkon představuje pro pacientky minimální zátěž. Výhodou této operační metody je rychlejší pooperační rekonvalescence. Úspěšnost zákroků se pohybuje přibližně mezi 85 a 95 % (SLEZÁKOVÁ a kol., 2013).

Bulking agents – touto miniinvazivní metodou se provádí aplikace materiálu do periuretrální oblasti. Efekt této léčby není plně srovnatelný s operačními metodami, ale přesto je tato metoda v poslední době oblíbená právě pro svou minimální invazivitu. Aplikaci bulking agents lze provádět v lokální anestézii pod cystoskopickou kontrolou v místě hrdla močového měchýře nebo proximální uretry. Injikovaná látka slouží ke zlepšení funkce uretrálního ústí. Je určena pacientkám s nestabilní funkcí detruzoru a normální funkcí detruzoru (ROZTOČIL a kol., 2011).

Závěsné suprapubické operace zahrnují:

- *Kolpopexie dle Burche* – cílem operace je elevace (vyzdvižení) nebo suspenze (závěs) hrdla močového měchýře a proximální uretry. Jedná se o závěsné operace, kdy se hrdlo močového měchýře nepodpírá zespoda, ale zavěsí se speciálními stehy k vazům stydké kosti (ČERMÁK, PACÍK, 2006).
- *Marschallova – Marchettiho – Krantzova operace* – tato závěsná operace je starší než operace dle Burche a je doporučována pro opakované zákroky a také pro možnost současného řešení vydutí stěny močového měchýře – cystokély.

Vaginální operace zahrnují:

- *Přední poševní plastika* – je operace v dnešní době používaná pro řešení poklesu hrdla močového měchýře s výrazným vydutím jeho stěny – cystokélou.
- *Zadní poševní plastika* – obvykle se připojuje k přední poševní plastice. Je to metoda vhodná i pro fixaci poševního pahýlu po vaginální hysterektomii.
- *Jehlové vaginální závěsné operace* – provádí se zachycení oblasti kolem hrdla močového měchýře a různými typy jehel se prochází retropubicky do pochvy. Dotažením stehu se elevuje celá část pochvy a uretry (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Vaginální plastiky mají malý efekt u léčby stresové inkontinence (ADAMÍK, 2007).

Injekční operace – miniinvazivní metoda periuretrální nebo transuretrální aplikace kolagenu, silikonu, teflonu nebo autologního tuku k léčbě hypoaktivní uretry. Pomocí tlakové pistole napojené na aplikační soupravu a zavedené jehly se tlakem aplikuje potřebné množství media, které způsobí změnu tvaru průřezu uretry a následné zvýšení výtokového odporu uretry. Tato léčba se provádí ambulantně v lokální anestézii. Účinnost této léčby se pohybuje kolem 60 %. Nevýhodou je klesající účinnost v závislosti na době od výkonu (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Umělý svěrač uretry (artificial urinary sphincter – AUS) – implantace umělého svěrače uretry se využívá zřídka a to u žen s močovou inkontinencí vysokého stupně. Tato metoda je ekonomicky náročná, ale má dlouhodobý efekt. Úspěšnost léčby až 87 %, je zde však větší množství reoperací pro komplikace (nefunkční komponenty, protruze jednotlivých částí), (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Operační léčba urgentní a reflexní inkontinence moči – operační léčba je u těchto typů močové inkontinence stejná. Cílem operační léčby je zvýšení kapacity močového měchýře, pokles intravezikálního tlaku a ochrana horních močových cest.

Tato operační léčba zahrnuje augmentační cytoplastiku, autoaugmentaci močového měchýře, derivaci moči (KAWACIUK, 2009).

- *Augmentační cytoplastika* – zvětšení kapacity močového měchýře využitím různých segmentů gastrointestinálního traktu (nejvhodnější je ileální část). Jeho našitím na močový měchýř dojde ke zvětšení jeho kapacity. Augmentovaný močový měchýř získá dostatečně velkou jímavost.
- *Autoaugmentace močového měchýře* – provádí se operační odstranění svalové vrstvy stěny močového měchýře a ponechání pouze sliznice. Její protruzí dojde ke zvětšení kapacity močového měchýře a k následnému snížení intravezikálního tlaku. Výhodou je krátký operační výkon a miniinvazivita.
- *Derivace moči* – odvádění moči kompletní náhradou močového měchýře střevem.
 - ortopická derivace moči – funkčně nahradí močový měchýř, mikce probíhá přes uretru
 - heterotopická derivace moči – vytvoření rezervoáru místo močového měchýře a jeho drenáž stomií (KAWACIUK, 2009)

4 ROLE SESTRY V PREVENCI, LÉČBĚ A PÉČI O PACIENTKU S MOČOVOU INKONTINENCÍ

S neschopností udržet moč, čili inkontinencí, se nezávisle na věku setkává každá druhá žena. Příčiny mohou být různého charakteru, jako je například infekce močových cest, těžký průběh porodu nebo těžká fyzická práce. Inkontinence moči má jeden společný rys a to ženu, kterou toto onemocnění výrazným způsobem omezuje ve všech oblastech života. Sestra v péči o pacientku s močovou inkontinencí svým profesionálním působením nezastává jednu roli, ale vždy se jedná o více rolí. Role sester tak ovlivňují změny nejen ve společnosti, ale i v systému zdravotní péče.

Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče – tento vztah je charakteristický holistickým chápáním jedince a skupiny, které zohledňuje jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Rolí sestry je v tomto případě navázání kontaktu s pacientkou a získání její důvěry. Důvěra pacientky je velmi důležitá a pomáhá nám vytvořit kladný postoj a dostatečnou motivaci pacientky k léčbě. Léčba inkontinence by měla začít vždy u co nejméně invazivního přístupu, který má v dané situaci reálnou naději na odstranění příčin (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra edukátorka – má mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince v zájmu podpory zdraví nebo jeho obnovy. Role sestry edukátorky je v tomto případě zaměřena na prevenci a léčbu močové inkontinence. V primární péči je v dnešní době doménou zejména konzervativní léčba urgentní inkontinence moči, a z tohoto důvodu je u sestry důležitá znalost nežádoucích účinků léků, které jsou k léčbě používány. Jsou to zejména anticholinergika, která svými negativními vedlejšími účinky mohou ovlivnit život pacientky. Sestra by měla pacientku s možnými nežádoucími účinky jako je obstipace, sucho v ústech, rozostřené vidění seznámit a uklidnit ji, že v mnoha případech není nutno léčbu vysazovat, ale jen upravit dávkování nebo zvolit jiný lék (FARKAŠOVÁ, 2006), (STAŇKOVÁ, 2009).

V oblasti léčby stresové inkontinence je pacientce často doporučena konzervativní léčba formou posílení svalstva pánevního dna tzv. Kegelovy cviky, za pomoci kterých se pacientka pokouší speciálními cviky navrátit podporu ochablých svalů. Svaly

pánevního dna jsou velmi důležité pro činnost močového měchýře, střev i dělohy, a proto by měla být skupina těchto svalů co nejpevnější. K oslabení pánevního dna dochází zejména v těhotenství a po porodu, ale také v důsledku nesprávného držení těla, nošení těžkých břemen nebo nadváhy. To vše může vést k pozdějším problémům s inkontinencí. Procvičování svalů pánevního dna se doporučuje každé ženě starší 15 let.

Kegelovy cviky jsou nejrozšířenější metodou posilování pánevních svalů, které vyvinul již v roce 1948 americký gynekolog Arnold Kegel za účelem vyrovnání mírných anatomických odchylek vznikajících v období těhotenství nebo po porodu. Tyto cviky jsou zaměřeny na procvičení a zpevnění svalů v oblasti pochvy, močové trubice a konečníku, tedy pánevního dna. Kegelovy cviky lze procvičovat prakticky kdykoliv a kdekoliv, např. v práci, v hromadných dopravních prostředcích. Provádění cviků spočívá v rytmickém zatínání svalů pánevního dna a jejich následného uvolnění. Kegelovy cviky se skvěle procvičují při sexu (KOLÁŘ, 2012).

Než sestra předá pacientce brožuru o cvičení, je vhodné, aby si cviky dle brožury sama vyzkoušela a ověřila si, zda je výklad cviků srozumitelný. Důležité je upozornění pacientky o vytrvání cvičit alespoň 3 až 6 měsíců, pro dosažení maximálního účinku. Vždy je vhodné, aby sestra seznámila pacientku s nejbližším fyzioterapeutickým pracovištěm, které se tímto cvičením zabývá. Pokud pacientka nemá jistotu, zda provádí cviky správně, může si toto speciální cvičení vyzkoušet pod odborným dohledem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Další důležitou rolí sestry edukátorky v péči o pacientku s inkontinencí je informovat ženu o vhodné změně v oblasti životního stylu. Úprava životního stylu je jednou z možností, jak předcházet vzniku močové inkontinence. Důležité je cíleně a důsledně vyléčit všechny infekce dolních cest močových. Věnovat pozornost hmotnosti, protože i nadváha může mít negativní vliv na udržení moči. Ženám s vysokým BMI doporučit snížení hmotnosti a nabídnout spolupráci s dietologem nebo odborníkem na zdravou výživu. Pečovat o pravidelnou stolicí dostatkem tekutin, pohybu a dostatečným množstvím vlákniny v potravě (CHMEL, 2010), (ČERMÁK, 2006).

V oblasti pitného režimu doporučit dostatečný příjem tekutin 1,8 a 2,2 litry a upozornit na nevhodnost pití diuretických nápojů jako je káva, alkohol nebo černý čaj. Je dobré pacientku upozornit na nevhodnost pití 2–3 hodiny před spaním a také zdůraznit dodržení pravidelného intervalu mezi močením v rozmezí 4–5 hodin. Kuřačkám sestra doporučí přestat s kouřením, protože i když kouření samo o sobě inkontinenci nezpůsobuje, problémy spojené s kouřením však mají na inkontinenci negativní vliv – např. kašel vyvíjí tlak na močový měchýř (CHMEL, 2010).

Včasná prevence je soubor opatření, které nám umožňují předcházet vzniku močové inkontinence. Jelikož nám inkontinence může život pěkně znepríjemnit, je vhodné se proti ní preventivně bránit úpravou životního stylu a cíleným cvičením na posílení svalů pánevního dna.

Pacientce, která je indikována k operačnímu řešení inkontinence by měla sestra podat základní informace o předoperačním vyšetření, samotné operaci, délce pracovní neschopnosti a následné rekonvalescenci po zákroku. Pacientka je k operačnímu výkonu přijata na gynekologické oddělení nebo na urologické oddělení. Při hospitalizaci je úlohou sestry na oddělení podat pacientce adekvátní informace o předoperační péči, operačním výkonu a pooperační péči (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Po provedení chirurgického výkonu a před propuštěním do domácí péče je pacientka sestrou informována o dodržování domácího léčebného režimu. V případě, že má pacientka fyzicky náročné zaměstnání, je jí doporučena jeho změna. Pacientka je upozorněna na sexuální abstinenci po dobu 3 týdnů, na nezvedání břemen těžších než 5 kg, na péči o stolici, ochranu před prochlazením a na těžší fyzickou zátěž až po 3 týdnech. Pokud v pooperačním období nastanou potíže, jako je například malý či přerušovaný proud moči, je důležité, aby sestra pacientku uklidnila a vysvětlila jí, že ke zlepšení stavu dochází pozvolna. Pacientku musí sestra upozornit na nutnost kontrol v ambulanci lékaře. Lékař kontroluje reziduum, které by po spontánní mikci nemělo přesáhnout 50 ml. Trvání pracovní neschopnosti po zákroku je zhruba 2–6 týdnů v závislosti na typu operace a pooperačním stavu pacientky a také na fyzické náročnosti jejího zaměstnání (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Složitější situace je u pacientek, které nemohou být operovány a všechny metody konzervativní léčby selhaly nebo selhala samotná operace či její efekt je menší, než pacientka očekávala. Zde je hlavní úlohou sestry citlivým přístupem pomoci pacientce zlepšit kvalitu života a složitou psychosociální situaci používáním absorpčních pomůcek. U výběru absorpčních pomůcek je důležitá správná diagnostika močové inkontinence, její typ a stupeň. Při výběru těchto pomůcek by měla sestra zohlednit schopnost absorpce moči a prodyšnost absorpční pomůcky, aby se zamezilo podráždění kůže. Při edukaci by měla sestra zdůraznit nutnost pravidelné péče o pokožku a doporučit speciální gely, masti a přípravky k tomu určené. Důraz je kladen též na kognitivní dovednost pacientky a jednoduchou manipulaci s absorpční pomůckou (HORČIČKA, 2010), (SOCHOROVÁ, 2008).

Sestra manažerka – působí v řízení a organizaci na různých úrovních. Plní úlohu manažerky ošetrovatelské péče přímo u jednotlivců a skupin tím, že řídí ošetrovatelský proces. Pokud se sestra s touto rolí neztotožní, tak může být následkem nekoordinovaná a neefektivní péče. V našem případě tuto roli nejčastěji plní staniční sestra na gynekologickém nebo urologickém oddělení. Jejím hlavním úkolem je zajištění co nejkvalitnější péče o pacienty při minimálních nákladech na zdravotnické zařízení, a také zajištění bezproblémového chodu oddělení při optimálním personálním obsazení pracoviště. Aktivně se účastní manažerských vzdělání, zlepšuje vzájemnou komunikaci a naslouchá požadavkům svých spolupracovníků. Její úlohou je také delegování úkolů na schopné a kvalifikované osoby (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra advokátka – obhajuje a reprezentuje práva pacienta a vysvětluje mu je, zároveň také tlumočí jeho požadavky a názory. Obhajuje jeho zájmy. Projevem této role je zájem sestry o pacienta. Tato role sestry je nezastupitelná hlavně u pacientek, které jsou odkázány na používání absorpčních pomůcek. Sestra v tomto případě dohlíží na správné předepisování předpisů a dodržování limitů vhodných absorpčních pomůcek, tak aby pacientka měla zajištěnu co nejlepší kvalitu života. Farmaceutické společnosti nabízí velké množství těchto pomůcek a sestra může na základě svých zkušeností pomoci pacientce s vhodným výběrem absorpčních pomůcek. Vhodné je předepsání menšího množství absorpčních pomůcek určitého typu, aby si pacientka mohla pomůcky vyzkoušet a vybrat pro ni ty nejlepší. Tyto pomůcky jsou na předpis a lze je předepisovat na 1–3 měsíce, a to tak, aby co nejlépe splňovaly podmínky použití.

Důležité je také zohlednit finanční možnosti pacientky, protože pomůcky nad limit si pacientka hradí sama (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra nositelka změn – tato role sestry by měla být z důvodu neustálých změn a vývoje v ošetrovatelství hnací silou v ošetrovatelském procesu. Jejím úkolem je sledování nových trendů v péči o pacienty trpící inkontinencí a jejich uvádění do praxe. Sestra nositelka změn také sleduje a zkouší novinky farmaceutických firem, jejich přípravků a pomůcek pro inkontinenci tak, aby byla zajištěna co nejlepší péče o pacientku (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra výzkumnice – tato role se stává aktuální ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako sociálně významná vědecká profese. Pro tuto roli je důležité vzdělání, možnosti a potenciál. Na základě svých zkušeností z praxe sestra pomáhá ve vytváření vhodných ošetrovatelských postupů (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra mentorka – je odpovědná za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství. Tato role vyžaduje adekvátní klinickou a pedagogickou způsobilost a zralou osobnost. S touto rolí sestry se nejčastěji setkáme v rámci praxe studentů středních zdravotnických škol v péči o pacientku v předoperační péči a pooperační péči. Další nezastupitelnou roli má sestra mentorka v adaptačním procesu sestry při nástupu na novou pracovní pozici a to v odborném zaškolení nové sestry přímo na oddělení (FARKAŠOVÁ, 2006).

Sestra je mnohdy prvním a jediným člověkem, kterému se pacientka se svými problémy svěří, a proto je nutné ke každé pacientce přistupovat individuálně. Záleží vždy na sestře, jak k pacientkám s močovou inkontinencí přistupuje, jaké má vědomosti a jak je využívá ve prospěch pacientky. Pacientka, která má dostatek informací snáze předchází vzniku komplikací a její život se tak stává kvalitnější. Všechny tyto role sester jsou však v péči o pacientku velmi důležité (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Plní sestry roli informátorky v oblasti prevence, diagnostiky a léčby močové inkontinence?

5.1 Průzkumné cíle a průzkumné otázky

- Cíl 1: Zjistit informovanost žen o prevenci močové inkontinence.
- Cíl 2: Zjistit informovanost žen o možnosti léčby močové inkontinence.
- Cíl 3: Zmapovat, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence.

Průzkumné otázky:

- Průzkumná otázka 1: Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na věku?
- Průzkumná otázka 2: Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na možnosti přístupu k internetu?
- Průzkumná otázka 3: Mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí, než ženy bez zkušeností?
- Průzkumná otázka 4: Plní roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře?

5.2 Metodologie a metody průzkumu

Průzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Pro získání potřebných údajů jsme využili vlastní nestandardizovaný dotazník, který naleznete v příloze C. Dotazník se skládá z 20 otázek, z toho 14 otázek uzavřených, 5 otázek polouzavřených a jedna otázka filtrační. Z celkového počtu 120 distribuovaných dotazníků se vrátilo zcela vyplněných 88 dotazníků. Pro neúplnost bylo vyřazeno celkem 5 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 73,3 %. Odpovědi jsme vyhodnotili v programu MS Office Excel 2003 a následně převedli do tabulek a grafického znázornění. Výsledky jsou zaznamenány v absolutních a relativních číslech. Relativní čísla jsou uvedena v procentuálním vyjádření. Zjištěné údaje byly také

vyhodnoceny pomocí testu nezávislosti chí–kvadrát. Pro výpočet byla využita webová aplikace Milana Kábrta na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>, případně samostatný ruční výpočet.

Úvod dotazníku tvoří stručný text pro respondentky s žádostí o jeho vyplnění. Dotazník zahrnuje obecné identifikační otázky týkající se věku, vzdělání a délky praxe respondentek v sociálních službách. Ostatní otázky jsou zaměřeny na problematiku močové inkontinence.

Než jsme začali realizovat distribuci dotazníků, písemně jsme oslovili vedení dvou seniorských domů a dvou domů s pečovatelskou službou, které jsme požádali o povolení provedení dotazníkového průzkumu. Žádosti o povolení průzkumu naleznete v příloze F.

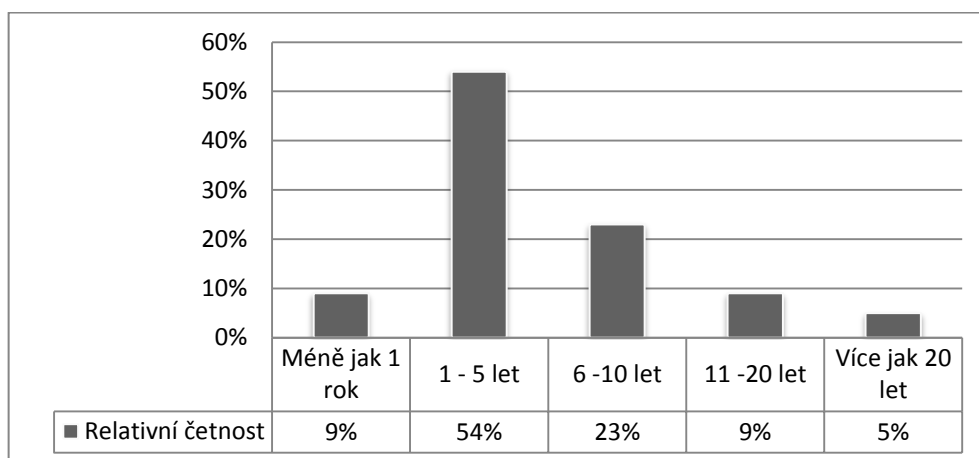
Průzkum probíhal v období měsíce prosince 2015.

5.3 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor tvořily ženy pracující v seniorských a v pečovatelských domech v Písku, které jsou v důsledku náročné fyzické práce s klienty ohroženy vznikem močové inkontinence. Celkem se průzkumu zúčastnilo 88žen. Výběrový soubor nám charakterizuje věk respondentek, nejvyšší vzdělání respondentek a délka praxe respondentek v sociálních službách.

- **Otázka č. 1:** Jak dlouho pečujete o klienty v sociálních službách?

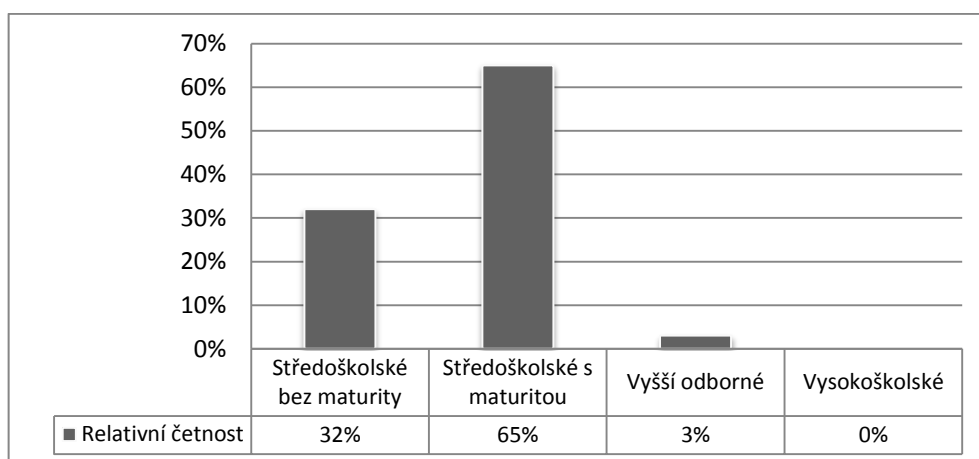
Graf 1 Délka praxe v sociálních službách



Graf 1 charakterizuje délku praxe výběrového souboru v sociálních službách. Délku praxe kratší než 1 rok má 9 % (8) respondentek (dále jen R), praxi v délce 1–5 let má 54 % (48) R, délku praxe 6–10 let má 23 % (20) R, délku praxe 11–20 let má 9 % (8) R, délku praxe více než 20 let má 5 % (4) R.

- **Otázka č. 2:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

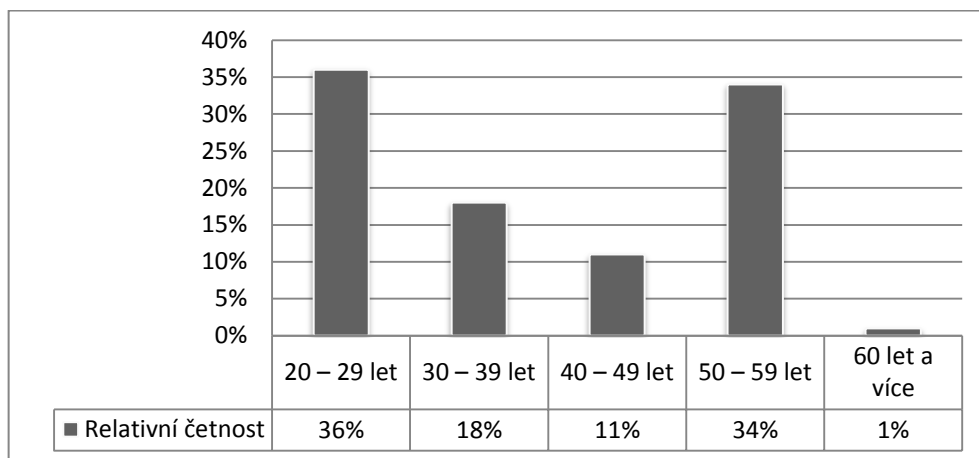
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Z grafu 2 vyplývá, že 32 % (28) R má vzdělání středoškolské bez maturity, 65 % (57) R uvádí středoškolské vzdělání s maturitou, 3 % (3) R mají vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání nemá žádná z respondentek.

➤ **Otázka č. 3:** Kolik je Vám let?

Graf 3 Věk respondentek



Z grafu 3 vyplývá, že 36 % (31) respondentek (dále jen R) je ve věku 20–29 let, 18 % (16) R je ve věku 30–39 let, 11 % (10) R je ve věku 40–49 let, 34 % (30) R je ve věku 50–59 let a 1 % (1) R je ve věku 60 let a více.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Výsledky průzkumu jsou vyjádřeny v jednotlivých grafech. Vstupní data a pomocné výpočty jsou uvedeny podrobněji v příloze D.

Pokud byly v průběhu sběru dat získány minimálně dvě kvalitativní veličiny k jedné otázce, byla nasbíraná data podrobena statistické analýze, jež měla potvrdit či naopak vyvrátit závislost mezi těmito veličinami. K tomuto účelu byl použit test nezávislosti chí–kvadrát. Pro výpočet byla využita webová aplikace Milana Kábrta na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>, případně samostatný ruční výpočet. Hladina významnosti byla u všech výpočtů volena 0,05.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

V případě, kdy se vztah mezi veličinami potvrdil, byly vypočteny korelační koeficienty pro určení síly vztahu, a to:

A. korigovaný koeficient pomocí Pearsona

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}}$$

χ^2	Hodnota testovaného kritéria
m	Počet řádků nebo sloupců v kontingenční tabulce
n	Rozsah souboru

B. Cramerův koeficient.

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * (m - 1)}}$$

χ^2	Hodnota testovaného kritéria
m	Počet řádků nebo sloupců v kontingenční tabulce
n	Rozsah souboru

Průzkumná otázka 1

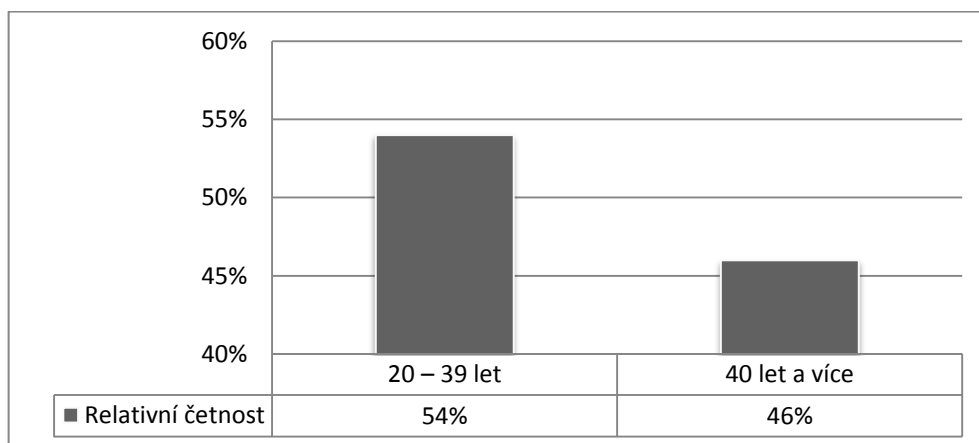
Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na věku?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 3, 8, 9, 10, 11.

➤ **Otázka č. 3:** Kolik je Vám let?

Pro snadnější zpracování jsme rozdělili respondentky do dvou věkových skupin. Na skupinu respondentek ve věku do 40 let a na skupinu respondentek ve věku 40 let a více.

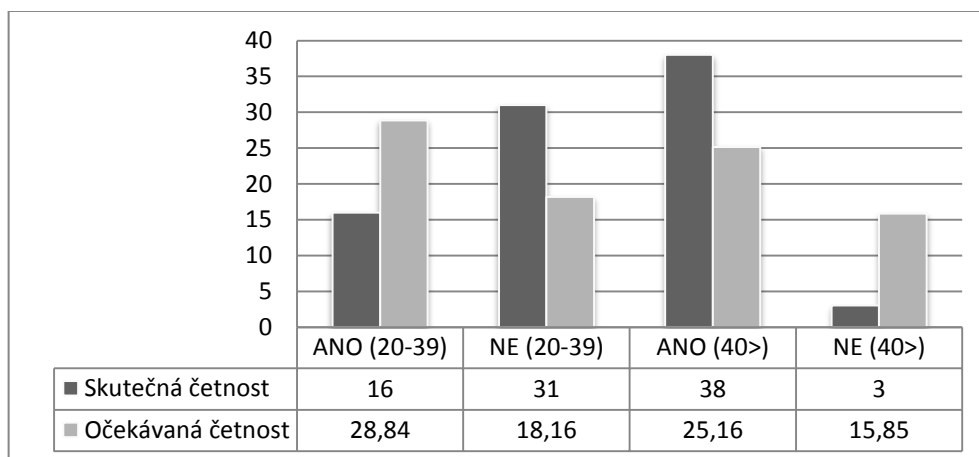
Graf 4 Věk respondentek – průzkumná otázka 1



Z grafu 4 vyplývá, že 54 % (47) respondentek (dále jen R) je ve věku 20–39 let a 46 % (41) R je ve věku 40 let a více.

➤ **Otázka č. 8:** Znáte cviky na posílení pánevního dna?

Graf 5 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 1



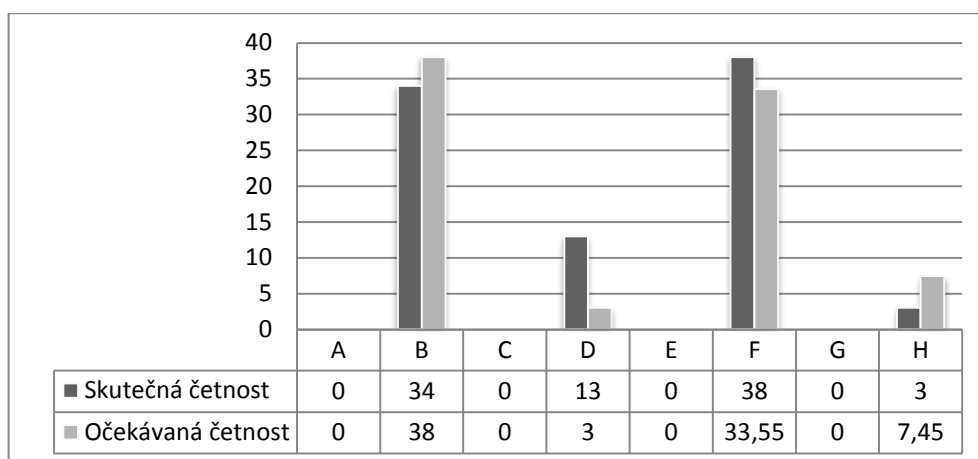
Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat**. Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silná závislost.

➤ **Otázka č. 9:** Víte, k čemu slouží Kegelovy cviky?

Graf 6 Kegelovy cviky – průzkumná otázka 1



- A. K posílení ochablého zádového svalstva (20–39 let)
- B. K posílení ochablého svalstva pánevního dna (20–39 let)
- C. K posílení zádového svalstva, které se provádí pouze ve stoje (20–39 let)
- D. Nevím (20–39 let)
- E. K posílení ochablého zádového svalstva (40 let a více)
- F. K posílení ochablého svalstva pánevního dna (40 let a více)
- G. K posílení zádového svalstva, které se provádí pouze ve stoje (40 let a více)
- H. Nevím (40 let a více)

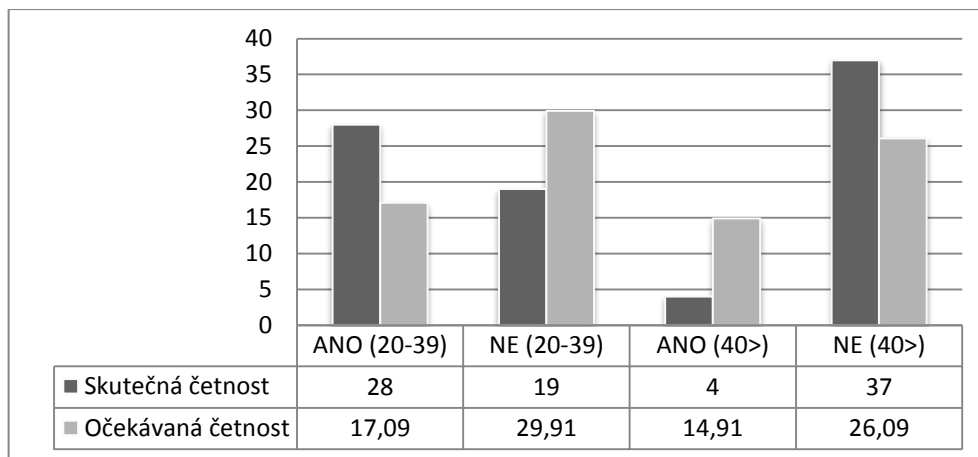
Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na informovanost o využitelnosti Kegelových cviků.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na informovanost o využitelnosti Kegelových cviků.

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat**. Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje slabá závislost.

- **Otázka č. 10:** Znáte preventivní opatření snižující riziko vzniku močové inkontinence?

Graf 7 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 1



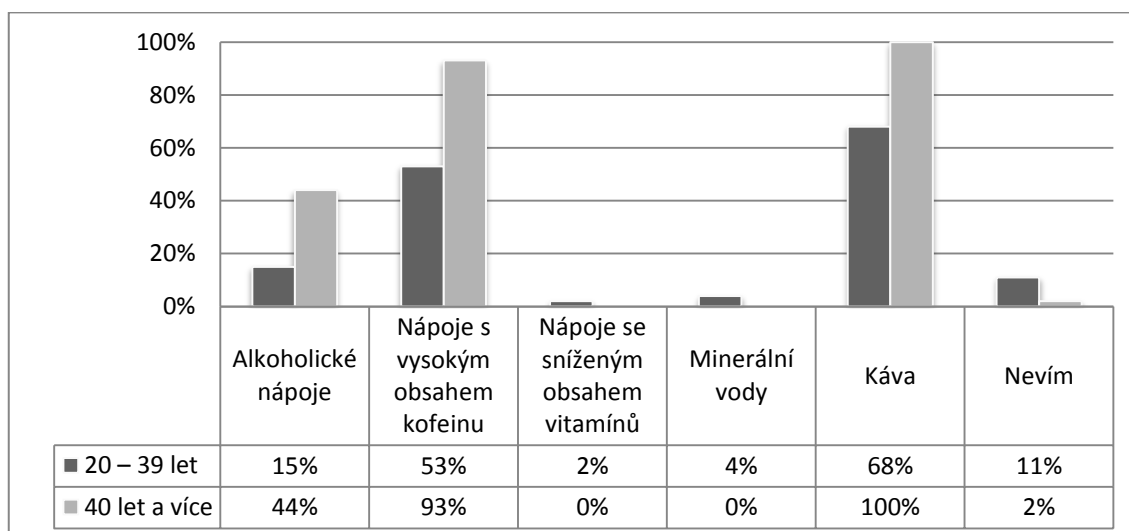
Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat**. Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silnější závislost.

- **Otázka č. 11:** Jaké nápoje byste v rámci prevence močové inkontinence omezila?

Graf 8 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka 1



Z grafu 8 nám vyplývá, že ve věkové kategorii 40 let a více by 100 % (41) respondentek (dále jen R) v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu a 93 % (38) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 44 % (18) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 2 % (1) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezila. Ve věkové kategorii 20–39 let by 68 % (32) respondentek (dále jen R) v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu a 53 % (25) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 15 % (6) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 11 % (5) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezila. 4 % (2) R by omezila minerální vody a 2 % (1) R by omezila nápoje se sníženým obsahem vitamínů.

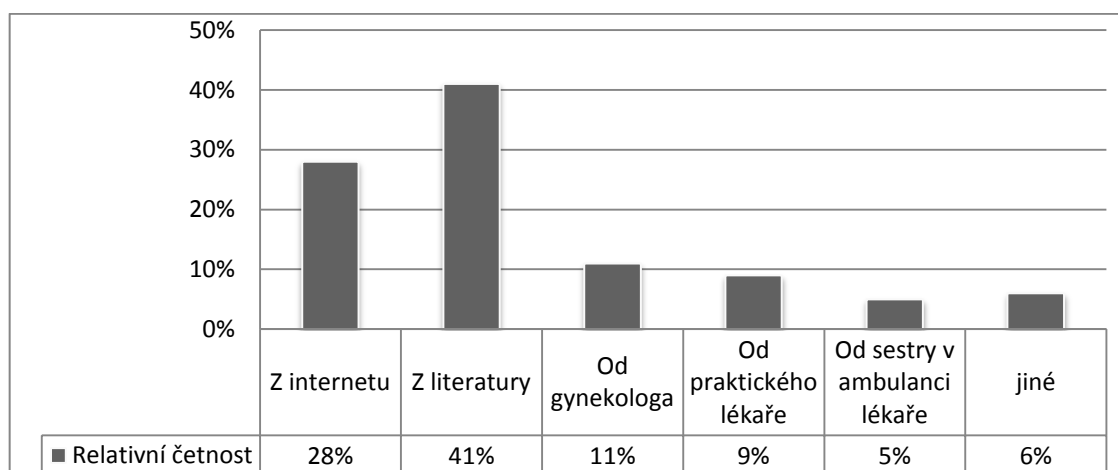
Průzkumná otázka 2

Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na možnosti přístupu k internetu?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 4, 5, 8, 9, 10, 11

➤ **Otázka č. 4:** Odkud jste čerpala nejvíce informací o močové inkontinenci?

Graf 9 Zdroj čerpání informací o MI

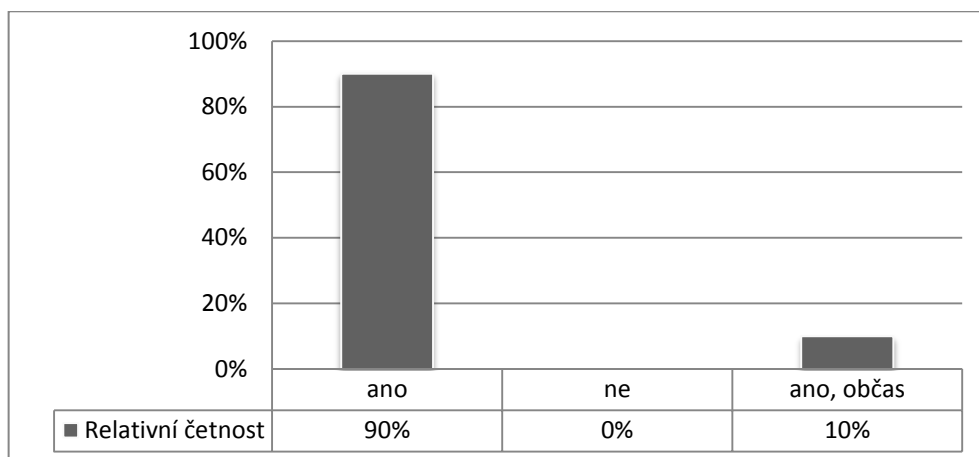


Z grafu 9 vyplývá, že 28 % (25) R čerpalo informace o MI z internetu, 41 % (36) R čerpalo informace o MI z literatury, 11 % (10) R čerpalo informace od gynekologa, 9 % (8) R čerpalo informace od praktického lékaře, 5 % (4) R čerpalo informace

od sestry v ambulanci lékaře a 6 % (5) R čerpalo informace z jiných zdrojů (nejčastěji je jako jiný zdroj uváděna škola).

➤ **Otázka č. 5:** Máte přístup k internetu?

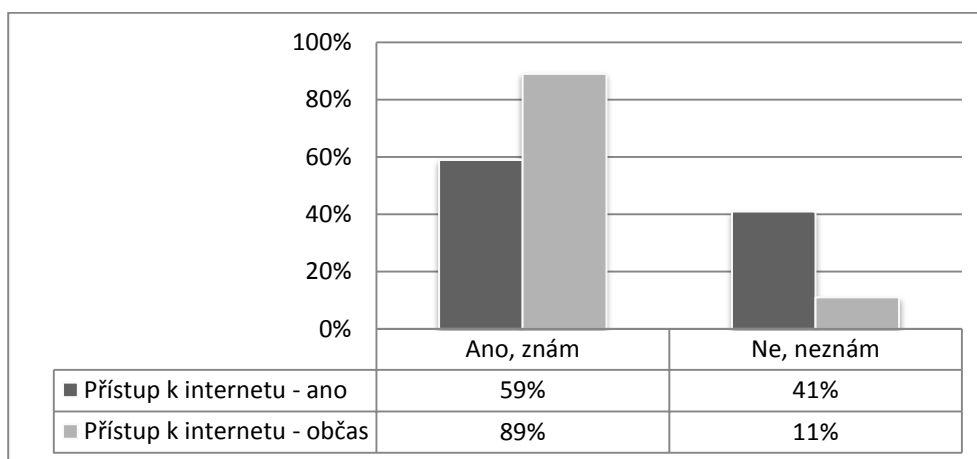
Graf 10 Přístup k internetu



Z grafu 10 vyplývá, že všechny respondentky (dále jen R) mají přístup k internetu. 90 % (79) R má vždy přístup k internetu, 10 % (9) R uvedlo, že mají přístup k internetu pouze občas.

➤ **Otázka č. 8:** Znáte cviky na posílení pánevního dna?

Graf 11 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 2

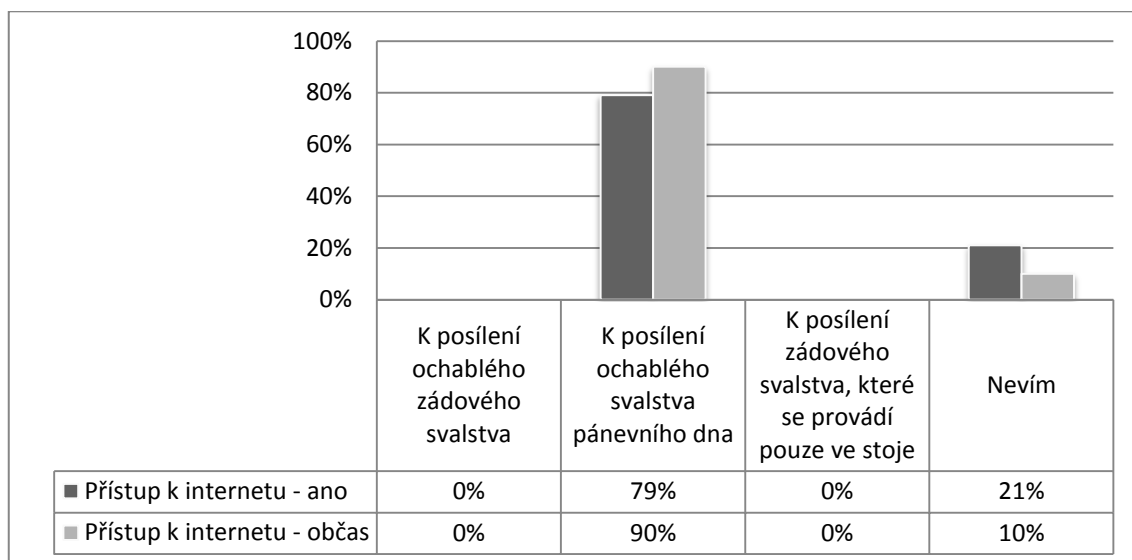


Z grafu 11 vyplývá, že 59 % (46) R, které mají stálý přístup k internetu, znalost cviku na posílení pánevního dna mají, zatímco neznalost cviku na posílení pánevního dna uvádí 41 % (33) respondentek. U respondentek, které mají přístup k internetu pouze

občas, má znalost cviku na posílení pánevního dna 89 % (8) R, neznalost cviku byla u 11 % (1) respondentek.

➤ **Otázka č. 9:** Víte, k čemu slouží Kegellovy cviky?

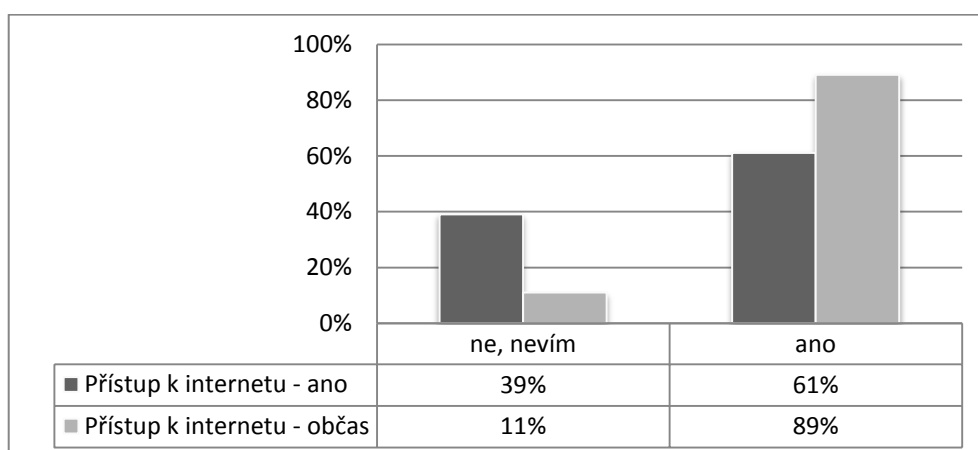
Graf 12 Kegellovy cviky – průzkumná otázka 2



Z grafu 12 vyplývá, že 79 % (62) R se stálým přístupem k internetu ví, že Kegellovy cviky slouží k posílení ochablého svalstva pánevního dna a 21 % (16) R neví, k čemu slouží Kegellovy cviky. Zatímco u respondentek, které mají přístup k internetu pouze občas, je znalost cviku na posílení pánevního dna 90 % (9) R a pouze 10 % (1) R nevědělo k čemu Kegellovy cviky slouží.

➤ **Otázka č. 10:** Víte, jak je možné předejít problémům způsobených samovolným únikem moči?

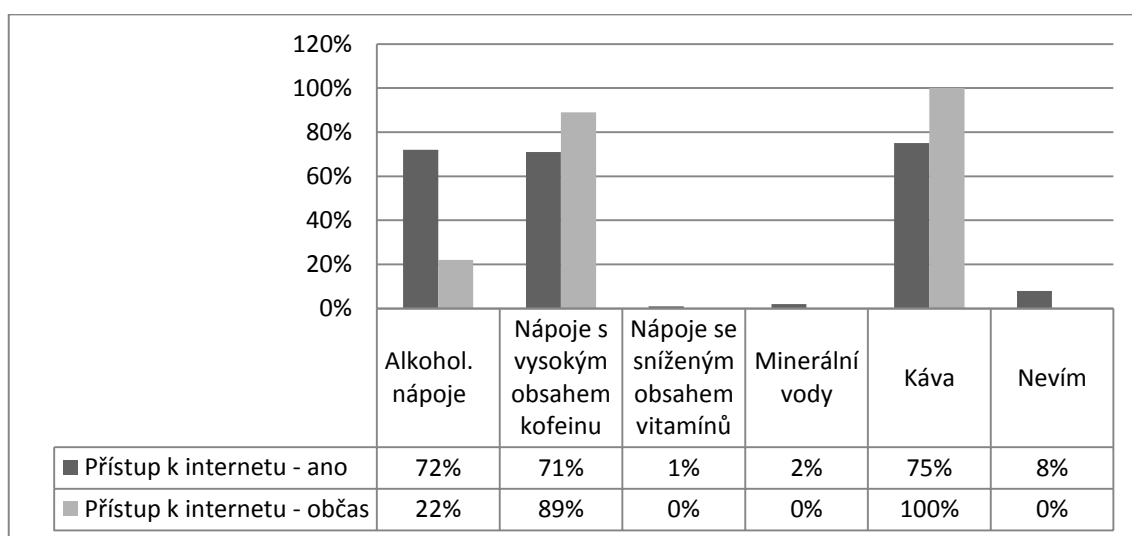
Graf 13 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 2



Na otázku č. 10, zda respondentky znají preventivní opatření snižující riziko vzniku MI, nám graf 13 u žen se stálým přístupem k internetu ukázal, že 61 % (48) R ví, jaká preventivní opatření snižují riziko vzniku MI a 39 % (31) R neví, jaká preventivní opatření snižují riziko vzniku MI. Zatímco z respondentek majících přístup k internetu pouze občas opatření neznala jen 11 % (1) respondentek, znalost preventivních opatření snižující riziko vzniku MI tak prokázalo zbylých 89 % (8) respondentek s občasným přístupem k internetu.

➤ **Otázka č. 11:** Jaké nápoje byste v rámci prevence močové inkontinence omezila?

Graf 14 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka 2



Z grafu 14 vyplývá, že u respondentek se stálým přístupem k internetu by 75 % (59) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu, 72 % (50) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 71 % (56) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 8 % (6) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezilo. 2 % (2) R by omezila minerální vody a 1 % (1) R by omezilo nápoje se sníženým obsahem vitamínů. U respondentek s občasným přístupem k internetu nám graf ukázal, že 100 % (9) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu, 89 % (8) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 22 % (2) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje.

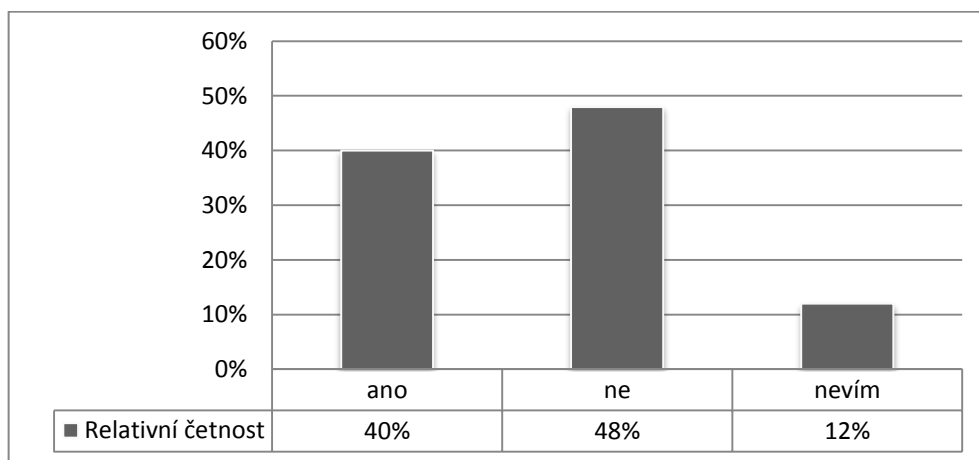
Průzkumná otázka 3

Mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí, než ženy bez zkušeností?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 6, 7, 12, 13, 15, 17

- **Otázka č. 6:** Má někdo z rodinných příslušníků problémy s močovou inkontinencí?

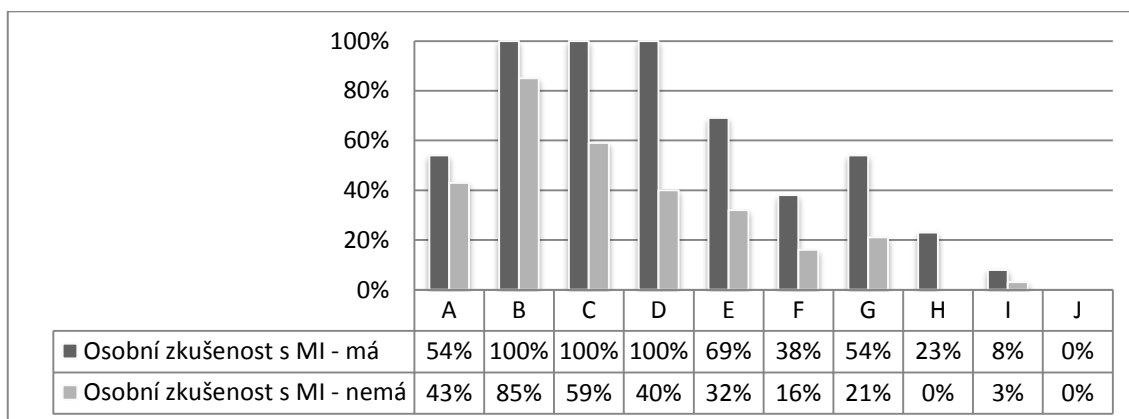
Graf 15 MI u rodinných příslušníků



Graf 15 uvádí, že 40 % (35) R má rodinné příslušníky řešící problém s močovou inkontinencí. 48 % (42) R uvádí, že jejich rodinní příslušníci nemají problém s močovou inkontinencí a 12 % (11) R neví, zda rodinní příslušníci mají problém s močovou inkontinencí.

- **Otázka č. 7:** Jakým způsobem se léčí močová inkontinence?

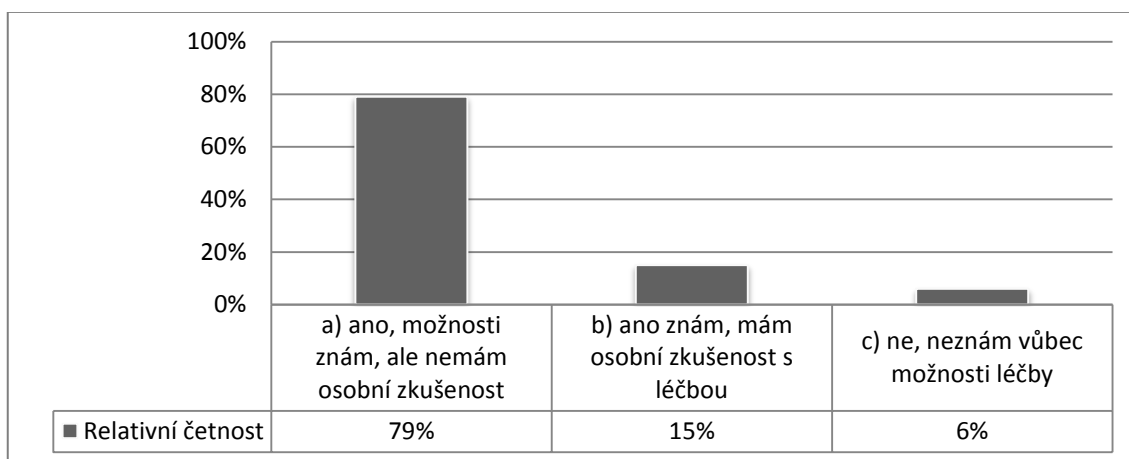
Graf 16 Způsoby léčby MI



Graf 16 uvádí, že způsob léčby MI tréninkem močového měchýře zvolilo 54 % (7) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 43 % (32) R. Způsob léčby MI cvičením cviků na posílení svalů pánevního dna zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 85 % (64) R. Operativní léčbu MI zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 59 % (44) R. Farmakologickou léčbu MI zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, u respondentek bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 40 % (30) R. Dodržování režimových opatření zvolilo 69 % (9) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 32 % (24) R. Používání inkontinentních pomůcek zaškrtnulo 38 % (5) R s osobní zkušeností s MI a 16 % (12) R bez osobní zkušenosti, léčbu MI snížením nadváhy zvolilo 54 % (7) R s osobní zkušeností s MI a 21 % (16) R bez osobní zkušenosti s MI, elektrostimulaci jako léčbu zvolilo pouze 8 % (3) R respondentek s osobní zkušeností s únikem moči, léčbu pomocí vaginálních konusů zvolilo 8 % (1) R s osobní zkušeností s MI a 3 % (2) R bez osobní zkušenosti s MI. O způsobech léčby MI nic neví 7 % (5) R bez osobní zkušenosti s MI.

- **Otázka č. 12:** Znáte možnosti léčby močové inkontinence? Pokud ano, napište jaké.

Graf 17 Znalost léčby MI

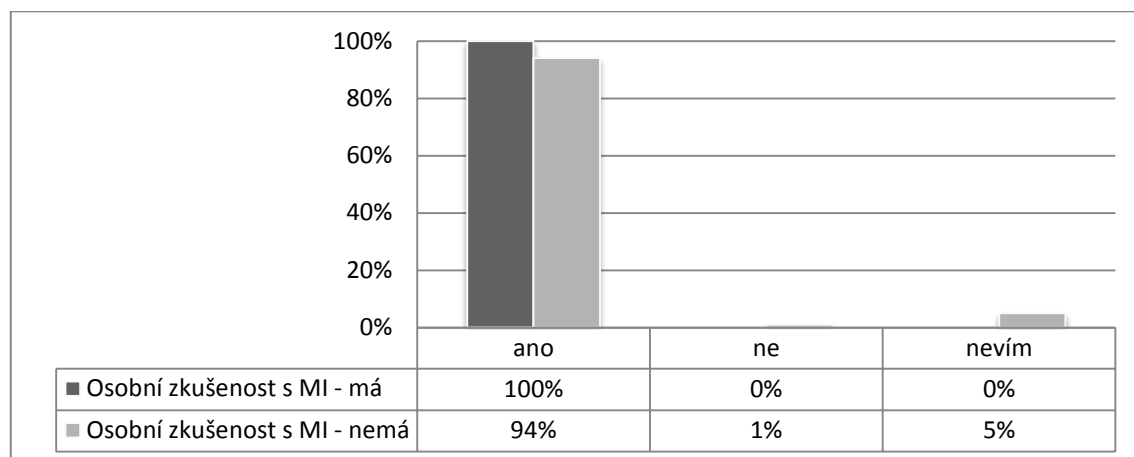


Z grafu 17 vyplývá, že 79 % (70) R zná možnosti léčby MI, ale nemají osobní zkušenost, 15 % (13) R uvedlo, že zná možnosti léčby MI a mají osobní zkušenost s léčbou a 6 % (5) R bez osobní zkušenosti s MI uvádí, že neznají vůbec možnosti léčby

MI. Nejčastěji respondentky uváděly léčbu cvičením cviků na posílení pánevního dna a operační léčbu.

- **Otázka č. 13:** Dá se močová inkontinence moči řešit operativně?

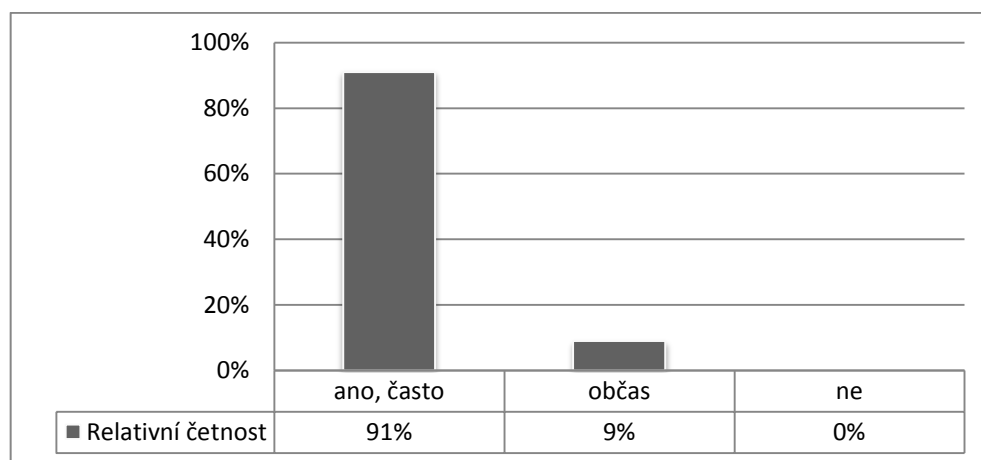
Graf 18 Operační léčba MI



Z grafu 18 vyplývá, že 100 % (13) R, které mají osobní zkušenost s MI, si myslí, že se dá močová inkontinence řešit operačně. U respondentek bez osobní zkušenosti s MI nám graf ukázal, že 94 % (70) R si myslí, že se močová inkontinence dá řešit operačně a 5 % (4) R neví, zda se dá MI léčit operačně a 1 % (1) R si myslí, že se MI operačně řešit nedá.

- **Otázka č. 15:** Setkáváte se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečujete?

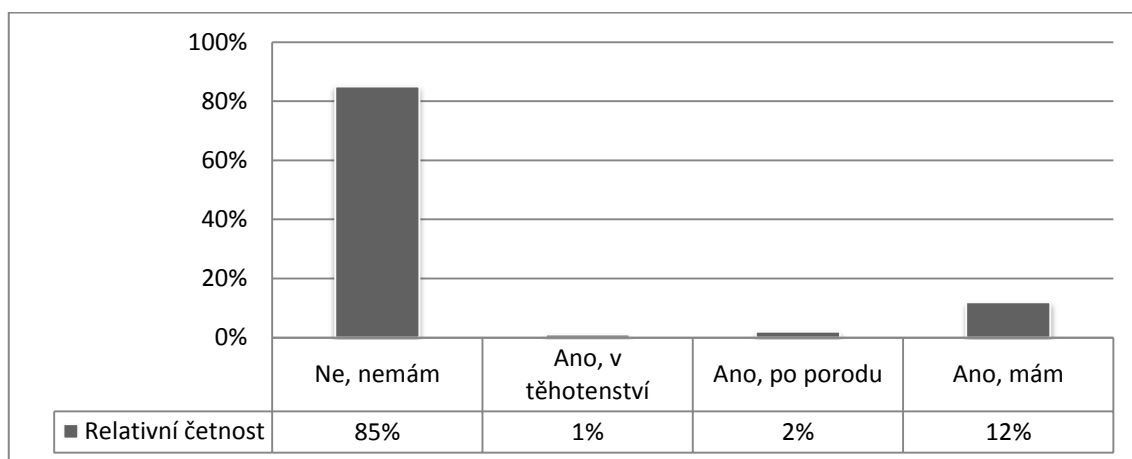
Graf 19 MI u klientů respondentek



Z grafu 19 vyplývá, že všechny respondentky se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečují, setkávají. Z toho 91 % (80) R se setkává často, 9 % (8) R se s MI u klientů, o které pečuje, setkává občas.

➤ **Otázka č. 17:** Máte osobní zkušenost s únikem moči?

Graf 20 Osobní zkušenost s MI



V otázce č. 17 jsme zjišťovali, zda mají respondentky osobní zkušenost s únikem moči. Z grafu 20 vyplývá, že 85 % (75) R nemá osobní zkušenost s MI, 1 % (1) R uvedlo, že mají zkušenost s únikem moči v těhotenství, 2 % (2) R uvedlo, že mají zkušenost s únikem moči po porodu, 12 % (10) R uvedlo, že mají zkušenost s únikem moči, při určité činnosti (např. fyzická práce s klienty, kýchnutí, silný kašel, stresová inkontinence).

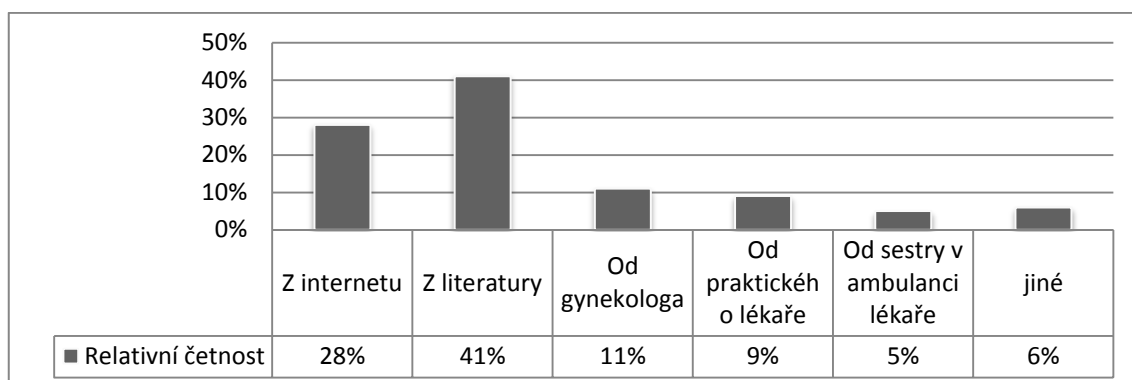
Průzkumná otázka 4

Plní roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 4, 14, 16, 18, 19, 20

- **Otázka č. 4:** Odkud jste čerpala nejvíce informací o močové inkontinenci?

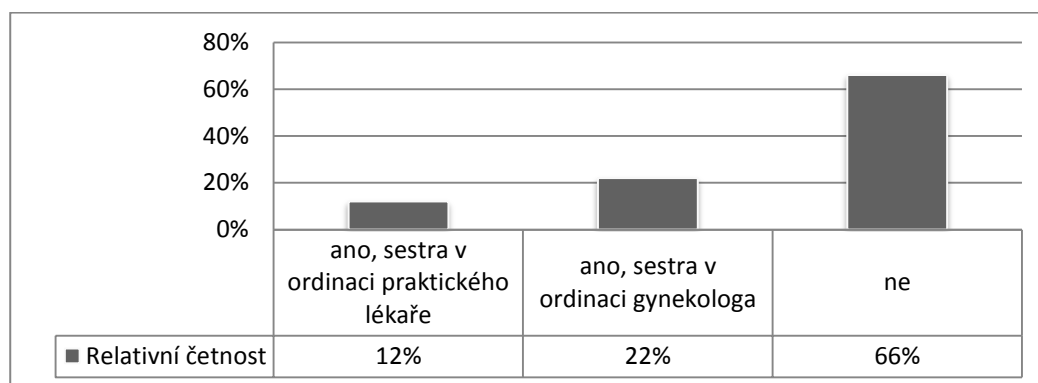
Graf 21 Zdroj čerpání informací o MI



Z grafu 21 vyplývá, že 28 % (25) R čerpalo informace o MI z internetu, 41 % (36) R čerpalo informace o MI z literatury, 11 % (10) R čerpalo informace od gynekologa, 9 % (8) R čerpalo informace od praktického lékaře a 5 % (4) R čerpalo informace od sestry v ambulanci lékaře a 6 % (5) R čerpalo informace z jiných zdrojů (nejčastěji je jako jiný zdroj uváděna škola).

- **Otázka č. 14:** Mluvila s Vámi sestra v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinence?

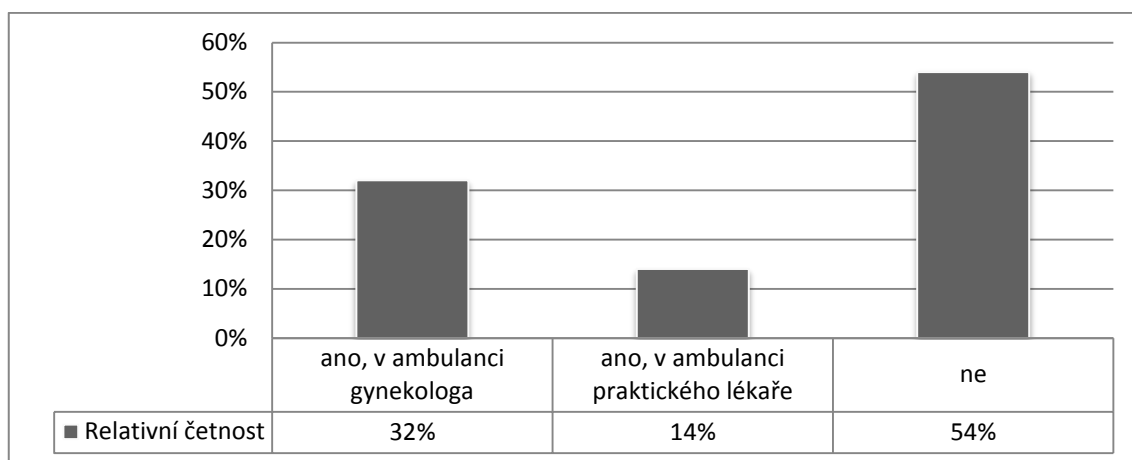
Graf 22 Podání informací o MI od sestry v rámci prevence



V otázce č. 14 jsme se ptali, zda sestra hovořila s respondentkou v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinence. 12 % (11) R odpovědělo, že ano v ordinaci praktického lékaře, 22 % (19) R odpovědělo, že ano v ordinaci gynekologa a 66 % (58) R uvádí, že ambulanti sestra s nimi v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinenci nemluvila.

- **Otázka č. 16:** Nabídla Vám sestra informační leták o močové inkontinenci žen?

Graf 23 Nabídnutí letáku o MI sestrou

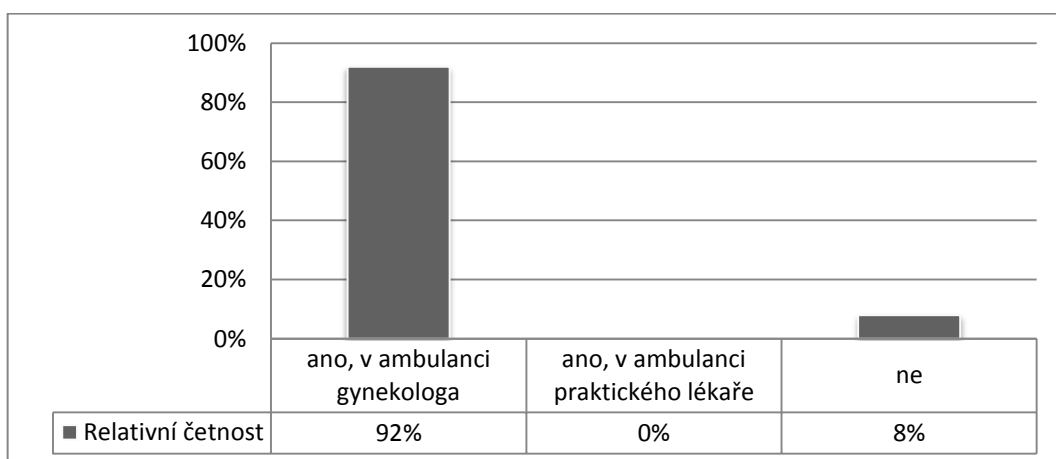


V otázce č. 16 jsme se ptali, zda sestra nabídla respondentkám informační leták o močové inkontinenci žen. 32 % (28) R odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa, 14 % (12) R odpovědělo, že ano, v ambulanci praktického lékaře a 54 % (48) R uvádí, že jim sestra informační leták o močové inkontinenci žen nenabídla.

Na otázky č. 18, č. 19 a č. 20 odpovídaly pouze respondenty, které mají osobní zkušenost s únikem moči. Z celkového počtu 88 respondentek má osobní zkušenost 13 respondentek. Pro další grafické zpracování bude těchto 13 respondentek tvořit 100 %.

- **Otázka č. 18:** Seznámila Vás sestra s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek?

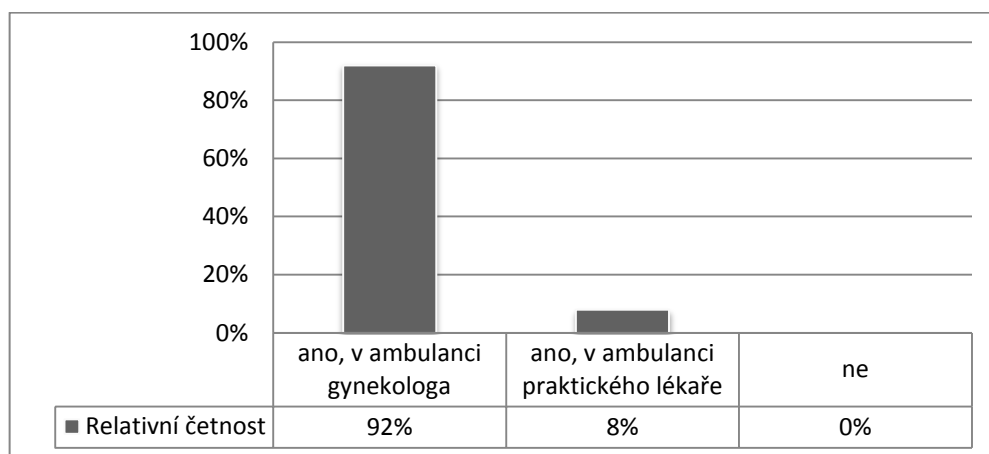
Graf 24 Seznámení sestrou s inkontinentními pomůckami



V otázce č. 18 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek. Graf 24 nám ukázal, že 92 % (12) R odpovědělo, že ano v ambulanci gynekologa a 8 % (1) R uvádí, že jim sestra s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek neseznámila.

- **Otázka č. 19:** Seznámila Vás sestra s dodržováním režimových opatření při problémech s únikem moči?

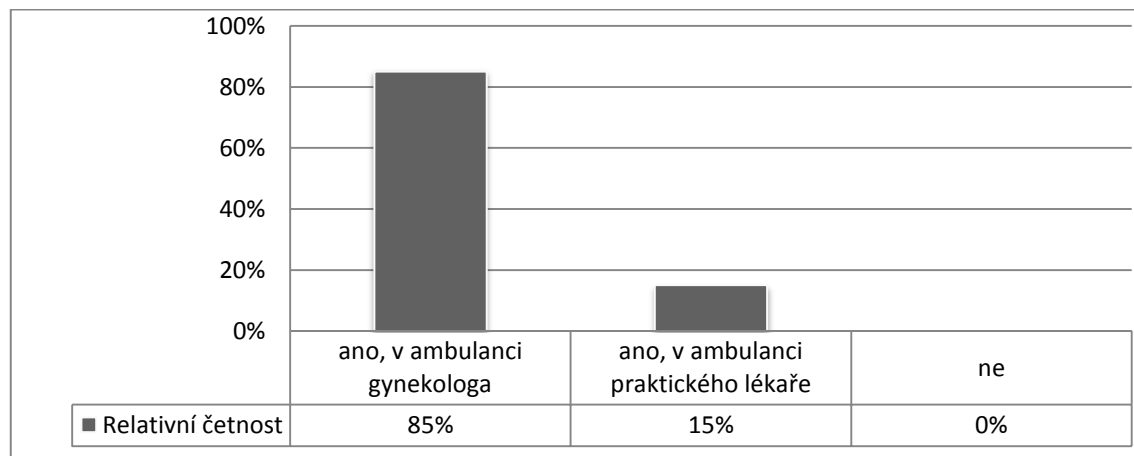
Graf 25 Seznámení sestrou s dodržováním režimových opatření



V otázce č. 19 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou s dodržováním režimových opatření. 92 % (12) R odpovědělo, že ano v ambulanci gynekologa a 8 % (1) R uvádí, že ano v ambulanci praktického lékaře.

- **Otázka č. 20:** Seznámila Vás sestra se cviky na posílení pánevního dna?

Graf 26 Seznámení sestrou se cviky pánevního dna



V otázce č. 20 jsme se ptali, zda byly respondenty s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou se cviky na posílení pánevního dna. 85 % (11) R odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 15 % (2) R uvádí, že ano, v ambulanci praktického lékaře.

6.1 Interpretace výsledků průzkumu

- **Cíl 1: Zjistit informovanost žen o prevenci močové inkontinence.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění informovanosti žen o prevenci močové inkontinence.

Průzkumná otázka 1: Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na věku?

V průzkumné otázce 1 jsme zjišťovali, zda se informovanost žen o prevenci močové inkontinence liší v závislosti na jejich věku. Pro snadnější zpracování jsme respondentky rozdělily do dvou skupin.

V otázce č. 3 jsme se ptali na věk respondentek. Z grafu 4 a tabulky 4 v příloze D nám vyplynulo, že skupinu ve věku 20–39 let tvoří 54 % (47) respondentek a druhou skupinou jsou respondentky ve věku 40 let a více a tvoří ji 46 % (41) respondentek (dále jen R).

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, zda věk respondentek má vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna. Pro testování jsme použili test nezávislosti chí–kvadrát. Při výpočtu jsme použili webovou aplikaci pro statistiku test nezávislosti chí–kvadrát <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

V příloze D jsme porovnali skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Skutečné (naměřené) četnosti jsme zaznamenali do kontingenční tabulky 5a. Očekávané četnosti jsme vypočítali a zaznamenali v tabulce 5b. Při výpočtu jsme předpokládali, že platí nulová hypotéza.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.

Velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnosti jsme posoudili pomocí testové statistiky chí–kvadrát. Porovnali jsme vypočtenou hodnotu s kritickou hodnotou chí–kvadrát na hladině významnosti 0,05. Hladina významnosti 5 % představuje pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy. Počet stupňů

volnosti je v našem případě 1, kritická hodnota pro 1 stupeň volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 3,841. Vypočtená hodnota testového kritéria je 31,756. Kritická hodnota je v našem případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na hladině významnosti 0,05 (5 %) přijímáme hypotézu, že mezi věkem respondentek a znalostí cviku na posílení pánevního dna existuje závislost. Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silnější závislost.

To nám také vyplývá z grafu 5 a z tabulky 5 v příloze D. Největší znalost cviku na posílení pánevního dna mají respondentky ve věku 40 let a více 93 % (38) R, zatímco neznalost cviku na posílení pánevního dna byla největší u respondentek ve věkové kategorii 20–39 let a to 66 % (31) R.

Otázkou č. 9 zjišťujeme, zda má věk respondentek vliv na znalost Kegellových cviků. Pro testování jsme použili test nezávislosti chí–kvadrát. Při výpočtu jsme použili webovou aplikaci pro statistiku test nezávislosti chí–kvadrát <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

V příloze D jsme porovnali skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Skutečné (naměřené) četnosti jsme zaznamenali do kontingenční tabulky 6a. Očekávané četnosti jsme vypočítali a zaznamenali v tabulce 6b. Při výpočtu jsme předpokládali, že platí nulová hypotéza.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na informovanost o využitelnosti Kegellových cviků.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na informovanost o využitelnosti Kegellových cviků.

Velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnosti jsme posoudili pomocí testové statistiky chí–kvadrát. Porovnali jsme vypočtenou hodnotu s kritickou hodnotou chí–kvadrát na hladině významnosti 0,05. Hladina významnosti 5 % představuje pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy. Počet stupňů volnosti je v našem případě 1, kritická hodnota pro 1 stupeň volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 3,841. Vypočtená hodnota testového kritéria je 6,079. Kritická hodnota je v našem případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na hladině významnosti 0,05 (5 %) a přijímáme hypotézu, že mezi věkem respondentek a znalostí Kegellových cviků existuje závislost. Získané hodnoty

koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje slabá závislost.

Z grafu 6 a tabulky 6 v příloze D nám vyplývá, že 93 % (38) respondentek ve věku 40 let a více a 72 % (34) respondentek ve věku 20 –39 let ví, že Kegellovy cviky slouží k posílení ochablého svalstva pánevního dna. K čemu slouží Kegellovy cviky neví 28 % (13) respondentek ve věku 20 –39 let a 7 % (3) R ve věku 40 let a více.

V otázce č. 10 jsme zjišťovali, zda věk respondentek má vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence. Pro testování jsme použili test nezávislosti chí–kvadrát. Při výpočtu jsme použili webovou aplikaci pro statistiku test nezávislosti chí–kvadrát <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

V příloze D jsme porovnali skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Skutečné (naměřené) četnosti jsme zaznamenali do kontingenční tabulky 7a. Očekávané četnosti jsme vypočítali a zaznamenali v tabulce 7b. Při výpočtu jsme předpokládali, že platí nulová hypotéza.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.

Alternativní hypotéza: Věk má vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.

Velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnosti jsme posoudili pomocí testové statistiky chí–kvadrát. Porovnali jsme vypočtenou hodnotu s kritickou hodnotou chí–kvadrát na hladině významnosti 0,05. Hladina významnosti 5 % představuje pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy. Počet stupňů volnosti je v našem případě 1, kritická hodnota pro 1 stupeň volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 3,841. Vypočtená hodnota testového kritéria je 23,49. Kritická hodnota je v našem případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na hladině významnosti 0,05 (5 %) přijímáme hypotézu, že mezi věkem respondentek a znalostí preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence existuje závislost. Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silná závislost.

To nám také vyplývá z grafu 7 a tabulky 7 v příloze D. Největší znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence mají respondentky ve věku 40 let a více 90 % (37) R, zatímco neznalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence byla největší u respondentek ve věkové kategorii 20–39 let a to 60 % (28) R.

V otázce č. 11 se respondentek ptáme, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezily. Z tabulky 8 v příloze D a grafu 8 nám vyplývá, že ve věkové kategorii 40 let a více by 100 % (41) respondentek (dále jen R) v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu a 93 % (38) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 44 % (18) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 2 % (1) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezila. Ve věkové kategorii 20–39 let by 68 % (32) respondentek (dále jen R) v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu a 53 % (25) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 15 % (6) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 11 % (5) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezila. 4 % (2) R by omezila minerální vody a 2 % (1) R by omezila nápoje se sníženým obsahem vitamínů.

Závěr: Informovanost žen o prevenci močové inkontinence se liší v závislosti na věku, závislost se nám jeví silnější. Větší informovanost byla zjištěna u respondentek ve věkové kategorii 40 let a více.

Průzkumná otázka 2: Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na možnosti přístupu k internetu?

V průzkumné otázce 2 jsme zjišťovali, zda se informovanost žen o prevenci močové inkontinence liší na možnosti přístupu respondentek k internetu. Z dotazníkového průzkumu nám z grafu 10 a tabulky 10 v příloze D vyplynulo, že 90 % (79) respondentek má neustálý přístup k internetu a pouze 10 % (9) respondentek má přístup k internetu pouze občas.

Z odpovědí na otázku č. 4, odkud respondentky čerpaly informace o močové inkontinenci nám z grafu 9 a tabulky 9 v příloze D vyplývá, že 28 % (25) R čerpalo informace o MI z internetu, 41 % (36) R čerpalo informace o MI z literatury, 11 % (10) R čerpalo informace od gynekologa, 9 % (8) R čerpalo informace od praktického lékaře a 5 % (4) R čerpalo informace od sestry v ambulanci lékaře a 6 % (5) R čerpalo informace z jiných zdrojů (nejčastěji je jako jiný zdroj uváděna škola).

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, zda přístup k internetu má vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna. Z grafu 11 a tabulky 11 v příloze D vyplývá, že 59 % (46) R, které mají stálý přístup k internetu, znalost cviku na posílení pánevního dna mají, zatímco neznalost cviku na posílení pánevního dna uvádí 41 % (33) respondentek. U respondentek, které mají přístup k internetu pouze občas, má znalost cviku na posílení pánevního dna 89 % (8) R, neznalost cviku byla u 11 % (1) respondentek.

Otázkou č. 9 zjišťujeme, zda má přístup k internetu vliv na znalost Kegellových cviků. Z grafu 12 a tabulky 12 v příloze D vyplývá, že 79 % (62) R se stálým přístupem k internetu ví, že Kegellovy cviky slouží k posílení ochablého svalstva pánevního dna a 21 % (16) R neví, k čemu slouží Kegellovy cviky. Zatímco u respondentek, které mají přístup k internetu pouze občas, je znalost cviku na posílení pánevního dna 90 % (9) R a pouze 10 % (1) R nevědělo k čemu Kegellovy cviky slouží.

V otázce č. 10 jsme zjišťovali, zda přístup k internetu má vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence. Graf 13 a tabulka 13 v příloze D u žen se stálým přístupem k internetu ukázala, že 61 % (48) R ví, jaká preventivní opatření snižují riziko vzniku MI a 39 % (31) R neví, jaká preventivní opatření snižují riziko vzniku MI. Zatímco z respondentek majících přístup k internetu pouze občas opatření neznalo jen 11 % (1) R, znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku MI tak prokázalo zbylých 89 % (8) respondentek s občasným přístupem k internetu.

V otázce č. 11 se respondentek ptáme, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezily. Z grafu 14 a tabulky 14 v příloze D vyplývá, že u respondentek se stálým přístupem k internetu by 75 % (59) R v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu, 72 % (50) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje, 71 % (56) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo

nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 8 % (6) R neví, jaké nápoje by v rámci prevence močové inkontinence omezilo. 2 % (2) R by omezila minerální vody a 1 % (1) R by omezilo nápoje se sníženým obsahem vitamínů. U respondentek s občasným přístupem k internetu nám graf ukázal, že 100 % (9) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo kávu, 89 % (8) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo nápoje s vysokým obsahem kofeinu, 22 % (2) R by v rámci prevence močové inkontinence omezilo alkoholické nápoje.

Závěr: Přístup k internetu nemá vliv na informovanost žen o prevenci močové inkontinence. Větší informovanost byla zjištěna u respondentek, které mají přístup k internetu pouze občas.

- **Cíl 2: Zjistit informovanost žen o možnosti léčby močové inkontinence.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 6, 7, 12, 13, 15, 17. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění informovanosti žen o možnosti léčby močové inkontinence.

Průzkumná otázka 3: Mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí, než ženy bez zkušeností?

V průzkumné otázce 3 jsme zjišťovali, zda mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí, než ženy bez zkušeností. Z průzkumu nám z grafu 15 a tabulky 15 v příloze D vyplynulo, že 40 % (35) respondentek (dále jen R) se setkalo s problémem úniku moči u svých rodinných příslušníků. V otázce č. 15 jsme se respondentek dotazovaly, zda se při péči o své klienty s močovou inkontinencí setkávají. Z tabulky 19 v příloze D a grafu 19 vyplývá, že všechny respondentky se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečují, setkávají. S močovou inkontinencí se 91 % (80) R setkává často, 9 % (8) R se s MI u klientů, o které pečuje, setkává občas.

V otázce č. 17 jsme zjišťovali, zda mají respondentky osobní zkušenost s únikem moči. Z grafu 20 a tabulky 20 v příloze D nám vyplývá, že 85 % (75) R nemá osobní zkušenost s únikem moči, 1 % (1) R uvedlo, že má zkušenost s únikem moči v těhotenství, 2 % (2) R uvedlo, že mají zkušenost s únikem moči po porodu, 12 % (10)

R uvedlo, že mají zkušenost s únikem moči, při určité činnosti (např. fyzická práce s klienty, kýchnutí, silný kašel, stresová inkontinence).

Na otázku č. 7, jakým způsobem se léčí močová inkontinence nám z grafu 16 a tabulky 16 v příloze D vyplývá, že způsob léčby MI tréninkem močového měchýře zvolilo 54 % (7) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 43 % (32) R. Způsob léčby MI cvičením cviků na posílení svalů pánevního dna zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 85 % (64) R. Operativní léčbu MI zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 59 % (44) R. Farmakologickou léčbu MI zvolilo 100 % (13) R s osobní zkušeností s únikem moči, u respondentek bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 40 % (30) R. Dodržování režimových opatření zvolilo 69 % (9) R s osobní zkušeností s únikem moči, zatímco u žen bez osobní zkušenosti tuto léčbu zvolilo 32 % (24) R. Používání inkontinentních pomůcek zaškrtnulo 38 % (5) R s osobní zkušeností s MI a 16 % (12) R bez osobní zkušenosti, léčbu MI snížením nadváhy zvolilo 54 % (7) R s osobní zkušeností s MI a 21 % (16) R bez osobní zkušenosti s MI, elektrostimulaci jako léčbu zvolily pouze respondentky s osobní zkušeností s únikem moči a to 8 % (3) R, léčbu pomocí vaginálních konusů zvolilo 8 % (1) R s osobní zkušeností s MI a 3 % (2) R bez osobní zkušenosti s MI. O způsobech léčby MI nic neví 7 % (5) R bez osobní zkušenosti s MI.

Z tabulky 17 v příloze D a grafu 17 vyplývá, že 79 % (70) R zná možnosti léčby MI, ale nemají osobní zkušenost, 15 % (13) R uvedlo, že zná možnosti léčby MI a mají osobní zkušenost s léčbou a 6 % (5) R bez osobní zkušenosti s MI uvádí, že neznají vůbec možnosti léčby MI. Nejčastěji respondentky uváděly léčbu cvičením cviků na posílení pánevního dna a operační léčbu.

Z tabulky 18 v příloze D a grafu 18 vyplývá, že 100 % (13) R, které mají osobní zkušenost s MI, si myslí, že se dá močová inkontinence řešit operačně. U respondentek bez osobní zkušenosti s MI nám graf ukázal, že 94 % (70) R si myslí, že se močová inkontinence dá řešit operačně a 5 % (4) R neví, zda se dá MI léčit operačně a 1 % (1) R si myslí, že se MI operačně řešit nedá. Náš dotazníkový průzkum nám potvrdil, že více

informací o léčbě močové inkontinence mají ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí než ženy bez zkušeností.

Závěr: Náš dotazníkový průzkum nám ukázal, že více informací o léčbě močové inkontinence mají ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí než ženy bez zkušeností.

- **Cíl 3: Zmapovat, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 4, 14, 16, 18, 19, 20. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění, zda sestry v rámci preventivní péče plní roli informátorky v problematice močové inkontinence.

Průzkumná otázka 4: Plní roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře?

V otázce č. 4 jsme zjišťovali, zda roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence plní v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než sestry v ambulanci praktického lékaře. Z dotazníkového průzkumu nám z grafu 21 a tabulky 21 uvedené v příloze D vyplynulo, že pouze 5 % (4) respondentek zvolilo sestru v ambulanci lékaře jako zdroj informací o močové inkontinenci. Nejčastěji byla jako zdroj informací zvolena literatura a to celkem u 41 % (36) R. Internet byl jako zdroj informací zvolen u 28 % (25) R. Gynekologa si jako zdroj informací zvolilo 11 % (10) R a praktického lékaře si zvolilo 9 % (8) R.

V otázce č. 14 jsme se ptali, zda sestra mluvila s respondentkou v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinence. Graf 22 a tabulka 22 v příloze D nám ukázala, že 66 % (58) respondentek uvedlo, že ne. 22 % (19) respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci gynekologa a 12 % (11) respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci praktického lékaře.

Na dotaz v otázce č. 16, zda sestra nabídla respondentkám informační leták o močové inkontinenci nám z grafu 23 a tabulky 23 v příloze D vyplynulo, že 54 % (48)

respondentek uvedlo, že jim sestra leták nenabídla, 32 % (28) respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci gynekologa a 14 % (12) respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci praktického lékaře.

Na otázky č. 18 až 20 nám odpovídaly pouze respondentky mající osobní zkušenost s únikem moči a její léčbou. Tyto otázky nám také odpověděly na naši průzkumnou otázku.

V otázce č. 18 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek. Z grafu 24 a tabulky 24 v příloze D nám vyplynulo, že 92 % (12) respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 8 % (1) respondentek uvedlo, že ji sestra s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek neseznámila.

V otázce č. 19 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou s dodržováním režimových opatření. Tabulka 25 v příloze D a graf 25 nám ukázal, že 92 % (12) respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 8 % (1) respondentek uvádí, že ano, v ambulanci praktického lékaře.

V otázce č. 20 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou se cviky na posílení pánevního dna. Z grafu 26 a tabulky 26 v příloze D nám vyplynulo, že 85 % (11) respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 15 % (2) respondentek uvedlo, že ano, v ambulanci praktického lékaře.

Závěr: Z odpovědí na tyto otázky nám vyplynulo, že roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence plní v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře.

6.2 Diskuse

V bakalářské práci se zabýváme rolí sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence u žen. Zjišťujeme, zda ženy mají informace o prevenci a léčbě močové inkontinence. Z důvodu průzkumného šetření jsme vytvořili anonymní dotazník. Výběrový soubor tvořilo celkem 88 respondentek, které splnily podmínky průzkumu. V naší práci jsme si stanovili čtyři průzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi.

V úvodu dotazníku bylo zařazeno několik identifikačních otázek pro respondentky. Jednalo se o délku praxe v sociálních službách, nejvyšší dosažené vzdělání a věk respondentek. Nejpočetnější skupinu respondentek tvořily ženy s délkou praxe od 1 do 5 let a druhou nejpočetnější skupinou byly ženy s praxí v rozmezí 5 až 10 let. Nadpoloviční většina žen uvedla nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Co se týká věku respondentek, tak nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 20 až 29 let a po ní následovala skupina žen ve věku 50 až 59 let.

V průzkumné otázce 1 jsme zjišťovali, zda se informovanost žen o prevenci močové inkontinence liší v závislosti na jejich věku. Z dotazníkového průzkumu nám vyplynulo, že větší informovanost o močové inkontinenci mají respondentky ve věkové kategorii 40 let a více. Respondentky v této věkové kategorii mají větší znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku MI, ale i v otázce jaké nápoje je vhodné omezit v rámci prevence močové inkontinence, byla jejich znalost větší než u žen ve věkové kategorii 20–39 let. Z dotazníkového šetření nám vyplynulo, že i respondentky ve věkové kategorii 20–39 let mají dostačující informace v této problematice. V otázce na znalost cviků na posílení pánevního dna, kde jsme požadovali popsání cviku, byla opět větší úspěšnost u respondentek ve věkové kategorii 40 let a více než u žen ve věku 20–39 let. Ze zjištěných údajů nám vyplývá, že ženy pracující v sociálních službách mají dostatečné informace o prevenci močové inkontinence. Míra informovanosti je větší u žen ve vyšší věkové kategorii, hlavně proto, že zvyšující se věk je jedním z rizik vzniku močové inkontinence. Jak uvádí gynekolog MUDr. René Genadry, se stresovou nebo urgentní inkontinencí má zkušenost 45 % žen a 22 % žen trpí inkontinencí v současnosti a 22 % žen se s ní potýkalo v minulosti. S přibývajícím věkem se pohotovost k inkontinenci moči výrazně zvyšuje a trpí jí polovina žen ve věku 55–65 let (GENADRY, MOSWIN, 2013). Je potěšující zjištění, že z celkového počtu

respondentek jich 82 % ví, k čemu slouží Kegelovy cviky, protože MUDr. Lukáš Horčička uvádí, že provádění Kegelových cviků je nejjednodušší metodou prevence vzniku močové inkontinence, kdy je efekt účinnosti při správném provádění cviků až 80 % (HORČIČKA, 2009). Informace respondentek v oblasti prevence močové inkontinence jsou důležité nejen pro ně, ale jsou také základem kvalitní péče o klienty v seniorských a pečovatelských domech, o které pečují.

V průzkumné otázce 2 jsme zjišťovali, zda se informovanost žen o prevenci močové inkontinence liší od možnosti přístupu respondentek k internetu. Z dotazníkového průzkumu nám vyplynulo, že 90 % respondentek má neustálý přístup k internetu a pouze 10 % respondentek má přístup k internetu pouze občas. Z vyhodnocení průzkumné otázky 1 již víme, že informovanost respondentek o prevenci močové inkontinence je na dobré úrovni. Dle dotazníkového průzkumu informace o močové inkontinenci čerpalo z internetu pouze 28 % respondentek, zatímco z literatury čerpalo informace o močové inkontinenci 41 % respondentek. Ostatní respondentky uvedly jako zdroj informací lékaře, sestru, nebo uvedly jiné zdroje jako je např. škola. Náš dotazníkový průzkum nám ukázal, že větší znalosti měly respondentky s občasným přístupem k internetu než respondentky se stálým přístupem k internetu. V dnešní době internetu nás však u našich respondentek překvapilo, že nejčastěji čerpají informace o močové inkontinenci z literatury, a tak vytváření stále nových informačních letáků a odborných článků o prevenci a léčbě močové inkontinence v časopisech určených pro širokou veřejnost je nesmírně důležité.

V průzkumné otázce 3 jsme zjišťovali, zda mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí než ženy bez zkušeností. Z průzkumného šetření již víme, že všechny respondentky, které se zúčastnily dotazníkového průzkumu, se s únikem moči v důsledku péče o své klienty setkávají neustále, a proto jsme se v otázkách zaměřili na znalosti léčby úniku moči. Z průzkumu nám vyplynulo, že 40 % respondentek se dokonce setkalo s problémem úniku moči u svých rodinných příslušníků a osobní zkušenost s únikem moči má 15 % respondentek. V našem dotazníku respondentky nejčastěji jako způsob léčby MI volily cvičení cviků na posílení pánevního dna a následně operační léčbu. Profesor MUDr. Aleš Roztočil, CSc. ve své knize také nejdříve doporučuje vyčerpat všechny způsoby konzervativní léčby a teprve v případě jejich neúspěchu přistoupit k operační

léčbě (ROZTOČIL a kol., 2011). Pouze dvě respondentky z celkového počtu 88 respondentek neznaly žádný způsob léčby. V otázce na znalost léčby močové inkontinence, jsme od respondentek požadovali konkrétní uvedení léčby, kterou znají. Správně odpovědělo 85 % respondentek, což nás nejen potěšilo, ale také nám následně potvrdilo, že znalost léčby MI mají respondentky a to i bez osobní zkušenosti s léčbou. Na dotaz, zda se dá močová inkontinence řešit operací, nám 95 % respondentek odpovědělo, že ano. Náš dotazníkový průzkum nám potvrdil, že více informací o léčbě močové inkontinence mají ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí než ženy bez zkušeností. Všechny respondentky se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečují, setkávají a tak je dobře, že mají informace nejen o prevenci, ale také o léčbě močové inkontinence.

V průzkumné otázce 4 jsme zjišťovali, zda roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence plní v prevenci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře. Z dotazníkového průzkumu nám vyplynulo, že pouze 5 % respondentek zvolilo sestru v ambulanci lékaře jako zdroj informací o močové inkontinenci. Ptali jsme se, zda sestra mluvila s respondentkou v rámci prevence preventivní péče o problematice močové inkontinence, 66 % respondentek uvedlo, že ne, 22 % respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci gynekologa a 12 % respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci praktického lékaře. Jak uvádí MUDr. Lukáš Horčíčka, ženy často nepřichází do ordinace lékaře přímo pro únik moči a nevyžadují pro tento stav léčení (HORČIČKA, 2009). Je tedy na lékaři, nebo zdravotnickém personálu – sestře, aby dotazem zjistil, zda ženu únik moči netrápí. Myslím, že v tomto případě by se měla role sestry informátorky zlepšit. Na dotaz, zda sestra nabídla respondentkám informační leták o močové inkontinenci, nám 54 % respondentek uvedlo, že jim sestra leták nenabídla, 32 % respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci gynekologa a 14 % respondentek uvedlo, že ano, v ordinaci praktického lékaře. I zde vidím nutnost vyvinout ze strany sestry informátorky větší iniciativu v předávání informací o močové inkontinenci. Na otázky č. 18 až 20 nám odpovídaly pouze respondentky mající osobní zkušenost s únikem moči a její léčbou. Tyto otázky nám také odpověděly na naši průzkumnou otázku. V otázce, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek nám 92 % respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 8 % respondentek uvedlo, že je sestra s možnostmi využití

inkontinenčních pomůcek neseznámila. V otázce, zda sestra respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámila s dodržováním režimových opatření, nám 92 % respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 8 % respondentek uvedlo, že ano, v ambulanci praktického lékaře. V otázce č. 20 jsme se ptali, zda byly respondentky s osobní zkušeností s únikem moči seznámeny sestrou se cviky na posílení pánevního dna. 85 % respondentek odpovědělo, že ano, v ambulanci gynekologa a 15 % respondentek uvádí, že ano, v ambulanci praktického lékaře. Z odpovědí na tyto otázky nám vyplynulo, že roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence plní v rámci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře. Problém vidím u žen po menopauze, které často opomíjejí pravidelné preventivní prohlídky u gynekologa a pokud se na únik moči nezeptá sestra nebo lékař v ordinaci praktického lékaře, tak se žena mnohdy potýká s únikem moči velmi dlouho. Mnoho žen mylně přičítá problém s únikem moči zvyšujícímu se věku a bez informací o léčbě se tímto problémem často a zbytečně trápí.

6.3 Doporučení pro praxi

Cíle, které jsme si stanovili v bakalářské práci, se nám povedlo splnit. Lze však navrhnout několik změn pro vyšší informovanost žen v prevenci a léčbě močové inkontinence.

Navrhujeme tato opatření pro sestry v ordinaci praktického a gynekologického lékaře:

- v rámci provedení preventivních prohlídek zařadit vždy dotaz na únik moči
- ženy s vysokým BMI vždy upozornit na riziko vzniku močové inkontinence
- při každé preventivní prohlídce nabídnout informační leták o prevenci a léčbě močové inkontinence
- letáky o močové inkontinenci by měly být také volně k odebrání v čekárnách
- nabídnout brožuru se cviky na posílení pánevního dna
- seznámit své pacientky s místem nejbližší urogynekologické poradny

Navrhujeme tato opatření pro všeobecné sestry:

- v rámci příjmu pacientky na lůžkové oddělení zařadit vždy dotaz, zda u ní někdy došlo k úniku moči a zda tento problém trvá
- pokud si sestra všimne, že pacientka používá absorpční vložky a přitom při příjmu neuvedla problémy s inkontinencí, vznést dotaz, zda se žena s potížemi úniku moči léčí a podat jí základní informace
- u těchto žen doporučit návštěvu gynekologické nebo urogynekologické ambulance

Předpokládáme, že všeobecné sestry mají základní informace o prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence a v našem případě svým iniciativním přístupem mohou mnohým ženám pomoci včasným podáním informací o prevenci a léčbě močové inkontinence a zabránit tak snížení kvality jejich života.

7 ZÁVĚR

Cílem naší práce bylo zjistit, jak jsou ženy pracující v seniorských a pečovatelských domech informované o prevenci a léčbě močové inkontinence. Dalším cílem bylo zmapovat, zda sestry plní roli informátorky v této problematice úniku moči. Naše tři cíle se nám podařilo splnit.

Téma, kterému jsme se v této práci věnovali, nás velmi zaujalo, neboť se jedná o stále aktuální problém, který se dotýká žen různých věkových kategorií. Během posledních let došlo ke změně životního stylu společnosti, a proto i starší věková kategorie lidí chce být vzhledem ke změně životního stylu co nejdéle aktivní ve svém životě. Močová inkontinence má velký dopad na kvalitu života žen, a proto jsme se zaměřili právě na informovanost žen v problematice prevence a léčby úniku moči. Teoretická část práce se zabývá dělením inkontinence a rizikovými faktory jejího vzniku, diagnostikou, léčbou močové inkontinence a rolí sestry v prevenci, léčbě a péči o pacientku s močovou inkontinencí.

V empirické části bakalářské práce jsme zpracovali a vyhodnotili výsledky dotazníkového šetření a obdrželi jsme odpovědi na stanovené průzkumné otázky. Průzkum jsme prováděli ve dvou seniorských domech a ve dvou pečovatelských domech. Na základě informací získaných dotazníkovým průzkumem bylo zjištěno, že u žen pracujících v seniorských a pečovatelských domech je zajištěna dostatečná informovanost v této problematice. Toto zjištění nás těší, protože ženy pracující v seniorských a pečovatelských domech jsou v důsledku náročné péče o své klienty ohroženy vznikem močové inkontinence. Šetření dále ukázalo, že sestry v roli informátorky v této problematice neplní svou úlohu v takovém rozsahu, jaký jsme očekávali. Sestra by měla sama projevit aktivitu a zajímat se, zda žena tímto problémem netrpí, nebo jí alespoň poskytnout potřebné informace například nabídnutím informačního letáku, jak se v případě problému s únikem moči zachovat a kam se obrátit.

SEZNAM LITERATURY

ADAMÍK, Z., 2007. *Terapie stresové inkontinence*. Medical tribune: Nemocniční speciál, 2007, 4, s. 1. ISSN 1214–8911.

ČERMÁK, A. a D. PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80–7254–875–1.

FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80–8063–227–8.

GENADRY, R. a J. I. MOSWIN, 2013. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978–80–262–0480–0.

HALAŠKA, M. a kol., 2004. *Urogynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80–7262–272–2.

HANUŠ, T., 2011. *Urologie*. Praha: Triton, 2011. 207 s. ISBN 978–80–7387–387–5.

HORČIČKA, L., 2009. *Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku*. Sestra: Tématický sešit: Inkontinence, 2009, č. 2, 67–68 s. ISSN 1210–0404.

HORČIČKA, L., 2010. *Absorpční prostředky a produkty péče o pokožku při inkontinenci*. Urologie pro praxi, 2010; 11(2): s.79–80. ISSN 1803–5256.

CHMEL, R., 2010. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 72 s. ISBN 978–80–204–2279–8.

JAROŠOVÁ, D., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada Publishing, 2014. 136 s. ISBN 978–80–247–5345–4.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978–80–247–2171–2.

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 521 s. ISBN 978–80–7262–627–7.

KÁBRT, M., 2011. *Aplikovaná statistika*. [online]. Test chí–kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. [cit. 18–12–2015]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

KOLÁŘ, P. a kol., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2012. 713 s. ISBN 978–80–7262–657–1.

KRHUT, J. a J. KOPECKÝ, 2007. *Využití aplikace botulinumtoxinu do detruzoru u pacientek s refrakterním hyperaktivním měchýřem*. ČesGynek 2007; 72, 6: 402–406

MARTAN, A. a kol., 2013. *Nové operační postupy v urogynekologii*. 2. roz. a přepr. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 230 s. ISBN 978–80–7345–348–0.

MARTAN, A. a kol., 2005. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. 79 s. ISBN 80–7345–076–3.

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978–80–247–2832–2.

SKŘIVÁNEK, A., 2009. *Obezita v gynekologické ambulanci*. Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin: Urologie, 2009, č. 3, 24–26 s. ISSN 1214–7664.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 232 s. ISBN 978–80–247–4341–7.

SOCHOROVÁ, N., 2008. *Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky*. Urologie pro praxi [online]. 2008; 9(2): s.92–95. ISSN 1803–5299 [cit. 11–11–2015] Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf>

STAŇKOVÁ, G. a A. KOVAŘÍKOVÁ, 2009. *Edukace žen při stresové inkontinenci moči*. Sestra. 2009, 19, č. 2, s. 72–73. ISSN 1210–0404.

VANĚK, M., 2014. *Přichází mirabegron: první inovace v léčbě OAB po 30 letech*. Urol. praxi, 2014; 15(3): s.138–139. ISSN 1213–1768.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978–80–7345–202–5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Mikční deník

Příloha B – Obrázky č. 1 a č. 2

Příloha C – Dotazník

Příloha D – Pomocné tabulky a výpočty

Příloha E – Čestné prohlášení

Příloha F – Žádost o povolení průzkumu

Příloha G – Rešerše

PŘÍLOHA A

MIKČNÍ DENÍK

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

1. den

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



MIKČNÍ DENÍK

2. den

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

Vydáno: srpen 2007



Zdroj: Astellas, Leading Light for Life. 2007.

PŘÍLOHA B

Obrázek 1 Elektrostimulace



Obrázek 2 Vaginální konusy



Zdroj: <http://www.laparoskopie-inkontinence.cz/lecba-stresove-inkontinence-moci.htm>

PŘÍLOHA C

Vážené respondentky,

jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o. p. s. v Praze. Téma mé bakalářské práce je „Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence“. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se této problematiky. U každé otázky označte pouze jednu odpověď, pokud není stanoveno jinak. Dotazník je anonymní a odpovědi budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Kateřina Košnářová

1. Jak dlouho pečujete o klienty v sociálních službách?
 - a) méně jak 1 rok
 - b) 1–5 let
 - c) 6–10 let
 - d) 11–20 let
 - e) více jak 20 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) středoškolské bez maturity
 - b) středoškolské s maturitou
 - c) vyšší odborné
 - d) vysokoškolské

3. Kolik je Vám let?
 - a) 20–29 let
 - b) 30–39 let
 - c) 40–49 let
 - d) 50–59 let
 - e) 60 let a více

4. Odkud jste čerpala nejvíce informací o močové inkontinenci?
- a) z internetu
 - b) z literatury (časopisy)
 - c) od gynekologa
 - d) od praktického lékaře
 - e) od sestry v ambulanci lékaře
 - f) jiné (uved'te)
-

5. Máte přístup k internetu?
- a) ano
 - b) ne
 - c) ano, občas

6. Má někdo z rodinných příslušníků problémy s močovou inkontinencí?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

7. Jakým způsobem se léčí močová inkontinence (více možností)?
- a) tréninkem močového měchýře
 - b) cvičením cviků na posílení svalstva pánevního dna
 - c) operativní léčba
 - d) farmakologická léčba (tabletky)
 - e) dodržováním režimových opatření
 - f) používáním inkontinentních pomůcek
 - g) snížením nadváhy
 - h) využitím elektrostimulace
 - i) pomocí vaginálních konusů
 - j) nevím

8. Znáte cviky na posílení svalstva pánevního dna?
- a) ano, znám – popište alespoň jeden cvik
-
-

- b) ne, neznám

9. Víte, k čemu slouží Kegelovy cviky?
- a) k posílení ochablého zádového svalstva
 - b) k posílení ochablého svalstva pánevního dna
 - c) k posílení zádového svalstva, které se provádí pouze ve stoje
 - d) nevím
10. Znáte preventivní opatření snižující riziko vzniku močové inkontinence?
- a) ne, nevím
 - b) ano (prosím doplňte opatření)
-
-
11. Jaké nápoje byste v rámci prevence močové inkontinence omezila (více možností)?
- a) alkoholické nápoje
 - b) nápoje s vysokým obsahem kofeinu
 - c) nápoje se sníženým obsahem vitamínů
 - d) minerální vody
 - e) káva
 - f) nevím
12. Znáte možnosti léčby močové inkontinence? Pokud ano, napište jaké.
- a) ano, možnosti léčby znám, ale nemám osobní zkušenost
 - b) ano znám, mám osobní zkušenost s léčbou
 - c) ne, neznám vůbec možnosti léčby:
-
13. Dá se močová inkontinence moči léčit operativně?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
14. Mluvila s Vámi sestra v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinence?
- a) ano, v ordinaci praktického lékaře
 - b) ano, v ordinaci gynekologa
 - c) ne
15. Setkáváte se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečujete?
- a) ano, často
 - b) občas
 - c) ne

16. Nabídla Vám sestra informační leták o močové inkontinenci žen?
- a) ano, v ambulanci gynekologa
 - b) ano, v ambulanci praktického lékaře
 - c) ne

17. Máte osobní zkušenost s únikem moči?
- a) ne, nemám (děkuji, dále již dotazník nevyplňujte)
 - b) ano, v těhotenství
 - c) ano, po porodu
 - d) ano, mám (prosím doplňte činnost, při které došlo k úniku moči)
-

18. Seznámila Vás sestra s možnostmi využití inkontinentních pomůcek?
- a) ano, v ambulanci gynekologa
 - b) ano, v ambulanci praktického lékaře
 - c) ne

19. Seznámila Vás sestra s dodržováním režimových opatření při problémech s únikem moči?
- a) ano, v ambulanci gynekologa
 - b) ano, v ambulanci praktického lékaře
 - c) ne

20. Seznámila Vás sestra se cviky na posílení pánevního dna?
- a) ano, v ambulanci gynekologa
 - b) ano, v ambulanci praktického lékaře
 - c) ne

Příloha D

Pomocné výpočty a tabulky

1. Statistické výpočty – postup

- Z průzkumu byla získána jedna veličina
 - Z obdržených dat byly vypočteny relativní četnosti a zkonstruovány grafy pro lepší názornost
- Z průzkumu byly získány minimálně dvě kvantitativní veličiny
 - Byla sestavena tabulka relativních četností daných veličin – kontingenční tabulka
 - Při výpočtu bylo předpokládáno, že platí nulová hypotéza, tj. že veličiny jsou na sobě nezávislé
 - Byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05 \Rightarrow 5\%$ pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy
 - Byl určen počet stupňů volnosti pro jednotlivé úkoly a stanovena kritická hodnota testovaného kritéria

$$\text{Počet stupňů volnosti: } PSV = (a - 1) * (b - 1)$$

a Počet řádků kontingenční tabulky

b Počet sloupců

Kritická hodnota je tabulkovou hodnotou pro daný stupeň volnosti.

- S využitím aplikace Milana Kábrta byly získány hodnoty očekávaných četností
- Byla provedena kontrola podmínek pro použití testu nezávislosti v kontingenční tabulce:
 - Nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5
 - Žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1
- Na základě porovnání vypočtené hodnoty s kritickou hodnotou chí–kvadrát na zvolené hladině významnosti ($\alpha = 0,05$) byla potvrzena nebo zamítnuta nulová hypotéza. Je-li kritická hodnota menší než vypočtená hodnota

testovaného kritéria, nezamítáme nulovou hypotézu na dané hladině významnosti a platí, že znaky jsou nezávislé.

- V případě, že byla nulová hypotéza zamítnuta, byly vypočteny korelační koeficienty

- Korigovaný koeficient pomocí Pearsona

χ^2 Hodnota testovaného kritéria
 m Počet řádků nebo sloupců v kontingenční tabulce
 n Rozsah souboru

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}}$$

C_{kor} nabývá hodnot v intervalu (0,1).

- Cramerův koeficient.

χ^2 Hodnota testovaného kritéria
 m Počet řádků nebo sloupců v kontingenční tabulce
 n Rozsah souboru

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}}$$

V nabývá hodnot v intervalu (0,1).

Čím vyšší hodnotu korelační koeficient má, tím vyšší je závislost daných veličin.

2. Data získaná z průzkumu a jednotlivé výpočty ke kapitole č. 5

- **Otázka č. 1:** Jak dlouho pečujete o klienty v sociálních službách?

Tabulka 1 Délka praxe v sociálních službách

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně jak 1 rok	8	9 %
1–5 let	48	54 %
6–10 let	20	23 %
11–20 let	8	9 %
více jak 20 let	4	5 %

- **Otázka č. 2:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské bez maturity	28	32 %
středoškolské s maturitou	57	65 %
vyšší odborné	3	3 %
vysokoškolské	0	0 %

- **Otázka č. 3:** Kolik je Vám let?

Tabulka 3 Věk respondentek

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
20–29 let	31	36 %
30–39 let	16	18 %
40–49 let	10	11 %
50–59 let	30	34 %
60 let a více	1	1 %

3. Data získaná z průzkumu a jednotlivé výpočty ke kapitole č. 6

Průzkumná otázka 1

Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na věku?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 3, 8, 9, 10, 11

➤ **Otázka č. 3:** Kolik je Vám let?

Pro snadnější zpracování jsme rozdělili respondentky do dvou věkových skupin. Na skupinu respondentek ve věku do 40 let a na skupinu respondentek ve věku 40 let a více.

Tabulka 4 Věk respondentek – průzkumná otázka 1

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
20–39 let	47	54 %
40 let a více	41	46 %

➤ **Otázka č. 8:** Znáte cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka 5 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 1

Možnosti	20–39 let		40 let a více	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano, znám	16	34 %	38	93 %
b) ne, neznám	31	66 %	3	7 %

Tabulka 5a Kontingenční tabulka – Skutečné četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
a) ano, znám	16	38	54
b) ne, neznám	31	3	34
Celkem	47	41	88

Tabulka 5b Očekávané četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
a)ano, znám	28,84	25,16	54
b)ne, neznám	18,16	15,85	34
Celkem	47	41	88

➤ Podmínky pro použití testu jsou v tomto případě splněny.

Počet řádků a	Počet sloupců b	Počet stupňů volnosti	Kritická hodnota	Hodnota testovaného kritéria
2	2	1	3,841	31,756

Protože kritická hodnota je menší než hodnota testovaného kritéria, **zamítáme** nulovou hypotézu.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.

Alternativní hypotéza: **Věk má vliv na znalost cviků na posílení pánevního dna.**

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat.**

Výpočet korelačních koeficientů:

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{31,756}{31,756+88}}}{\sqrt{\frac{2-1}{2}}} = 0,728$$

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * (m - 1)}} = \sqrt{\frac{31,756}{88 * (2 - 1)}} = 0,601$$

Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silná závislost.

- **Otázka č. 9:** Víte, k čemu slouží Kegellovy cviky?

Tabulka 6 Kegellovy cviky – průzkumná otázka 1

Možnosti	20–39 let		40 let a více	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) k posílení ochablého zádového svalstva	0	0 %	0	0 %
b) k posílení ochablého svalstva pánevního dna	34	72 %	38	93 %
c) k posílení zádového svalstva, které se provádí pouze ve stoje	0	0 %	0	0 %
d) nevím	13	28 %	3	7 %

Tabulka 6a Kontingenční tabulka – Skutečné četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
b) k posílení ochablého svalstva pánevního dna	34	38	72
a), c), d) nevím nebo špatná odpověď	13	3	16
Celkem	47	41	88

Tabulka 6b Očekávané četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
b) k posílení ochablého svalstva pánevního dna	38,45	33,55	72
a), c), d) nevím nebo špatná odpověď	8,55	7,45	16
Celkem	47	41	88

- Podmínky pro použití testu jsou v tomto případě splněny.

Počet řádků a	Počet sloupců b	Počet stupňů volnosti	Kritická hodnota	Hodnota testovaného kritéria
2	2	1	3,841	6,079

Protože kritická hodnota je menší než hodnota testovaného kritéria, **zamítáme** nulovou hypotézu.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na informovanost o využitelnosti Kegellových cviků.

Alternativní hypotéza: **Věk má vliv na informovanost o využitelnosti Kegellových cviků.**

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat.**

Výpočet korelačních koeficientů:

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{6,079}{6,079+88}}}{\sqrt{\frac{2-1}{2}}} = 0,359$$

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * (m - 1)}} = \sqrt{\frac{6,079}{88 * (2 - 1)}} = 0,263$$

Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje slabá závislost.

- **Otázka č. 10:** Znáte preventivní opatření snižující riziko vzniku močové inkontinence?

Tabulka 7 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 1

Možnosti	20–39 let		40 let a více	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ne, nevím	28	60 %	4	10 %
b) ano	19	40 %	37	90 %

Tabulka 7a Kontingenční tabulka – Skutečné četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
a) ne, nevím	28	4	32
b) ano	19	37	56
Celkem	47	41	88

Tabulka 7b Očekávané četnosti

Možnosti	20–39	40 >	Celkem
a) ne, nevím	17,09	14,91	32
b) ano	29,91	26,09	56
Celkem	47	41	88

- Podmínky pro použití testu jsou v tomto případě splněny.

Počet řádků a	Počet sloupců b	Počet stupňů volnosti	Kritická hodnota	Hodnota testovaného kritéria
2	2	1	3,841	23,49

Protože kritická hodnota je menší než hodnota testovaného kritéria, **zamítáme** nulovou hypotézu.

Nulová hypotéza: Věk nemá vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.

Alternativní hypotéza: **Věk má vliv na znalost preventivních opatření snižujících riziko vzniku močové inkontinence.**

Na základě statistického zpracování dat můžeme zamítnout nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu o závislosti dat.**

Výpočet korelačních koeficientů:

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{23,49}{23,49+88}}}{\sqrt{\frac{2-1}{2}}} = 0,649$$

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * (m - 1)}} = \sqrt{\frac{23,49}{88 * (2 - 1)}} = 0,517$$

Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce existuje silnější závislost.

➤ **Otázka č. 11:** Jaké nápoje byste v rámci prevence močové inkontinence omezila?

Tabulka 8 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka 1

Možnosti	20–39 let		40 let a více	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) alkoholické nápoje	6	15 %	18	44 %
b) nápoje s vysokým obsahem kofeinu	25	53 %	38	93 %
c) nápoje se sníženým obsahem vitamínů	1	2 %	0	0 %
d) minerální vody	2	4 %	0	0 %
e) káva	32	68 %	41	100 %
f) nevím	5	11 %	1	2 %

Průzkumná otázka 2

Liší se informovanost žen o prevenci močové inkontinence v závislosti na možnosti přístupu k internetu?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 4, 5, 8, 9, 10, 11

Otázka č. 4: Odkud jste čerpala nejvíce informací o močové inkontinenci?

Tabulka 9 Zdroj čerpání informací o MI

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) z internetu	25	28 %
b) z literatury	36	41 %
c) od gynekologa	10	11 %
d) od praktického lékaře	8	9 %
e) od sestry v ambulanci lékaře	4	5 %
f) jiné	5	6 %

➤ **Otázka č. 5:** Máte přístup k internetu?

Tabulka 10 Přístup k internetu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	79	90 %
b) ne	0	0 %
c) ano, občas	9	10 %

➤ **Otázka č. 8:** Znáte cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka 11 Znalost cviku na posílení pánevního dna – průzkumná otázka 2

Možnosti	Přístup k internetu – ano		Přístup k internetu – občas	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano, znám	46	59 %	8	89 %
b) ne, neznám	33	41 %	1	11 %

- **Otázka č. 9:** Víte, k čemu slouží Kegellovy cviky?

Tabulka 12 Kegellovy cviky – průzkumná otázka 2

Možnosti	Přístup k internetu – ano		Přístup k internetu – občas	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) k posílení ochablého zádového svalstva	0	0 %	0	0 %
b) k posílení ochablého svalstva pánevního dna	62	79 %	9	90 %
c) k posílení zádového svalstva, které se provádí pouze ve stoje	0	0 %	0	0 %
d) nevím	16	21 %	1	10 %

- **Otázka č. 10:** Víte, jak je možné předejít problémům způsobených samovolným únikem moči?

Tabulka 13 Znalost preventivních opatření MI – průzkumná otázka 2

Možnosti	Přístup k internetu – ano		Přístup k internetu – občas	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ne, nevím	31	39 %	1	11 %
b) ano	48	61 %	8	89 %

- **Otázka č. 11:** Jaké nápoje byste v rámci prevence močové inkontinence omezila?

Tabulka 14 Nápoje v rámci prevence MI – průzkumná otázka 2

Možnosti	Přístup k internetu – ano		Přístup k internetu – občas	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) alkoholické nápoje	50	72 %	2	22 %
b) nápoje s vysokým obsahem kofeinu	56	71 %	8	89 %
c) nápoje se sníženým obsahem vitamínů	1	1 %	0	0 %
d) minerální vody	2	2 %	0	0 %
e) káva	59	75 %	9	100 %
f) nevím	6	8 %	0	0 %

Průzkumná otázka 3

Mají více informací o léčbě močové inkontinence ženy, které mají zkušenost s močovou inkontinencí, než ženy bez zkušeností?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 6, 7, 12, 13, 15, 17

- **Otázka č. 6:** Má někdo z rodinných příslušníků problémy s močovou inkontinencí?

Tabulka 15 MI u rodinných příslušníků

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	35	40 %
b) ne	42	48 %
c) nevím	11	12 %

- **Otázka č. 7:** Jakým způsobem se léčí močová inkontinence?

Tabulka 16 Způsoby léčby MI

Možnosti	Osobní zkušenost s MI – má		Osobní zkušenost s MI –	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) tréninkem močového měchýře	7	54 %	32	43 %
b) cvičením cviků na posílení svalstva pánevního dna	13	100%	64	85 %
c) operativní léčba	13	100%	44	59 %
d) farmakologická léčba	13	100%	30	40 %
e) dodržováním režimových opatření	9	69%	24	32%
f) používáním inkontinentních pomůcek	5	38%	12	16%
g) snížením nadváhy	7	54%	16	21%
h) využitím elektrostimulace	3	23 %	0	0 %
i) pomocí vaginálních konusů	1	8 %	2	3 %
j) nevím	0	0 %	5	7 %

- **Otázka č. 12:** Znáte možnosti léčby močové inkontinence? Pokud ano, napište jaké.

Tabulka 17 Znalost léčby MI

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, možnosti znám, ale nemám osobní zkušenost	70	79 %
b) ano znám, mám osobní zkušenost s léčbou	13	15 %
c) ne, neznám vůbec možnosti léčby	5	6 %

- **Otázka č. 13:** Dá se močová inkontinence moči řešit operativně?

Tabulka 18 Operační léčba MI

Možnosti	Osobní zkušenost s MI – má		Osobní zkušenost s MI – nemá	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	13	100 %	70	94 %
b) ne	0	0 %	1	1 %
c) nevím	0	0 %	4	5 %

- **Otázka č. 15:** Setkáváte se s močovou inkontinencí u klientů, o které pečujete?

Tabulka 19 MI u klientů respondentek

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, často	80	91 %
b) občas	8	9 %
c) ne	0	0 %

- **Otázka č. 17:** Máte osobní zkušenost s únikem moči?

Tabulka 20 Osobní zkušenost s MI

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ne, nemám	75	85 %
b) ano, v těhotenství	1	1 %
c) ano, po porodu	2	2 %
d) ano, mám	10	12 %

Průzkumná otázka 4

Plní roli sestry informátorky v problematice močové inkontinence v prevenci preventivní péče častěji sestry pracující v gynekologické ambulanci než v ambulanci praktického lékaře?

K této otázce jsou přiřazeny otázky z dotazníku pod čísly: 4, 14, 16, 18, 19, 20

- **Otázka č. 4:** Odkud jste čerpala nejvíce informací o močové inkontinenci?

Tabulka 21 Zdroj čerpání informací o MI

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) z internetu	25	28 %
b) z literatury	36	41 %
c) od gynekologa	10	11 %
d) od praktického lékaře	8	9 %
e) od sestry v ambulanci	4	5 %
f) jiné	5	6 %

- **Otázka č. 14:** Mluvila s Vámi sestra v rámci preventivní péče o problematice močové inkontinence?

Tabulka 22 Podání informací o MI od sestry v rámci prevence

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, sestra v ordinaci praktického lékaře	11	12 %
b) ano, sestra v ordinaci gynekologa	19	22 %
c) ne	58	66 %

- **Otázka č. 16:** Nabídla Vám sestra informační leták o močové inkontinenci žen?

Tabulka 23 Nabídnutí letáku o MI sestrou

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, v ambulanci gynekologa	28	32 %
b) ano, v ambulanci praktického lékaře	12	14 %
c) ne	48	54 %

Na otázky č. 18, č. 19 a č. 20 odpovídaly pouze respondentky, které mají osobní zkušenost s únikem moči. Z celkového počtu 88 respondentek má osobní zkušenost 13 respondentek. Pro další grafické zpracování bude těchto 13 respondentek tvořit 100 %.

- **Otázka č. 18:** Seznámila Vás sestra s možnostmi využití inkontinenčních pomůcek

Tabulka 24 Seznámení sestrou s inkontinentními pomůckami

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, v ambulanci gynekologa	12	92 %
b) ano, v ambulanci praktického lékaře	0	0 %
c) ne	1	8 %

- **Otázka č. 19:** Seznámila Vás sestra s dodržováním režimových opatření při problémech s únikem moči?

Tabulka 25 Seznámení sestrou s dodržováním režimových opatření

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, v ambulanci gynekologa	12	92 %
b) ano, v ambulanci praktického lékaře	1	8 %
c) ne	0	0 %

- **Otázka č. 20:** Seznámila Vás sestra se cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka 26 Seznámení sestrou se cviky pánevního dna

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, v ambulanci gynekologa	11	85 %
b) ano, v ambulanci praktického lékaře	2	15 %
c) ne	0	0 %

PŘÍLOHA E

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval/a údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „ Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence “ v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne. 20. 3. 2016

Kateřina KOŠNÁŘOVÁ
Jméno a příjmení studenta

PŘÍLOHA F

Seniorský dům Písek
Čelakovského 8
397 01 Písek

V Písku, dne 1. 12. 2015

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Vážené vedení,

jmenuji se Kateřina Košnářová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Studuji ve 3. ročníku bakalářského studia v oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku, ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „ Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence“. Dotazníky jsou určeny pro sociální pracovníce pečující o Vaše klienty ke zjištění informovanosti o prevenci a léčbě močové inkontinence u žen. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit jen pro potřeby zpracování mé bakalářské práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejňovány. Jako přílohu přikládám dotazník.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem


Košnářová Kateřina

Schvaluji / ~~neschvaluji~~ dotazníkový průzkum v našem seniorském domě u sociálních pracovníků pečujících o naše klienty.

 **Seniorský dům
Písek**
Seniorský dům Písek z. s.
péče o seniory a zdravotní
Čelakovského 8, Písek
IČO 26104822
 e

Kontaktní adresa: Kateřina KOŠNÁŘOVÁ, Jablonského 388/3, Písek, PSČ 397 01,

tel: 723 424 386 Email: katerina.kosnarova@seznam.cz

Domov pro seniory Světlo
Karla Čapka 2549/7
39701 Písek

V Písku, dne 1. 12. 2015

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Vážené vedení,

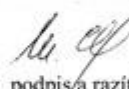
jmenuji se Kateřina Košnářová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Studuji ve 3. ročníku bakalářského studia v oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku, ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „ Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence“. Dotazníky jsou určeny pro sociální pracovníce pečující o Vaše klienty ke zjištění informovanosti o prevenci a léčbě močové inkontinence u žen. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit jen pro potřeby zpracování mé bakalářské práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejňovány. Jako přílohu přikládám dotazník.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem


Košnářová Kateřina

Schvaluji / ~~neschvaluji~~ dotazníkový průzkum v našem seniorském domě u sociálních pracovníc pečujících o naše klienty.


Domov pro seniory Světlo
Drhovská 44, 397 01 Písek
IČO: 708 69 812
Tel: 384 475 124, 382 785 611
podpis a razítko zařízení

Kontaktní adresa: Kateřina KOŠNÁŘOVÁ, Jablonského 388/3, Písek, PSČ 397 01,
tel: 723 424 386 Email: katerina.kosnarova@seznam.cz

Domov se zvláštním režimem - Vážka
Jiráskovo nábř. 2443/2
39701 Písek

V Písku, dne 1. 12. 2015


Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Vážené vedení,


Jmenuji se Kateřina Košnářová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Studuji ve 3. ročníku bakalářského studia v oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku, ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „ Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence“. Dotazníky jsou určeny pro sociální pracovníce pečující o Vaše klienty ke zjištění informovanosti o prevenci a léčbě močové inkontinence u žen. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit jen pro potřeby zpracování mé bakalářské práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejňovány. Jako přílohu přikládám dotazník.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem


Košnářová Kateřina

Schvaluji / ~~neschvaluji~~ dotazníkový průzkum v našem seniorském domě u sociálních pracovníc pečujících o naše klienty.


STŘEDNÍ ODBORNÁ ŠKOLA STŘEŠOVICE BLANKA
Písek, Jiráskovo nábř. 2443/2, 397 01 Písek
podpis a razítko zařízení
IČO: 25219172, 36219057, 36211454

Kontaktní adresa: Kateřina KOŠNÁŘOVÁ, Jablonského 388/3, Písek, PSČ 397 01,
tel: 723 424 386 Email: katerina.kosnarova@seznam.cz

Domov pro seniory - Domovinka
Jiráskovo nábř. 2443/2
39701 Písek

V Písku, dne 1. 12. 2015

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Vážené vedení,

Jmenuji se Kateřina Košnářová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Studuji ve 3. ročníku bakalářského studia v oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku, ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „ Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence“. Dotazníky jsou určeny pro sociální pracovníce pečující o Vaše klienty ke zjištění informovanosti o prevenci a léčbě močové inkontinence u žen. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit jen pro potřeby zpracování mé bakalářské práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejňovány. Jako přílohu přikládám dotazník.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem


Košnářová Kateřina

Schvaluji / ~~neschvaluji~~ dotazníkový průzkum v našem seniorském domě u sociálních pracovníků pečujících o naše klienty.

 **DIKONIE ČČE - STŘEDISKO BLANÁ**
Jiráskovo nábř. 2443/2, Písek
IČO: 46865400
podpis a razítko zařízení: 303211454

Kontaktní adresa: Kateřina KOŠNÁŘOVÁ, Jablonského 388/3, Písek, PSČ 397 01,
tel: 723 424 386 Email: katerina.kosnarova@seznam.cz

PŘÍLOHA G

Téma rešerše

Role sestry v prevenci, diagnostice a léčbě močové inkontinence u žen

Žadatel:

Kateřina Košnářová, DiS.

Jazykové vymezení:

Čeština

Klíčová slova:

inkontinence moči – urgentní inkontinence – stresová inkontinence moči – ošetrovatelská diagnóza – ošetrovatelská péče – zdravotní sestry v klinické praxi – ošetrovatelský proces – odborné všeobecné sestry – zdravotní sestry – role ošetrovatelky – edukační sestry – ošetrovatelství – ošetrování – prevence – diagnóza – terapie – ženy – ženské pohlaví

Časové vymezení:

V českých zdrojích: 2005 – současnost

Druhy dokumentů:

Knihy, kapitoly z knih, články, články ve sbornících, abstrakta

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 62 (knihy: 10; články ve sbornících a abstrakta: 52)/plné texty: 22

Použitý citační styl:

České zdroje: ČSN ISO 690 a bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Zdroje: – katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ