

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

INKONTINENCE U ŽEN

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA VESKOVÁ

Praha 2018

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

INKONTINENCE U ŽEN

Bakalářská práce

VERONIKA VESKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



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

VESKOVÁ Veronika
3APA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Inkontinence u žen

Urinary Incontinence in Women

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za vedení mé práce, za trpělivost, cenné rady a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce. Mé poděkování patří též MUDr. Daně Bartošové za poskytnutí odborných rad a připomínek k mé práci. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Soně Jexové, PhD. za podrobné rady ohledně statistického zpracování dat. V neposlední řadě bych velice ráda poděkovala všem ženám, které byly ochotné a vyplnily mi dotazník.

ABSTRAKT

VESKOVÁ, Veronika. *Inkontinence u žen*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 63 s.

Tématem bakalářské práce je Inkontinence u žen. V práci se zabýváme problematikou močové inkontinence. Jako cíle jsme zvolili zjistit, zda jsou respondentky spokojeny s kvalitou života po léčbě inkontinence, dále zda ženy ze zkoumaného souboru při počátku úniku moči ihned vyhledaly lékařskou pomoc. Posledním cílem jsme sledovali, v kolika letech ženy zjistily, že trpí únikem moči. Kvantitativní šetření proběhlo od 20. prosince 2017 do 10. února 2018 technikou strukturovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Respondentky vyplňovaly dotazník v čekárně gynekologické ambulance v Nemocnici Český Krumlov nebo ve svém pokoji v Domově pro seniory Horní Stropnice v tištěné podobě po předchozí edukaci sestrou. Kvantitativního průzkumu se zúčastnilo 80 žen, které byly po léčbě močové inkontinence. Získané údaje byly statisticky a graficky zpracovány. Respondentky nejčastěji uváděly, že jsou spokojeny nebo spíše spokojeny se svou kvalitou života po léčbě inkontinence. Nadpoloviční většina žen uvedla, že při počátku úniku moči ihned nevyhledala lékařskou pomoc. Ze sledovaného souboru nejvíce žen trpí inkontinencí ve věku 50-59 let.

Klíčová slova

Inkontinence moči. Léčba inkontinence. Porodní asistentka. Prevence inkontinence. Vyšetřovací metody.

ABSTRACT

VESKOVÁ, Veronika. *Urinary Incontinence in Women*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2018. 63 pages.

The topic of this Bachelor's thesis is incontinence in women. In particular, it focuses on urinary incontinence. The aim of the thesis was to determine whether the respondents were satisfied with the quality of life after urinary incontinence treatment and whether the women in the research group sought medical attention immediately after they started to leak urine. The last goal was to find out in what age the women began suffering from urinary incontinence. A quantitative survey was conducted from 20 December 2017 to 10 February 2018 using an anonymous structured questionnaire of a customized design. The respondents filled out the printed questionnaire in the waiting room of a gynaecology clinic in Český Krumlov Hospital or in their room in Horní Stropnice retirement home. They were educated by the nurse regarding the questionnaire. 80 women after urinary incontinence treatment participated in the quantitative research. The obtained data were statistically processed and visualized. Most respondents reported that they were satisfied or rather satisfied with their quality of life after urinary incontinence treatment. The majority of women stated that they did not seek medical attention immediately when they started to leak urine. In the research group, women aged between 50 and 59 were most affected by urinary incontinence.

Keywords:

Urinary incontinence. Incontinence treatment. Midwife. Prevention of incontinence. Examination methods.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	12
ÚVOD	14
1 INKONTINENCE U ŽEN	16
1.1 FYZIOLOGIE MIKCE A MIKČNÍ CYKLUS.....	17
1.1.1 MECHANISMUS KONTINENCE	17
1.2 KLASIFIKACE INKONTINENCE	18
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	20
2.1 ANAMNÉZA.....	20
2.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	21
2.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	22
2.4 KLINICKÉ TESTY.....	22
2.5 URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ	23
2.6 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	24
3 LÉČBA	25
3.1 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE	25
3.1.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA.....	25
3.1.2 FARMAKOTERAPIE.....	27
3.1.3 OPERAČNÍ LÉČBA	28
3.2 LÉČBA URGENTNÍ INKONTINENCE.....	29
3.2.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE.....	30
3.2.2 FARMAKOTERAPIE.....	31

3.2.3	OPERAČNÍ LÉČBA	32
3.3	ABSORPČNÍ POMŮCKY	32
4	PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S INKONTINENCÍ	34
4.1	PŘEDOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ	34
4.2	PERIOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ	35
4.3	POOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ	35
4.4	PRACOVNÍ NESCHOPNOST INKONTINENTNÍCH PACIENTEK.....	36
4.5	PREVENCE MOČOVÉ INKONTINENCE.....	36
5	HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTY	38
6	PRŮZKUM	40
6.1	PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	40
6.2	PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	40
6.3	METODA PRŮZKUMU.....	41
6.4	PRŮZKUMNÝ SOUBOR.....	42
6.5	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	42
6.6	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	68
6.7	INTERPRETACE PRŮZKUMU.....	70
7	DISKUZE	73
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM LITERATURY	77

PŘÍLOHY.....I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BA – bulking agents

BMI – body mass index

CNS – centrální nervový systém

ICS – Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society)

TVT – tension-free vaginal tape

TOT – tension-free obturator tape

VAS – vizuální analogová škála bolesti

(KAWACIUK, 2009), (VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
Tabulka 2 Věk respondentek při zjištění inkontinence	44
Tabulka 3 Menstruovala jste při zjištění úniku moči	45
Tabulka 4 Vyhledala jste ihned lékařskou pomoc při zjištění úniku moči.....	46
Tabulka 5 Důvod nevyhledávání lékařské pomoci	47
Tabulka 6 Návštěva lékaře od prvního zjištění úniku moči	48
Tabulka 7 Svěření se s únikem moči.....	49
Tabulka 8 Počet vaginálních porodů	50
Tabulka 9 Váha dětí nad 4 000 g.....	50
Tabulka 10 Ovlivnění úniku moči v každodenním životě.....	52
Tabulka 11 Vlastní léčba	53
Tabulka 12 Léčba na doporučení lékaře, zaznamenávání úniku moči po daném typu léčby.....	54
Tabulka 13 Podpora ze strany blízkých během léčby	57
Tabulka 14 Hodnocení kvality života po léčbě	58
Tabulka 15 Spokojenost se svým zdravím po léčbě.....	59
Tabulka 16 Dopad léčby na běžný život	60
Tabulka 17 Efekt léčby.....	61
Tabulka 18 Aktivity, které po léčbě nemůžete vykonávat	62
Tabulka 19 Změna zaměstnání po léčbě	63
Tabulka 20 Dopad léčby na společenský život	64
Tabulka 21 Dopad léčby na rodinný život	65
Tabulka 22 Dopad léčby na sexuální život.....	66
Tabulka 23 Pocit z léčby	67
Tabulka 24 Dopad léčby na každodenní spánek	68
Tabulka 25 Skutečné četnosti.....	69
Tabulka 26 Očekávané četnosti.....	70
Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání	43
Graf 2 Věk respondentek při zjištění inkontinence.....	44
Graf 3 Menstruovala jste při zjištění úniku moči.....	45

Graf 4 Vyhledala jste ihned lékařskou pomoc při zjištění úniku moči.....	46
Graf 5 Důvod nevyhledávání lékařské pomoci.....	47
Graf 6 Návštěva lékaře od prvního zjištění úniku moči	48
Graf 7 Svěření se s únikem moči	49
Graf 8 Počet vaginálních porodů a váha dětí nad 4 000 g	51
Graf 9 Ovlivnění úniku moči v každodenním životě.....	52
Graf 10 Vlastní léčba	53
Graf 11 Léčba na doporučení lékaře	55
Graf 12 Zaznamenávání úniku moči po daném typu léčby	55
Graf 13 Podpora ze strany blízkých během léčby	57
Graf 14 Hodnocení kvality života po léčbě	58
Graf 15 Spokojenost se svým zdravím po léčbě	59
Graf 16 Dopad léčby na běžný život.....	60
Graf 17 Efekt léčby	61
Graf 18 Aktivity, které po léčbě nemůžete vykonávat	62
Graf 19 Změna zaměstnání po léčbě.....	63
Graf 20 Dopad léčby na společenský život.....	64
Graf 21 Dopad léčby na rodinný život.....	65
Graf 22 Dopad léčby na sexuální život.....	66
Graf 23 Pocit z léčby.....	67
Graf 24 Dopad léčby na každodenní spánek.....	68
Graf 25 Skutečné četnosti	69
Graf 26 Očekávané četnosti	70

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si zvolili téma „Inkontinence u žen“, protože patří mezi nejrozšířenější a nejčastější problémy společnosti. Je stále aktuální, ale velké procento žen trpících touto chorobou o tomto problému příliš nemluví, protože pocítuje stud.

Inkontinenci moči můžeme chápat jako neschopnost ovládat močový měchýř a udržet moč. Vyskytuje se u žen v kterémkoliv věku. Tento závažný stav je pro ženu velice citlivý, nepříjemný, stresující problém a má negativní vliv na kvalitu života. Ovlivňuje ženu po stránce psychické, fyzické, společenské, pracovní, sociální, sexuální a intimní. Inkontinentní pacientky se obávají zápachu a vlhkosti a vzdávají se svých aktivit, omezují návštěvy u přátel, chození do kina, divadla a cestování.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V první kapitole teoretické části popisujeme definice inkontinence, epidemiologii, rizikové faktory, příčiny a zaměřujeme se na popis fyziologie mikce, mikční cyklus, mechanismus kontinence, klasifikujeme inkontinenci dle standardizovaných norem. V druhé kapitole najdeme vyšetřovací metody od základních až po specializované. Třetí kapitola se týká léčby inkontinence a je rozdělena na léčbu stresové a urgentní inkontinence, zabýváme se zde i absorpčními pomůckami. Čtvrtá kapitola teoretické části se věnuje péči porodní asistentky o ženu s inkontinencí. V poslední kapitole se zaměřujeme na hodnocení kvality života.

V praktické části bakalářské práce se věnujeme analýze dat průzkumného šetření, vyhodnocení vymezených cílů a průzkumných otázek. Hlavním cílem průzkumu je zmapovat, zda jsou pacientky spokojeny s kvalitou života po léčbě inkontinence. Dílčím cílem je zjistit, zda ženy ze sledovaného vzorku při počátku úniku moči ihned vyhledaly lékařskou pomoc. Posledním cílem je zjistit, v jakém věku ženy nejčastěji trpí inkontinencí. Průzkumný soubor se skládá z 80 žen, které jsou již po léčbě močové inkontinence. Zvolili jsme metodu kvantitativního průzkumu a údaje byly získány pomocí dotazníků. Šetření bylo prováděno od prosince 2017 do února 2018 a věk respondentek se pohyboval od 20 do 79 let.

Před zahájením bakalářské práce byla řádně prostudována vstupní literatura:

1. HORČIČKA, L. a kol., 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-58-9.
2. ROB, L. a kol., 2012. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-5017.
3. KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA a J. FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
4. SOCHOROVÁ, N. a A. VIDLÁŘ, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen, Medical education. Meduca. ISBN 978-80-7471-142-8.

Rešeršní strategie

V první fázi byla zvolena klíčová slova v českém, anglickém a slovenském jazyce a vymezeno bylo časové období od roku 2007 do současnosti. Pro vyhledávání rešeršní strategie byly zvoleny dvě metody. První z nich se specializovala na rešerši Národní lékařské knihovny, kde bylo nalezeno 15 knižních zdrojů, z toho 1 kniha v anglickém a jedna ve slovenském jazyce. Odborné články psané česky a slovensky byly hledány v elektronických zdrojích databáze BMČ (Bibliographia medica Českoslovacca) a nalezeno bylo 69 článků v češtině a 5 ve slovenštině, ze zahraniční databáze Ovid Medline bylo dohledáno 10 dokumentů.

Druhá metoda byla použita za pomoci on-line databází Theses, Medvik, Google Scholar, kam byla rovněž zadána klíčová slova.

Po prostudování literatury byly v bakalářské práci parafrázovány informace z 40 zdrojů, ostatní dokumenty byly vyřazeny, protože neodpovídaly časovému rozhraní nebo tématu této práce.

1 INKONTINENCE U ŽEN

Mezinárodní společnost pro kontinenci (International continence society – ICS) stanovila dvě definice inkontinence moči, první definice byla vymezena dříve a druhá je nová (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011). „Inkontinence moči je stav nedobrovolného úniku moči, který představuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém“ (KALVACH a kol., 2008, s. 215). „Symptom inkontinence je definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči“ (HORČIČKA a kol., 2012, s. 3).

Studie odhadují, že občasný únik moči se vyskytuje až u 30–50 % žen. Incidence v České republice je vysoká, udává se 350 000 případů ročně. To znamená, že téměř každá druhá žena trpí únikem moči, s rostoucím věkem onemocnění stoupá a 40 % žen, starších 60 let, trpí inkontinencí. V tomto věku je inkontinence moči 1,5-2× častější u žen než u mužů. Polovina všech případů se týká stresové inkontinence, 20 % forem představuje inkontinenci smíšenou a ve 30 % se jedná o urgentní inkontinenci, a to především o syndrom hyperaktivního močového měchýře. Ve věku 30–39 let trpí inkontinencí 22,3 % žen, nejvíce se vyskytuje u žen nad 80 let a to 55,6 %. Přestože tímto onemocněním trpí velké procento žen, je vyhledávání odborné pomoci na velmi nízké úrovni. Pacientky přicházejí k lékaři příliš pozdě, teprve když je příznaky začnou obtěžovat psychicky i fyzicky, protože pocítují stud, nepřipouští si, jaký problém inkontinence představuje (HORČIČKA a kol., 2012), (CHMEL, 2010), (TEXL a kol., 2015).

Mezi nejčastější příčiny inkontinence řadíme kouření, kašel, astma bronchiale, nezdravý životní styl, nadměrnou zátěž, těžkou práci, těhotenství, vaginální porod, porodní poranění, operace v malé pánvi, neurologické onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění dolních močových cest, chronická zácpa, léky, menopauza a stárnutí (HORČIČKA a kol., 2017).

Rizikové faktory, které uvádí většina autorů:

- Věk – nejčastější rizikový faktor, a to především z důvodu poklesu hormonů.
- Pohlaví – únik moči je dvakrát až třikrát častější u žen než u mužů.

- Obezita – střední obezita (BMI = 30–35) zvyšuje riziko přibližně 1,7x onemocnění inkontinence, vyšší obezita (BMI >35) asi 2,5x.
- Těhotenství – inkontinence se vyskytuje až u 35 % těhotných.
- Porod – vaginální porod z důvodu narušení svalů pánevního dna, rizikovým faktorem je porodní hmotnost novorozence nad 4 000 g.
- Menopauza – z důvodu poklesu hormonů.
- Operace v malé pánvi (HORČIČKA a kol., 2017), (KOLAŘÍK a kol., 2011).

1.1 FYZIOLOGIE MIKCE A MIKČNÍ CYKLUS

Močový měchýř vykonává dvě podstatné fáze, a to plnění a vypuzovací. Ve fázi plnění dochází k povolení svaloviny močového měchýře a sevření svaloviny pánevního dna a svaloviny močové trubice. Moč zvolna vtéká močovody do močového měchýře, po uskutečnění nastává mikce. Na začátku močení dochází k zesílení intraabdominálního tlaku a ke stažení bránice a svalů břišní stěny. V důsledku relaxace svalů pánevního dna opouští močová trubice svou nečinnou polohu a dostává se do postavení, které je pro mikci prospěšnější. Z centrálního nervového systému (CNS) je narušena inhibice sakrálního míšního centra a nastává stažení detruzoru a svalových vláken v močové trubici. Tlak v ní se snižuje a intraabdominální tlak se zvyšuje, a když se hodnoty těchto tlaků stabilizují, dochází k vyprázdnění moči z močového měchýře. V průběhu mikce setrvává velký tlak v měchýři, klesá náplň a snižuje se i napětí stěn močového měchýře a síla detruzoru. Na konci močení se stahuje pánevní dno a vnitřní svěrač uretry a tok moči je zastaven (GÄRTNER, 2007), (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.1.1 MECHANISMUS KONTINENCE

Výchozím předpokladem zadržení objemu moči je stav, kdy tlak v močové trubici musí být vyšší než tlak v močovém měchýři a tato dispozice musí být vykonána i za okolností, kdy žena provádí aktivitu, při níž dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku. V situacích, při kterých nastává zesílení nitrobřišní tlaku (např. kašel, smích, zvedání těžkého předmětu), se tento tlak přenáší na močový měchýř a tím se stupňuje i tlak na oblast močové trubice. V případě, že by nedocházelo k přenesení intraabdominálního tlaku na oblast močové trubice a tlak v močovém měchýři byl vyšší než tlak v močové trubici, moč by unikala (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.2 KLASIFIKACE INKONTINENCE

Ženská močová inkontinence se rozčleňuje podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (ICS) do následujících skupin:

A. Uretrální inkontinence:

- Stresová.
- Urgentní.
- Reflexní.
- Paradoxní.

B. Extrauretrální inkontinence:

- Kongenitální (ektopický ureter, extrofie močového měchýře).
- Získaná (píštěle uretrální, vezikální, ureterální) (ROB a kol., 2012), (FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE, 2016).

Stresová inkontinence (SUI) je charakterizovaná jako samovolná ztráta moči při fyzické námaze, kašli a kýčání. Jedná se o pasivní únik moči uretrou důsledkem zvýšení intraabdominálního tlaku, jenž si počíná při insuficienci uzávěrového mechanismu, bez simultánní kontrakce detruzoru. Moč z močového měchýře uniká jen tehdy, když nitrobřišní tlak náhle vzroste, a to nastává při zvedání těžkého břemene, smíchu, kašli, pohlavním styku a poskoku (ROB a kol., 2012), (ŠVIHRA a kol., 2012).

Ženy trpící SUI před únikem moči nevnímají žádné signály, které by je varovaly na ztrátu moči a nedostavují se známky hyperaktivního močového měchýře jako urgencye, nykturie a frekvence (ŠVIHRA a kol., 2012).

SUI se rozděluje dle relevantnosti do tří stupňů:

- První stupeň – náhlý únik moči po kapkách při zřetelném zvýšení nitrobřišním tlaku, projevuje se při fyzické aktivitě, která se běžně neprovádí (sport, tanec, těžká fyzická aktivita atd.).
- Druhý stupeň – ztráta moči se projevuje při běžném zvýšení intraabdominálního tlaku, stačí lehká fyzická zátěž (rychlá chůze, kašel, kýchnutí).

- Třetí stupeň – k úniku moči stačí i sebemenší fyzická činnost (v klidu, vleže) (ŠVIHRA a kol., 2012), (FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE, 2016).

Urgentní inkontinence je dnes již nazývaná novým termínem, a to hyperaktivní močový měchýř (OAB). Tento typ je definován jako soubor symptomů poukazující na narušenou funkci dolních močových cest. Typickými příznaky jsou urgencye (náhlý silný pocit na močení, který nejde obstát), frekvence (močení více než osmkrát za 24 hod.) a nykturie (časté močení v noci) (ROZTOČIL a kol., 2011).

Reflexní inkontinence dříve užívaný termín „reflexní“ dnes se užívá neurogení inkontinence, označuje charakteristickou samovolnou ztrátu moči z uretry způsobenou abnormální reflexní činností sakrálního míšního centra s neúčastí tušení nucení k močení (ROB a kol., 2012), (DZVINČUK a kol., 2009).

Paradoxní únik moči jedná se o inkontinenci, kdy moč přetéká mimovolně z přeplněného močového měchýře, chybí detruzorová aktivita. Dochází k tomu, když se močový měchýř úplně nevyprázdí. Příčinou mohou být ochablé svaly měchýře, porušený mikční reflex. Většina žen postižených tímto typem nemoci pocítuje potřebu močit poté, když moč již začala unikat. Může vzniknout, jestliže je ochablá uretra, zranění v oblasti pánve, vrozené anomálie dolní části páteře (GENADRY a kol., 2013), (DZVINČUK a kol., 2009).

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

Vyšetřovací metody se vykonávají u praktických lékařů v gynekologických a urologických ambulancích a jejich cílem je potvrzení, zda žena je inkontinentní a přesné stanovení, jestli nejde o přechodný únik moči způsobený onemocněním močového měchýře (např. cystitidou) nebo vyvolaný odlišnou příčinou, a to maligním procesem v malé pánvi, neurologickým onemocněním či dřívější operací (ROB a kol., 2012), (ADAMÍK, 2012).

Základní diagnostika pacientky se skládá z podrobné anamnézy, laboratorního vyšetření moči, fyzikálního vyšetření a klinických testů, může být i doplněna specializovanými testy, a to urodynamickým vyšetřením a zobrazovacími metodami (HORČIČKA a kol., 2017).

Výše zmiňovanými vyšetřovacími metodami se budeme zabývat v této kapitole a jednotlivě si je popíšeme.

2.1 ANAMNÉZA

Nedílnou součástí každého vyšetření je anamnéza, jež nám pomáhá získat informace o trápení pacientky. Především v odebírání anamnézy musíme být velice pečliví a trpěliví, protože se jedná o základ diagnózy, která nám umožňuje zahájit léčbu, popřípadě naplánovat následující vyšetření (ADAMÍK, 2012).

Zásadním pravidlem je to, že do ordinace pozveme pacientku pouze tehdy, když předchozí není již přítomna, a chorobopis provádí lékař nebo porodní asistentka. Začínáme pohovorem a tím, že se představíme a podáme inkontinentní ženě ruku. Ujistíme se, zda jí nevádí, že právě my s ní společně sepíšeme zprávu a vyslechneme její obtíže. Poté přichází na řadu systematická anamnéza (ROB a kol., 2012), (CHMEL, 2010).

V prvním bodě se vyptáváme na rodinnou anamnézu, pátráme po závažném onemocnění v rodině. Zjišťujeme výskyt vrozených vývojových vad, anomálií uropoetického traktu a anomálií v oblasti míchy (ROB a kol., 2012).

Dále se soustředíme na osobní anamnézu, která nám pomáhá zjistit, o jaký typ inkontinence se jedná, jestli jde o urgentní, či stresovou. S pacientkou probíráme, jak zasahuje tato choroba do jejího běžného života, nakolik ji obtěžuje a omezuje. Zjišťujeme, jestli užívá nějaké léky, které by mohly ovlivňovat únik moči, a zda netrpí jiným onemocněním. Nesmíme zapomenout na kouření, pití alkoholu a užívání drog (HORČIČKA a kol., 2012), (ROB a kol., 2012).

Sociální a pracovní anamnéza má též svůj význam při určení diagnózy. Zajímáme se o to, kde žena pracuje a co obnáší její náplň práce, jestli bydlí sama, nezapomínáme se zeptat na záliby, na vykonávání sportovních aktivit či práci na zahradě (HORČIČKA a kol., 2012), (ROB a kol., 2012).

V gynekologicko-porodnické části se zaměřujeme na počet těhotenství, počet porodů, způsoby vedení porodů, porodní poranění, na porodní hmotnosti a délku dětí, na datum menarche, údaje menstruačního cyklu, jeho délku, trvání, intenzitu, bolestivost, datum poslední menstruace, popřípadě na menopauzu, gynekologické onemocnění, operace a úrazy v oblasti pánve (ROB a kol., 2012).

Urologická anamnéza nám pomáhá získat informace o příznacích spojených s inkontinencí, jako jsou s močí spojená nykturie (močení v noci), polakisurie (časté nucení na moč), hematurie (krev v moči), charakter močení, dále bolest za sponou, pyelonefritida, urolitiáza (HANUŠ a kol., 2015), (MARTAN et al., 2015).

Při anamnéze dáváme nemocným ženám vyplnit dotazníky, přičemž nejvyužívanější je v České republice Gaudenzův dotazník (Příloha A), který nám pomáhá odlišit, zda jde o urgentní, či stresový typ. Využíváme i mikční deník (Příloha B), který dostává žena domů a má za úkol zaznamenávat příjem a výdej tekutin za 24 hodin (KOLAŘÍK a kol., 2011).

2.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Patří mezi podstatná vyšetření, běžně se vyšetřuje střední proud moči. Výsledek obsahuje hodnocení a terapii močového sedimentu, vaginálního prostředí, chemického a kultivačního vyšetření moči. K následujícím schváleným metodám se řadí biochemické vyšetření, které vede k nutnosti vyloučení infekce močových cest, a ultrazvukové vyšetření postmikčního rezidua. Důvodem ke speciálnímu vyšetření vede přítomnost

hematurie či erythrocyturie nebo postmikční reziduum více než 100 ml (HORČIČKA a kol., 2012), (ROB a kol., 2012), (ŠVIHRA a kol., 2012).

2.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Porodní asistentka u každé pacientky změří krevní tlak, puls, teplotu, hmotnost a výšku. Nato gynekolog, urolog nebo urogynekolog vykoná běžné klinické vyšetření, posouzení celkového stavu nemocného, pohyblivosti, dovedností a poznávacích funkcí. Provádí vyšetření břicha jak pohledem, tak poklepem, poslechem i pohmatem, při němž musí vyloučit, zda se nejedná o distenzi měchýře. Posuzuje neurologický stav, hlavně se soustředí na míšní nervy pro močový měchýř, uretru a svaly hráze. Všímá si změn na kůži, jestli se vyskytuje dekubitus, dermatitida, mykóza. Důležitou součástí jsou také psychosociální komplikace jako insomnie, deprese, strach a společenské osamocení (ĎURIŠOVÁ, 2012), (HORČIČKA a kol., 2017).

Fyzikální vyšetření se skládá i z gynekologické prohlídky, která se provádí na gynekologickém stole, pacientka na lůžku by měla být uvolněná a lékař by měl po celou dobu vyšetření s nemocnou hovořit. Začínáme aspekcí zevního genitálu, zaměřujeme se na vrozené vývojové vady, hodnotíme ústí uretry, její svalový tonus, fixaci, všímáme si zánětlivých změn. Při vyšetření v zrcadlech sledujeme hodnotu sliznice, vaginální fluor, jizvy po epiziotomii nebo případné lacerace, pokles přední stěny poševní, hrdla a báze močového měchýře při zatlačení (KOLARČÍK a kol., 2011), (ROZTOČIL a kol., 2011).

2.4 KLINICKÉ TESTY

Při Marshalově testu leží nemocná žena na gynekologickém lůžku a má plný močový měchýř nebo je naplněn sterilní tekutinou. Jestliže při zakašlání dochází k úniku moči, test je pozitivní a jedná se o SUI (HORČIČKA a kol., 2017).

Bonneyho test se provádí na gynekologickém stole po první zkoušce, kdy pacientka má naplněný močový měchýř. Lékař zachytí prsty pochvu, aby prostor uretrovezikální junkce zůstal ve standardním anatomickém postavení. Test je pozitivní, když nedochází k úniku moči (HORČIČKA a kol., 2017).

Froewisův test se neprovádí na gynekologickém lůžku, ale vestoje, kdy pacientka má mírně pokrčené nohy v kolenou, musí mít naplněný močový měchýř a výsledkem pozitivního testu je únik moči (HORČIČKA a kol., 2017).

Při Q tip testu se pacientka nachází v gynekologické poloze a lékař vsune do močové trubice sterilní cévku či štětíčku namokřenou v mezokainu a kontroluje úhel, jaký drží cévka při nečinnosti a při dlouhém zatlačení na stolicí. Úspěchem kladného testu je úhel větší než 30° (HORČIČKA a kol., 2017).

Pad weight test trvá většinou jednu hodinu a spočívá ve vážení vložek před testem a po něm. Pacientka vypije 500 ml tekutiny ve zkráceném časovém úseku, a to maximálně patnácti minut. Poté se třicet minut prochází, ale i po schodech, v průběhu patnácti minut si musí desetkrát stoupnout ze sedu, desetkrát zakašlat, po dobu jedné minuty běhat na místě, pětkrát zvednout objekt ze země a jednu minutu si mýt ruce pod tekoucí vodou. Po absolvování zkoušky si vezmeme pacientčinu vložku a zvážíme ji. Pokud váží více než dva gramy, jedná se o inkontinenci (ROB a kol., 2012).

2.5 URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ

V dnešní době se stává nejspolehlivější metodou, umožňuje upřesnění příčiny inkontinence a informuje nás o transportu moči. Rozlišujeme několik druhů vyšetření, přičemž výběr dané metody záleží na souborech příznaků symptomů, výsledcích předešlých vyšetření a na praxi lékaře (HORČIČKA a kol., 2017).

Při uroflowmetrii se používá přístroj uroflowmetr k měření síly moči při močení, kdy inkontinentní žena močí do specifické nádoby. Posuzujeme, zda moč je plynulá nebo nepravidelná, průtok (který se uvádí v ml/s), hodnotíme, jak dlouho trvá močení, mikční objem a výsledky zpracováváme do speciálních grafů. Běžný proud moči prozrazuje pravidelnou mikci, ale naopak přerušovaná, slabá mikce může svědčit o různých patologiích (např. disfunkční močení, detruzoro-sfinkterická dyssynergie) (HORČIČKA a kol., 2017).

Při cystometrii měříme souvislost mezi tlakem a objemem v močovém měchýři, používáme ji ke stanovení detruzorové aktivity, pocitů a kapacity močového měchýře. Pacientka je informována, že by neměla v den daného vyšetření užít léky, které ovlivňují

fungování močového měchýře. Močový měchýř se podle standardních postupů plní tempem 100 ml/m (MARTAN et al., 2015).

Pomocí profilometrie měříme uretrální tlakový profil v klidu. U žen, u kterých máme podezření na stresový typ inkontinence, hodnotíme stresovou profilometrii, a to měřením uretrálního tlakového profilu spolu s intravezikálním tlakem při zakašlání (HORČIČKA a kol., 2017).

Elektromyografie se provádí u uretrovezikální dyssynergie při neurologických poruchách dolních močových cest a k vyšetření se využívají jehlové elektrody, které jsou sterilně zavedeny do svalu, nebo elektrody povrchové a koncentrické (KOLAŘÍK a kol., 2011).

2.6 ZOBRAZOVACÍ METODY

Ultrazvukové vyšetření je neinvazivní a poměrně laciná metoda, používá se k zobrazení gynekologických orgánů a k vypátrání jejich patologií. U nemocných žen trpících únikem moči se využívá pro prozkoumání horních a dolních močových cest. Vyšetření v gynekologických, urologických a urogynekologických ambulancích můžeme provádět perineálně, transabdominálně, introitálně, intravaginálně a transanálně. Ke stanovení poranění svalů pánevního dna užíváme novodobý aparát, a to 3D ultrazvuk (JURÁKOVÁ a kol., 2014), (PILKA a kol., 2017).

Při cystouretrioskopii se jedná o zásadní endoskopické vyšetření uretry a močového měchýře ke stanovení chorobného výskytu z důvodu anamnézy, patologického nálezu v moči (např. hematurie, erytrocyturie), ultrasonografického vyšetření (HORČIČKA a kol., 2017).

Magnetická rezonance je vyšetření pomocí magnetického pole, které nám zobrazuje struktury pánevního dna a jeho činnost. Nejvíce se využívá při úrazech po urogynekologických operacích. Velkým negativem této diagnostiky je obrovská finanční a časová náročnost (ĎURIŠOVÁ, 2012), (ROB a kol., 2012).

3 LÉČBA

Terapii musíme zahájit v okamžiku, kdy symptomy inkontinence obtěžují ženu psychicky i fyzicky. Léčbou se snažíme dosáhnout plné kontinence, utlumení nepříjemných příznaků, omezení vzniku obtíží a vylepšení kvality života. (CHMEL, 2010), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Možnosti terapie jsou stejně rozmanité jako její symptomy a příčiny. V první fázi začínáme s neinvazivními postupy léčby, které považujeme za konzervativní. Pokud tyto druhy terapie zdravotní stav nezlepší ba i zhorší, volíme jiné metody (např. chirurgický zákrok) (GENARDY el., 2013).

3.1 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

Úspěšná terapie SIU je taková, které se řídí principem individuálního postupu pro každou jednotlivou pacientku. V případě SUI platí velice důležitá zásada, že by měly být využity všechny typy neoperativní léčby před operačním řešením, jakýkoliv druh terapie musí být adaptován na schopnosti a nároky pacientky (HANUŠ a kol., 2015), (CHMEL, 2010).

Léčba SUI se skládá z:

- Konzervativní terapie (změna v zóně životního stylu).
- Fyzioterapie.
- Farmakoterapie.
- Chirurgické léčby (MAGOWAN et al., 2014).

3.1.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Cílem konzervativní léčby se snažíme o zesílení svalů pánevního dna pomocí fyzioterapie, biofeedbacku, vaginálního kónusu, pesaroterapie a elektrické stimulace. Pacientkám doporučujeme změnu životního stylu (KOLAŘÍK a kol., 2011).

Změna životního stylu

- Redukce hmotnosti – pacientkám s vyšším BMI (= nad 30) doporučujeme snížení váhy.

- Úprava příjmu tekutin – malé množství tekutin vede ke vzniku rizika podráždění močového měchýře, nicméně velké množství před spánkem zvyšuje frekvenci nykturií.
- Zákaz kouření – obzvlášť chronický kašel při kuřácké bronchitidě vede k defektu pánevního dna.
- Omezení alkoholu a kofeinu – tekutiny obsahující kofein a alkohol by neměly převýšit třetinu celkového denního příjmu.
- Omezení perlivých nápojů.
- Léčba chronické obstipace (KOLARŽÍK a kol., 2011), (MAGOWAN et al., 2014).

Biofeedback

Biofeedback je cvičení dávající zpětnou vazbu k prováděné kontrakci svalů pánevního dna a používá se obzvlášť u žen, u nichž došlo k odcizení svalů pánevního dna. Tato metoda dává možnost znovuzískání povědomí o fungování vlastních svalů (HORČIČKA a kol., 2017), (KOLARŽÍK a kol., 2011).

Vaginální kónusy

Vaginální kónusy jsou předměty kuželovitého tvaru, v nichž se vyskytuje ocelové závaží se zvyšující se hmotností. Inkontinentní ženy si do pochvy vloží kónus s nejmenší hmotností a procházejí se s ním z toho důvodu, že posílení svalů je uskutečňováno jenom při pohybech, pouze tehdy se kovové závaží uvnitř kónického předmětu stále pohybuje, dotýká se jeho stěny a tím přesouvá přes poševní stěnu na pánevní dno impulzy ke kontrakci (CHMEL, 2010), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Pesaroterapie

Vaginální pesary modifikují poškozené anatomické poměry, a to změnou polohy hrdla močového měchýře a omezením jeho nadbytečné polohy, nebo zvětšujícím výtokovým odporem uretry. Vyrábějí se různé tvary a velikosti silikonových pesarů, nejvíce se používá kruhový bez výčnělků nebo s výčnělky, kostkový a uretrální. Nejvíce se využívá u starších pacientek, které odřekly operační léčbu nebo u nichž eventuálně nebyla možná (HORČIČKA a kol., 2017), (ROB a kol., 2012).

Elektrická stimulace

Elektrostimulátor (kapesní programovatelné zařízení) se aplikuje 20–30 minut denně po dobu 30 dnů. Nejpodstatnějším cílem této metody je vylepšit trofiku svalů a zlepšit průběh cvičení pánevního dna, při stresovém úniku moči je vhodné ji i střídát s gymnastickým cvičením pánevního dna (HORČIČKA a kol., 2017), (KOLAŘÍK et al., 2011).

Fyzioterapie

Cvičení by mělo probíhat s vyškoleným fyzioterapeutem, který je specializovaný na konzervativní léčbu inkontinence a svaly pánevního dna. Fyzioterapie musí být každé ženě individuálně přizpůsobena, je založena na spolupráci pacientky a vyžaduje od ní velkou trpělivost, protože první výsledky terapie se dostaví až za několik týdnů (HORČIČKA a kol., 2017), (KAWACIUK, 2009).

Činnost se svaly pánevního dna je velice obtížná, požaduje obrovskou koncentraci. Léčba by měla trvat šest měsíců, po půl roce specialista na urogynekologii výsledek posoudí, popřípadě léčbu prodlouží. Cílem cvičení je zpevnění svěračového systému, aby byl schopen obstát při zvětšeném abdominálním tlaku, a naučit ženy, aby vědomě a aktivně využívaly svaly pánevního dna při zvýšeném břišním tlaku (HORČIČKA a kol., 2017), (KAWACIUK, 2009).

3.1.2 FARMAKOTERAPIE

Medikamentózní léčba se řadí mezi hlavní a rozsáhlé terapeutické postupy, zvětšuje výkonnost močového měchýře, potlačuje kontrakce svaloviny močového měchýře a zesiluje uzávěrové mechanismy (KOLOMBO a kol., 2009).

Medikamenty rozčleňujeme do několika kategorií:

Alfa – sympatomimetika

Dráždění alfa – adrenergních receptorů, které se nacházejí v proximální močové trubici a v hrdle močového měchýře, jejichž dráždění zvětšuje uretrální tlak. V praxi se používá jen Gutron (midodrin hydrochlorid) 2,5–5 mg/den (HORČIČKA a kol., 2012).

Tricyklická antidepresiva

Tricyklická antidepresiva se používají ke zvýšení uzavíracího tlaku z důvodu adrenergního dráždění hladkých svalových vláken v močové trubici, podává se 25 mg imipraminu na noc (HORČIČKA a kol., 2017).

Estrogeny

Estrogeny se dávají lokálně a nejprospěšnější podání je ve formě lokálních vaginálních preparátů, v menopauze zlepší osobní pohodlí nemocné ženy, podporují trofiku pochvy, zvětšují počet epitelů v uretře a senzitivitu alfa – adrenergních receptorů, v praxi se užívá estriol nebo estradiol (DZVINČUK a kol., 2009), (KOLOMBO a kol., 2009).

Inhibitory zpětného vstřebávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI)

Nejnovější uvedený medikament je Duloxetin, dává se 40 mg dvakrát denně, efektivita podle průzkumu byla osvědčena až u 90 % žen, ale z důvodu rozsáhlého výskytu nežádoucích účinků se v každodenní praxi nepoužívá (DZVINČUK a kol., 2009), (ROMŽOVÁ, 2014).

3.1.3 OPERAČNÍ LÉČBA

Pokud konzervativní terapie není úspěšná po tříměsíčním úseku o více než 50 %, což můžeme posoudit pomocí dotazníků kvality života, které popisujeme v kapitole 5, navrhuje se operační léčba. Chirurgická léčba SUI se výrazně změnila v roce 1995, kdy byla uvedena do praxe tzv. volná vaginální páska (TVT, TOT), která je vyrobená z polypropylenu s různou délkou (HORČIČKA a kol., 2017), (JURÁKOVÁ a kol., 2017).

Kolposuspenze dle Burche

Jedná se o nejstarší operační výkon a nejpoužívanější chirurgický postup před začátkem páskových operací, označován za „zlatý standard“. Dlouhodobé výzkumy udávají rozsah uzdravení 85–90 % po jednom roce (HIBLBAUER a kol., 2011).

„Bulking agents“

Aplikace BA klesá z důvodu výskytu nežádoucích účinků, ale i špatných dlouhodobých výsledků, účinek operace se časem snižuje a později je opět nezbytné ženu operovat. BA se indikuje u pacientů s nestabilní funkcí detruzoru bez projevu detruzorové hyperaktivity a u těch, u nichž není možná chirurgická léčba (HORČIČKA a kol., 2017), (KRHUT a kol., 2015).

Retropubická vaginální tahuprostá páska (TVT)

Zárokro můžeme realizovat v lokální nebo v epidurální anestezii a je dlouhý přibližně 10–30 minut. Inkontinentní ženu umístíme do speciální pozice s flektovanými dolními končetinami v úhlu 60°, do močového měchýře vsuneme Foleyův permanentní katétr s kovovým vodičem, který dovoluje manipulovat s uretrou během zákroku (KOLAŘÍK a kol., 2011), (ŠVIHRA a kol., 2012).

Z krátké incize ve vaginální sliznici asi 1 cm od vnějšího ústí uretry, lékař vsune pásku pod močovou trubici a pomocí dvou jehel, které jsou k pásce přidělané, ji směřuje za symfýzu (stydskou kost). Zakončení pásky vyvede v podbřišku. Tak páska podpírá močovou trubici při zvýšeném intraabdominálním tlaku. Důležitou součástí během zákroku je spolupráce pacientky s lékařem, z důvodu dobrého umístění pásky (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Transobturatorní páska (TOT)

Postup zavedení pásky je stejný jako u TVT, ale zakončení pásky se směřuje přes foramen obturatorum (otvor v pánvi tvořený rameny stydké a sedací kosti) a vyvede se v oblasti genitofemorální rýhy (přechod mezi stehem a genitálem) v rovině 2 cm nad uretrou. Pásku nijak neupevňujeme a přečnávající část pásky u kůže přestříháme (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011), (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

3.2 LÉČBA URGENTNÍ INKONTINENCE

Léčba UII se nejvíce řeší konzervativně a farmaky a jen minimálně operativně. Terapie je pro pacientky běh na dlouhou trať oproti léčbě SUI (CHMEL, 2010).

Léčba UII se skládá z:

- Konzervativní léčby.

- Farmakoterapie.
- Operační léčby (HORČIČKA a kol., 2017).

3.2.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

Trénink močového měchýře („Bladder retraining drill“)

Metoda bladder drill se většinou provádí v domácím prostředí, avšak může to být i za hospitalizace. Spočívá v přísném respektování a precizním vypisování tréninkového kalendáře a silné vůli inkontinentní ženy. Účelem programu je docílení časového úseku 4–6 hodin mezi močením. Pacientka první den zapisuje mikční epizody a uniknutí moči a druhý den se nastaví doba mezi močením. Měla by být stejně dlouhá nebo kratší než poznamenaný interval před terapií, ten obvykle trvá okolo 30 až 120 minut a inkontinentní žena se snaží močit v těchto daných intervalech. S postupem času se časové úseky o 20–30 minut postupně prodlužují. Převážně můžeme léky předepisovat pacientkám na začátku léčby, aby došlo k poklesu dráždivosti močového měchýře a také vzbuzení důvěry pacientky v terapeutický postup. Zvyšuje se poddajnost měchýře a zvětšuje se jeho objem, terapie je prostá, neinvazivní, finančně nenáročná, efektivní a úroveň zlepšení se udává okolo 25–57 % (KOLARÍK a kol., 2011), (ROMŽOVÁ, 2013).

Psychoterapie

Psychoterapii využíváme, jestliže je psychický konflikt pokládán za podstatný důvod močové symptomatologie, a mnohokrát dochází ke zlepšení již po prvním rozhovoru pacientky s obeznámeným urogynekologem (KOLARÍK a kol., 2011).

Biofeedback

Biofeedbacku je již popsán o něco výše v oddílu 3.1.1 konzervativní léčby SUI.

Hypnóza, akupunktura

Tyto terapeutické metody by měly být využity, pokud se nezdaří klasická léčba a její efektivita není uspokojivá (ROB a kol., 2012).

3.2.2 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie patří mezi nejefektivnější a nejrozsáhlejší metody UUI, efektivita léčby se pohybuje mezi 60–80 %. Pomocí medikamentů se snažíme překonat urgenci redukcí nadměrné činnosti detruzoru a zvýšit objem močového měchýře (ADAMÍK, 2012), (HORČIČKA a kol., 2017).

Antimuskulariny (anticholinergika)

Anticholinergika jsou látky, které ovlivňují muskarinové receptory. V lidském těle rozeznáváme pět M receptorů. M1 receptor se nalézá ve slinných žlázách, v hippocampu, v mozkové kůře, M2 v myokardu, v močovém měchýři, M3 v močovém měchýři, ve slinných žlázách, v gastrointestinálním traktu, M4 ve slinných žlázách, v bazálních gangliích a M5 ve středním mozku a v substantia nigra. V případě, že medikament účinkuje na receptory M1 a M3, jsou ovlivněny slinné a slzné žlázy, dochází ke snížení vyměšování slin, a to směřuje k pocitu sucha v ústech a k menšímu tvoření slz. Pokud působí na M3, může docházet k obstipaci, meteorizmu, bolestivosti břicha a k pomalejší činnosti střev, M2 působí na srdeční rytmus a srdeční výdej, což směřuje ke vzniku tachyarytmií (HORČIČKA a kol., 2017), (ROMŽOVÁ, 2013).

Trospium (Spasmed) se dává po 15 mg dvakrát denně a neprostupuje přes hemoencefalickou bariéru (DZVINČUK a kol., 2009).

Tolterodin (Detrusitol) se dává po 2 mg dvakrát denně a vyrábí se i ve formě s pozvolným uvolňováním efektivní látky (DZVINČUK a kol., 2009).

Solifenacin (Vesicare) se podává jedenkrát denně 5–10 mg, působí na M3 receptory, a proto má kladný účinek na močové cesty bez jakéhokoliv efektu na ostatní orgány (DZVINČUK a kol., 2009), (ROMŽOVÁ, 2013).

Fesoterodin (Toviaz) se podává v dávce 4–8 mg jedenkrát denně (DZVINČUK a kol., 2009).

Léky se smíšeným účinkem

Oxybutynin (Uroxal, Ditropan) je nestarší používaný lék, dává se 5 mg dvakrát denně, ale způsobuje nežádoucí účinky jako suchost v ústech, obstipace, únava,

proto musíme na začátku terapie posoudit toleranci medikamentu a upravit jeho dávkování (ROB a kol., 2012), (ROMŽOVÁ, 2013).

Propiverin (Mictonorm) se podává dvakrát denně 15 mg, ale má nepříznivý účinek na tachykardii a srdeční nedostatečnost (ROB a kol., 2012), (ROMŽOVÁ, 2013).

Tricyklická antidepresiva

Imipramin (Melipramin) – dávkování je stejné jako u SUI (DZVINČUK a kol., 2009).

Estrogeny

Stejně jako u SUI podáváme lokálně estriol nebo estradiol (HORČIČKA a kol., 2012).

3.2.3 OPERAČNÍ LÉČBA

Operační léčba UUI se využívá jen velmi zřídka a provádíme ji na specializovaných urologických pracovištích. První operační metoda spočívá v aplikaci bolutotoxinu do stěny močového měchýře a druhá augmentací močového měchýře (BELKOV a kol., 2015).

3.3 ABSORPČNÍ POMŮCKY

Absorpční pomůcky používáme, pokud nás léčebné postupy zklamou a dáváme pacientce možnost neúplného navrácení k předešlým činnostem. V dnešní době poskytují absorpční pomůcky bezpečnou ochranu bez zápachu, protože zadržaná moč se odvede z povrchu do specifického svého jádra a změní se na gel. Absorpční pomůcky mají i schopnost dezodorace (SOCHOROVÁ, 2008). „Absorpční pomůcky jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb.“ (HORČIČKA a kol., 2012, s. 8).

Pomůcky indikujeme v případě že:

- pacientka čeká na dané vyšetření,
- pacientka se nachází před operačním výkonem,
- pacientka čeká na účinek postupující terapie,
- pro pacientku je nevyhovující vyšetření či léčba,

- pacientka potvrdila svým podpisem informovaný souhlas se zamítnutím efektivnější léčby (HORČIČKA a kol., 2017).

Určujeme tři kritéria při výběru absorpčních pomůcek:

1. Přednost pacientky – pomůcka musí být efektivní, komfortní a poddajná.
2. Fáze inkontinence – záleží na přesném typu inkontinence, síle proudu odcházející moči a na množství uniklé moči za časový úsek.
3. Psychická a fyzická způsobilost pacientky – musí mít zájem a chtít se naučit kalhotky, vložky, pleny správně aplikovat (HORČIČKA a kol., 2017).

Inkontinentní pomůcky může předepisovat praktický lékař, gynekolog, urolog, geriatr a neurolog, musí být vyrobeny tak, aby měly dobrou schopnost absorpce, prodyšnosti, aby nezpůsobovaly kožní podráždění a zacházení s nimi nebylo složité (HORČIČKA a kol., 2017).

4 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S INKONTINENCÍ

V ambulanci gynekologa se pacientka nejprve setkává s porodní asistentkou a teprve poté s lékařem. Ženy ji berou jako zdroj informací. Role porodní asistentky nebo sestry je velice zásadní a často závisí jen na jejím přístupu k nemocnému. Díky jejímu chování a vhodné komunikaci si získává inkontinentní žena důvěru a je ochotná a schopná se svým problémem se svěřit a o něm hovořit. Cílem porodní asistentky je také pomáhat a edukovat nemocné s únikem moči (PETRÁŠOVÁ, 2012).

Asistentka edukuje inkontinentní ženu ohledně pitného režimu, u kterého by se měla specializovat na správné zvyky přísunu tekutin. Dbá na dodržování správného životního stylu, doporučuje pravidelnou stravu s vyloučením kofeinu, alkoholu. U žen, které mají vyšší BMI, radí úbytek hmotnosti, protože u obézních žen je výskyt inkontinence častější. Sděluje pacientkám informace o rizikových faktorech, edukuje o pravidelném cvičení, a to posílení svalů pánevního dna, břišních a zádových svalů a nutnosti vyloučit zvedání a nošení těžkých předmětů. Klade důraz na prochlazení a doporučuje provádět osobní hygienu genitálií několikrát denně včetně ochrany pokožky před opruzením a zápachem (HEJZLAROVÁ, 2009).

4.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ

Předoperační péči rozdělujeme na celkovou a místní, celkovou dělíme na obecnou a speciální přípravu. Do obecné celkové péče zahrnujeme psychologické vyšetření, při němž porodní asistentka objasňuje důvod komplikace a doporučuje postup léčby, edukuje nemocnou o operačním výkonu a dává pacientce podepsat informované souhlasy (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

Dalším důležitým bodem je anesteziologické vyšetření, kde anesteziolog podle předoperačního vyšetření definitivně určí, zda je pacient schopen zákroku, rozhoduje o typu anestezie, podání léků před operací. Asistentka pak aplikuje sedativa či hypnotika na zabezpečení spánku, dbá o čistotu nemocného. Měla by být laskavá, přátelská a vstřícná, aby se žena cítila co nejlépe (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

Při speciální celkové přípravě se porodní asistentka ptá na onemocnění, která by mohla ovlivnit celkový stav nemocného během operačního výkonu. Místní přípravu provádí porodní asistentka buď v den operace, nebo den před ní. Provádí u pacientky klyzma, aby došlo k úplnému vyprázdnění tlustého střeva, kontroluje operační pole a zda je nemocná na tomto místě oholená, popřípadě oholení provede. Ptá se na zubní protézu, kontaktní čočky a nalakované nehty či šperky. Hodinu nebo tři čtvrtě před operací vykonává farmakologickou přípravu, dále plní ordinace lékaře, měří krevní tlak, puls, teplotu a bandážuje dolní končetiny. Nesmí zapomínat všechno pečlivě zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace a dbát na bezpečnost nemocného po aplikaci premedikace (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

4.2 PERIOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ

Perioperační péče probíhá na operačním sále během operačního výkonu vyškoleným týmem, a to anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Vyškolená sestra ověřuje totožnost nemocné, neustále se věnuje pacientovi, sleduje jeho psychický stav, plní ordinace lékaře a pozoruje nežádoucí účinky anestezie. Tato péče startuje, když nemocný leží na operačním stole, a je ukončena poté, co je pacient předán sestře z oddělení intenzivní péče (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

4.3 POOPERAČNÍ PÉČE U PÁSKOVÝCH OPERACÍ

Pacientka je po operaci zavezena na oddělení intenzivní péče, její lůžko musí být přístupné ze tří stran. U postele se nachází monitor, infuzní pumpy, injektomat a pomůcky, jako jsou tonometr, signalizační zařízení, sběrné vácčky na zbytky materiálu a emitní misky (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

Porodní asistentka u každého nemocného měří fyziologické funkce jako krevní tlak, puls, dech, vědomí a tělesnou teplotu, realizuje ordinace lékaře, musí kontrolovat výdej a příjem tekutin, barvu moči, krvácení, operační rány, jestli nejsou přítomny známky infekce a zarudnutí. Podle škál hodnotí bolest, nejznámější a nejužívanější je klasifikace dle stupnice VAS. Nesmí zapomínat se ptát na odchod plynů a stolice. Pacientka z operačního sálu má zavedený permanentní močový katétr a tamponádu. Pokud je vše v pořádku, lékař ještě večer v den operace tamponádu vyjme a Foleyův katétr vyndá asistentka až druhý den ráno. Jestliže je pacientka stabilizovaná, dostává

večer večeři a může přijímat tekutiny. Po jídle vstává za pomoci porodní asistentky, která jí pomáhá s hygienou. Edukuje ji o klidovém režimu, samostatnosti v oblasti hygieny, výživy, péče o operační rány a nutnosti absence zvedání těžkých předmětů minimálně dva měsíce od daného výkonu. Všechny tyto hodnoty porodní asistentka zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (SOCHOROVÁ a kol., 2016), (WINTEROVÁ a kol., 2007).

4.4 PRACOVNÍ NESCHOPNOST INKONTINENTNÍCH

PACIENTEK

Pracovní neschopnost pacientek určuje jejich ošetřující gynekolog. Pro konzervativní terapii pracovní neschopnost není nutná, avšak týká se péče po operaci, která byla vykonána i v režimu jednodenní chirurgie. Gynekologické vyšetření pacientka podstoupí nejdříve za 6–8 týdnů po výkonu a pracovní neschopnost u páskových operací (TVT, TOT) se pohybuje okolo 14 dnů, u síťkových operací pro sestup rodidel až 6–8 týdnů. Při určování délky pracovní neschopnosti musíme brát v úvahu také druh zaměstnání, ve kterém pacientka pracuje. Při fyzicky náročné práci doporučujeme zaměstnání změnit. Po operačním výkonu smí pacientka zvedat jen 3-5 kg do každé ruky (HORČIČKA a kol., 2017).

4.5 PREVENCE MOČOVÉ INKONTINENCE

V oblasti prevence močové inkontinence je důležité dodržovat určitá pravidla a zásady, které předcházejí úniku moči. Začínáme již v dětství a tím, že dochází k upevňování reflexních nervových oblouků, které kontrolují hromadění a vytlačování moči. Měli bychom mít dostatek pohybu a pravidelně posilovat svaly pánevního dna. Snažíme se, aby naše hmotnost byla přiměřená. Vyloučíme ze stravy kořeněná jídla a nepijeme moc alkoholu. Dále dbáme o pravidelnou stolicí, dodržujeme příjem tekutin, za den bychom měli vypít alespoň dva litry. Předcházíme infekcím močového ústrojí, nesesáme si na studená místa a chodíme dostatečně oblečení. Dodržujeme zásady správné hygieny, po každém pohlavním styku se vymočíme a osprchujeme. Nevyprazdňujeme močový měchýř silným tlakem a dodržujeme pravidelný časový úsek močení. Během těhotenství se zajímáme o správnou funkci ledvin a močových cest,

po porodu posilujeme svaly pánevního dna. Na posilování svalů pánevního dna nezapomínáme ani v období přechodu a postmenopauzy (ĎURIŠOVÁ, 2012).

5 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTY

Definice kvality života není nijak definovaná a odvozuje se z definice zdraví (WHO), kdy zdraví je stav úplné fyzické, psychické a společenské pohody, ne pouze absence choroby. Kvalitu života rozumíme jako multidimenzionální pojetí posouzení pocitu zdraví pacientem a zkoumá duševní, sociální, emotivní a tělesné podmínky (RYBÁROVA, 2010).

Kvalitu života hodnotíme pomocí dotazníků, které nám slouží k posouzení úspěšnosti léčby a závažnosti obtíží. Pomocí dotazníků zjišťujeme, jaký dopad má léčba na fyzické a psychické zdraví pacientů, ale i na jejich společenský život. Rozlišujeme dva typy dotazníků, a to všeobecné a specifické (RYBÁROVA, 2010).

Všeobecné nejsou nijak omezené na určité onemocnění, dají se využít u jakékoliv skupiny populace bez ohledu na věk a pohlaví (RYBÁROVA, 2010).

Specifické se specializují na určité onemocnění a lze je použít k posouzení současného stavu. Rozdělujeme je na dvě skupiny. První skupina jsou dotazníky, které určují citlivost pacientů na jednotlivé příznaky inkontinence (např. SSI-Symptom Severity Index, UDI – Urogenital Distress Inventory), druhá skupina dotazníků zjišťuje dopad inkontinence na pacienta (např. CONTI LIFE, KHQ-King's Health Questionnaire, PCQ-Psychological Consequences Questionnaire, SIQ-Stress Incontinence Questionnaire, I-QOL-Incontinence-Quality of Life questionnaire) (RYBÁROVA, 2010).

CONTI LIFE je dotazník určený ženám se stresovou inkontinencí. Posuzuje stav během posledních 4 týdnů a obsahuje 28 otázek, které hodnotí vliv na pohlavní život, běžné denní činnosti a činnosti spojené s námahou, emoční následky, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení (RYBÁROVA, 2010).

KHQ-King's Health Questionnaire se využívá u SUI i u UUI k dlouhodobému i krátkodobému posouzení kvality života. Obsahuje 21 otázek, které hodnotí daný stav obtíží, omezení v oblasti tělesné činnosti, sociální aktivity, společenské vztahy, emoční potíže a vliv na spánek či únavu (RYBÁROVA, 2010).

Incontinence-Quality of Life questionnaire je dotazník, kde najdeme 22 otázek zaměřených na hodnocení kvality života inkontinence v rámci nezbytnosti sebeomezení v běžných aktivitách a jejich společenský a psychosociální dopad (RYBÁROVA, 2010).

6 PRŮZKUM

Výzkumná část práce se zaměřovala na ženy po léčbě močové inkontinence. V této části práce jsme se věnovali analýze dat průzkumného šetření, dále vyhodnocení vymezených cílů a odpovědí na průzkumné otázky. K získávání dat jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Zjišťovali jsme, zda ženy byly spokojeny s kvalitou života po léčbě úniku moči, za jak dlouho od zjištění problému vyhledaly odbornou pomoc, komu se poprvé svěřily, v kolika letech zjistily, že trpí onemocněním a zda musely změnit své zaměstnání po léčbě inkontinence.

6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Vyhledaly ženy ze sledovaného souboru při pociťování úniku moči ihned lékaře a pokud ne, jaký k tomu měly důvod? Jsou ženy ze sledovaného vzorku spokojeny se svou kvalitou života po léčbě inkontinence?

6.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Cíl 1: Zjistit, zda jsou pacientky ze sledovaného vzorku spokojeny s kvalitou života po léčbě inkontinence.

Průzkumná otázka 1 a: Jsou pacientky spokojeny s kvalitou života po léčbě úniku moči?

Průzkumná otázka 1 b: Musely ženy změnit své zaměstnání po léčbě úniku moči?

Cíl 2: Zjistit, zda ženy ze sledovaného vzorku při počátku úniku moči ihned vyhledaly lékařskou pomoc.

Průzkumná otázka 2 a: Vyhledaly ihned ženy při pociťování úniku moči lékařskou pomoc?

Průzkumná otázka 2 b: Z jakého důvodu ženy ihned nevyhledaly lékařskou pomoc?

Průzkumná otázka 2 c: Za jak dlouho dobu ženy navštívily lékaře od prvního zjištění úniku moči?

Průzkumná otázka 2 d: Komu se poprvé respondentky svěřily s inkontinencí?

Cíl 3: Zjistit, v jakém věku ženy nejčastěji trpí inkontinencí.

Průzkumná otázka 3 a: V kolik letech ženy zjistily, že trpí únikem moči?

Průzkumná otázka 3 b: Měly ženy při zjištění úniku moči stále menstruaci?

6.3 METODA PRŮZKUMU

V červenci 2017 jsme si určili cíle a na podkladě průzkumných otázek jsme sestavili rešeršní strategie. V srpnu a v září tohoto roku jsme začali se sběrem literárních zdrojů pro teoretickou část bakalářské práce. Posléze jsme utvořili dotazník, určený pro získání údajů ke kvantitativnímu šetření, které se konalo od 20. prosince 2017 do 10. února 2018 a zpracování získaných dat probíhalo od poloviny února 2018.

Ke zkoumání výše uvedených cílů a průzkumných otázek jsme využili metodu kvantitativního průzkumu technikou vlastního strukturovaného anonymního dotazníku (Příloha F). Metodu kvantitativního přístupu jsme zvolili, protože je efektivní, pracuje s velkým souborem respondentů a jejím cílem je zodpovědět průzkumné otázky. Mezi výhody dotazníkového šetření řadíme časovou nenáročnost, rychle získané informace od velkého počtu respondentů, generalizování výsledků na populaci. Dalším kladem je práce s přesnými numerickými daty. Pro respondenty je dotazník snadný na vyplňování a domníváme se, že u tohoto citlivého tématu byl dobře zvolenou metodou, protože je anonymní a díky tomu jsou ženy v této choulostivé problematice více otevřené, než kdybychom použili např. metodu rozhovoru.

Dotazník byl sestaven z 24 otázek. Z toho devatenáct otázek bylo uzavřených, kde musela být zakroužkována pouze jedna odpověď. Uvedli jsme také 3 otázky polouzavřené a 1 filtrační. Na začátku dotazníku byl sepsán úvodní text, kde byl respondentkám vysvětlen účel a cíl průzkumu, ujištění o anonymita a informace, že zpracované údaje budou od půlky července 2018 k dispozici na příslušné emailové adrese. Cíl průzkumu č. 1 zjišťujeme položkami č. 14 a 18. Na ověření stanoveného cíle č. 2 jsou zaměřeny položky č. 4, 5, 6, 7, a cíl č. 3 jsme zjišťovali položkami č. 2 a 3.

6.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvořilo 80 žen a dotazník byl určen pouze pro ty, které byly po léčbě močové inkontinence. Dotazníky byly vytisknuty a po domluvě s vrchní sestrou a primářem gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Český Krumlov, byly zaneseny na gynekologickou ambulanci, kde byly rozdávány pacientkám, které již byly po léčbě močové inkontinence a byly ochotny dotazník vyplnit. Dále po domluvě s paní ředitelkou, která řídí Domov pro seniory Horní Stropnice, proběhlo dotazníkové šetření, kde podle zjištěných informací se nacházely ženy po léčbě úniku moči, které byly požádány o vyplnění dotazníku. Povolení k provádění průzkumu v Nemocnici Český Krumlov najdeme v příloze (Příloha C) v Domově pro seniory Horní Stropnice v příloze (Příloha D). Dohromady bylo rozdáno 100 dotazníků a z tohoto počtu se nám jich vrátilo 80, návratnost tedy činila 80 %.

6.5 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této podkapitole jsou znázorněny výsledky dotazníkové studie. Průzkumné šetření jsme zpracovali graficky a statisticky v programech Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel pomocí grafů a tabulek a výsledky jsou zobrazeny v absolutních a relativních hodnotách (relativní hodnoty jsou uvedené v procentech). Pro zhodnocení některých dat, jsme použili statistické zpracování dat - test nezávislosti chí kvadrát a pro stanovení míry závislosti jsme vypočetli Cramerův koeficient.

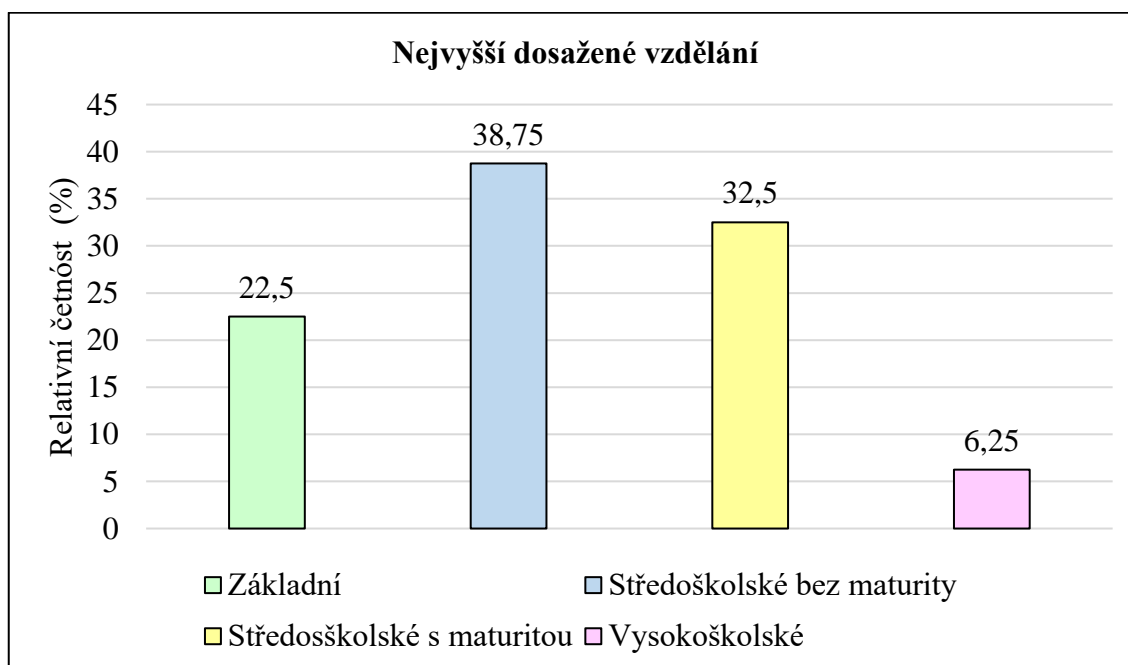
Položka 1 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Základní	18	22,50
Středoškolské bez maturity	31	38,75
Středoškolské s maturitou	26	32,50
Vysokoškolské	5	6,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Autor, 2018

V této otázce jsme zkoumali nejvyšší dosažené vzdělání. Z 80 (100 %) respondentek, dokončilo 31 (38,45 %) střední školu bez maturity, 26 (32,50 %) střední školu s maturitou, 18 (22,50 %) pouze základní vzdělání a pouhých 5 (6,25 %) žen má vysokoškolský titul. Z této otázky vyplývá, že nejčastěji postižené ženy inkontinencí mají středoškolské vzdělání bez maturity.

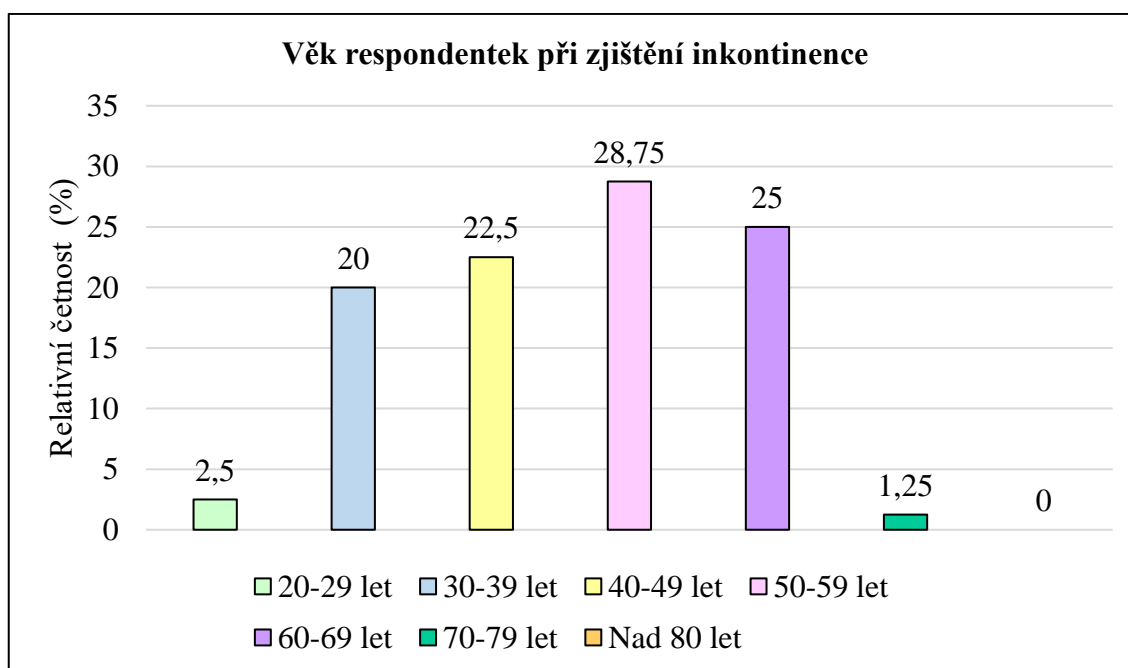
Položka 2 V kolika letech jste zjistili, že trpíte únikem moči?

Tabulka 2 Věk respondentek při zjištění inkontinence

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
20-29 let	2	2,50
30-39 let	16	20,00
40-49 let	18	22,50
50-59 let	23	28,75
60-69 let	20	25,00
70-79 let	1	1,25
Nad 80 let	0	0,00

Zdroj: Autor, 2018

Graf 2 Věk respondentek při zjištění inkontinence



Zdroj: Autor, 2018

Ve třetí položce jsme respondentkám položili otázku, v kolika letech začaly pozorovat první problémy úniku moči. Pouze 2 (2,50 %) dotazované zodpověděly možnost 20-29 let, 70-79 let uvedla pouze 1 (1,25 %) osoba, odpověď nad 80 let setrvala na 0 (0,00 %). Ve skupině 30-39 let bylo 16 (22,50 %) žen, naopak nejčastější rozvoj inkontinence se prokázal u věkové kategorie 50-59 let, kde počet respondentek činil 23 (28,75 %) dotazovaných.

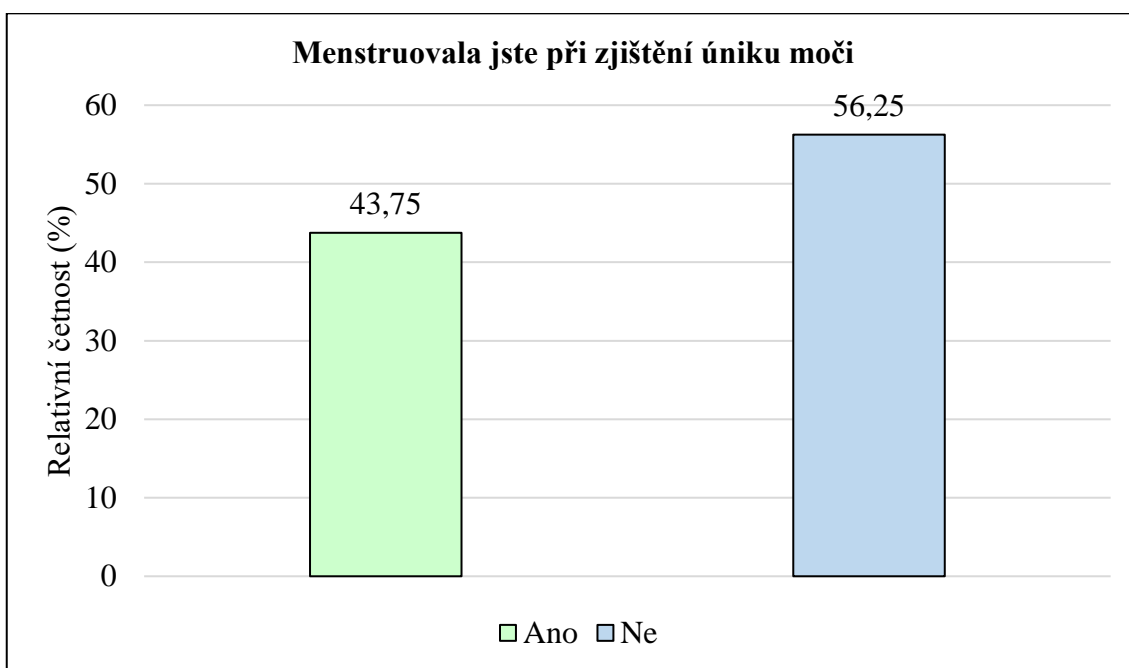
Položka 3 Když jste začala pocíťovat únik moči, měla jste stále menstruaci?

Tabulka 3 Menstruovala jste při zjištění úniku moči

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
ANO	35	43,75
NE	45	56,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 3 Menstruovala jste při zjištění úniku moči



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu respondentek zodpovědělo ano 35 (43,75 %) ne 45 (56,25 %).

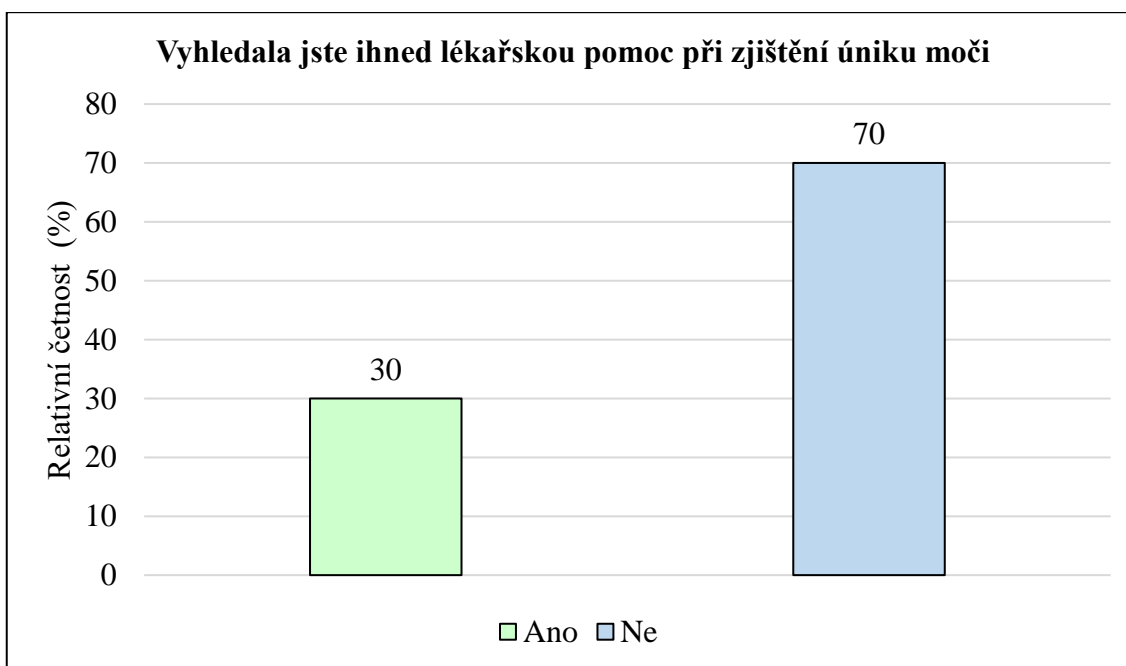
Položka 4 Když jste začala pociťovat únik moči, vyhledala jste ihned lékařskou pomoc?

Tabulka 4 Vyhledala jste ihned lékařskou pomoc při zjištění úniku moči

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	24	30,00
Ne	56	70,00

Zdroj: Autor, 2018

Graf 4 Vyhledala jste ihned lékařskou pomoc při zjištění úniku moči



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku „Vyhledaly jste ihned lékařskou pomoc při zjištění úniku moči“ odpovědělo pouze 24 (30,00 %) inkontinentních žen ano, naopak odpověď ne potvrdilo 56 (70,00 %) respondentek.

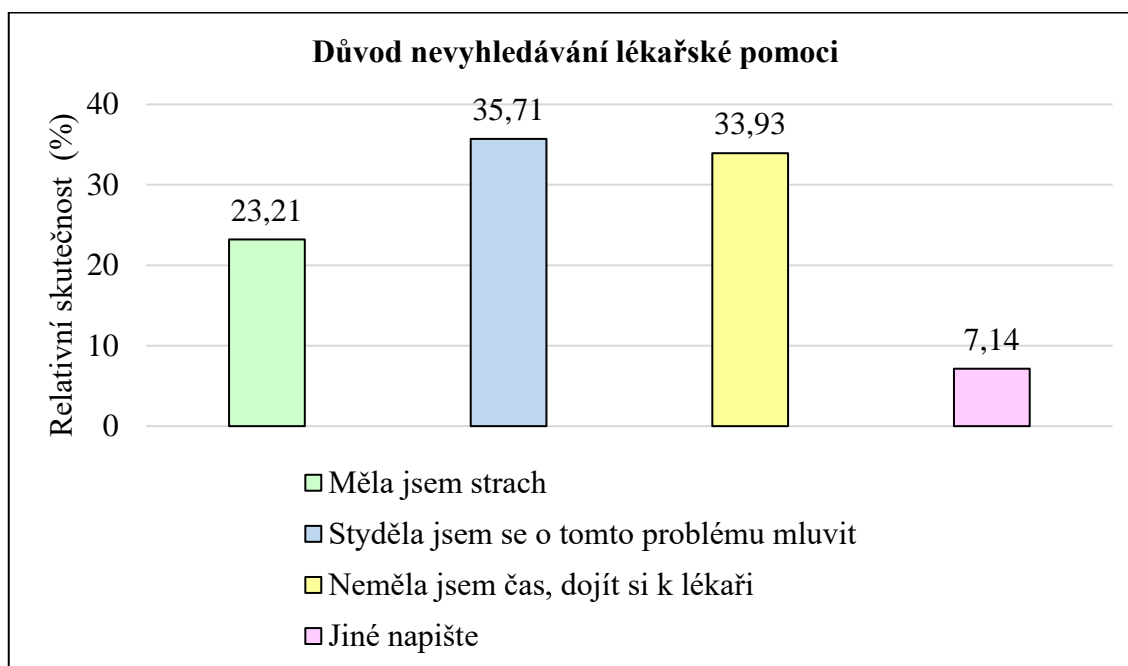
Položka 5 Z jakého důvodu, jste nevyhledala ihned po zjištění úniku moči lékařskou pomoc?

Tabulka 5 Důvod nevyhledávání lékařské pomoci

Opověď	Počet respondentů	Podíl v %
Měla jsem strach	13	23,21
Styděla jsem se o tomto problému mluvit	20	35,71
Neměla jsem čas, dojít si k lékaři	19	33,93
Jiné napište	4	7,14

Zdroj: Autor, 2018

Graf 5 Důvod nevyhledávání lékařské pomoci



Zdroj: Autor, 2018

Tato otázka byla povinná pouze pro 56 respondentek, které v položce 5 odpověděly záporně (ne). Skupina 4 (7,14 %) žen odpověděla jiné, z toho dvě napsaly, že necíťovaly žádné větší problémy a další dvě nemohly jít k lékaři z důvodu nemoci. Největším problémem u 20 (35,71 %) dotazovaných byl stud, na druhém místě byla odpověď „neměla jsem čas, dojít si k lékaři“ v počtu 19 (33,93 %) žen a na čtvrtou možnost „měla jsem strach“ zodpovědělo (23,21 %) respondentek.

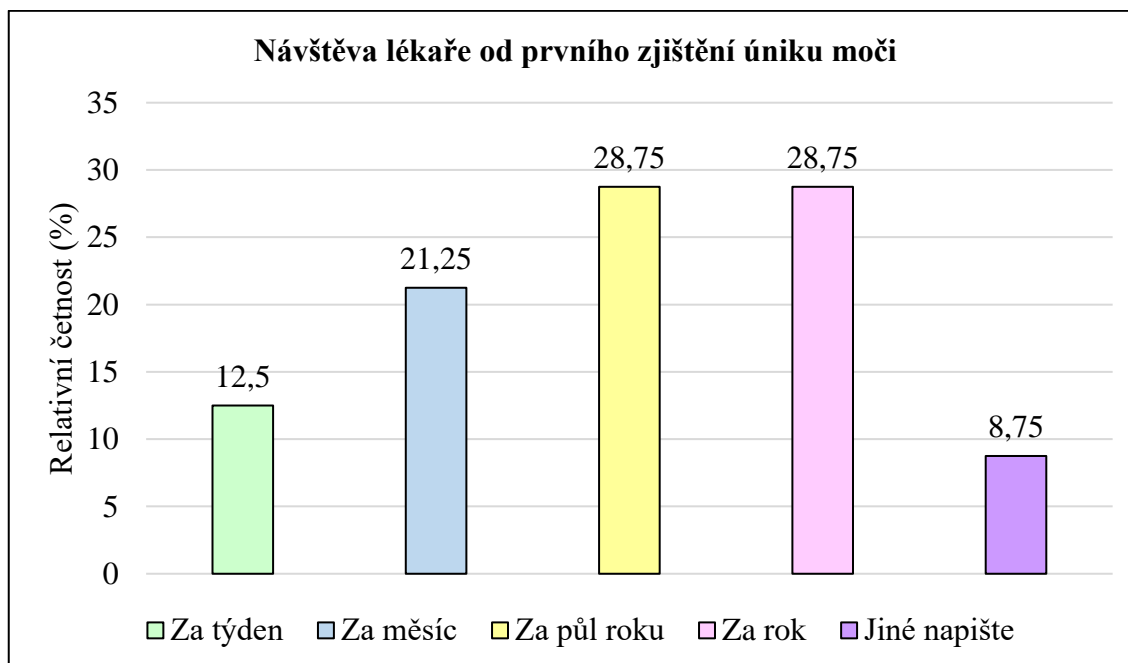
Položka 6 Za jak dlouhou dobu jste navštívila lékaře od prvního zjištění úniku moči?

Tabulka 6 Návštěva lékaře od prvního zjištění úniku moči

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Za týden	10	12,50
Za měsíc	17	21,25
Za půl roku	23	28,75
Za rok	23	28,75
Jiné napište	7	8,75

Zdroj: Autor, 2018

Graf 6 Návštěva lékaře od prvního zjištění úniku moči



Zdroj: Autor, 2018

Po půl roce trvání problémů navštívilo lékaře 23 (28,75 %) inkontinentních pacientek, stejný počet uvedly i dotazované u možnosti „za rok“. Pouze 7 (8,75 %) žen zakroužkovalo možnost „jiné“, kde pět z nich uvedlo návštěvu za 5 let, jedna za dva roky a jedna až za 6 let, za týden navštívilo lékaře 10 (12,50 %) respondentek a za měsíc 17 (21,25 %).

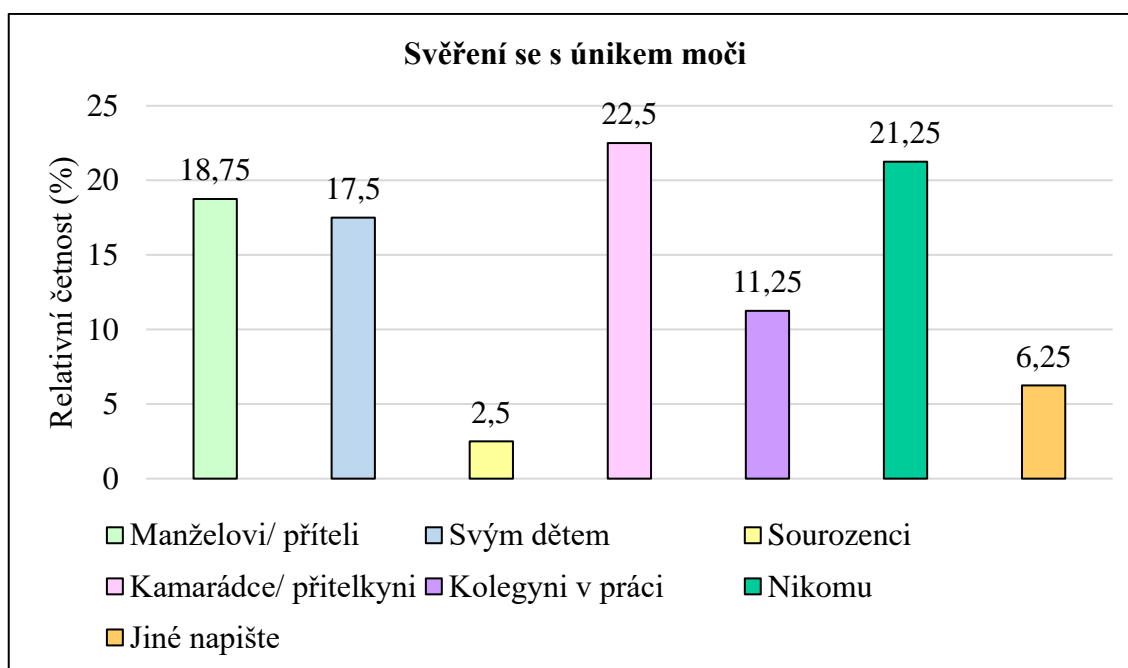
Položka 7 Poprvé jste se svěřila s únikem moči?

Tabulka 7 Svěření se s únikem moči

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Manželovi/ přáteli	15	18,75
Svým dětem	14	17,50
Sourozenci	2	2,50
Kamarádce/ přítelkyni	18	22,50
Kolegyni v práci	9	11,25
Nikomu	17	21,25
Jiné napište	5	6,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 7 Svěření se s únikem moči



Zdroj: Autor, 2018

Se svěřením se s inkontinencí je na výběr více možností, značná část žen se svěřila své kamarádce nebo přítelkyni a to celkem 18 (22,50 %), dalších 17 (21,50 %) se nesvěřilo nikomu, 15 (18,75 %) respondentek se vyzpovídalo svému partnerovi, 14 (17,50 %) odpovídajících řeklo o svém problému svým dětem, 9 (11,25 %) dotazovaných si promluvilo s kolegyní v práci, 5 (6,25 %) uvedlo možnost „jiné“ (např. lékař nebo rodiče) a zbývající 2 ženy se svěřily svým sourozencům.

Položka 8 Kolikrát jste vaginálně přirozeně rodila?

Tabulka 8 Počet vaginálních porodů

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Nikdy	7	8,75
Jednou	12	15,00
Dvakrát	38	47,50
Třikrát	15	18,75
Čtyřikrát a více	8	10,00

Zdroj: Autor, 2018

Položka 9 Kolik vašich dětí vážilo po porodu nad 4 000 g?

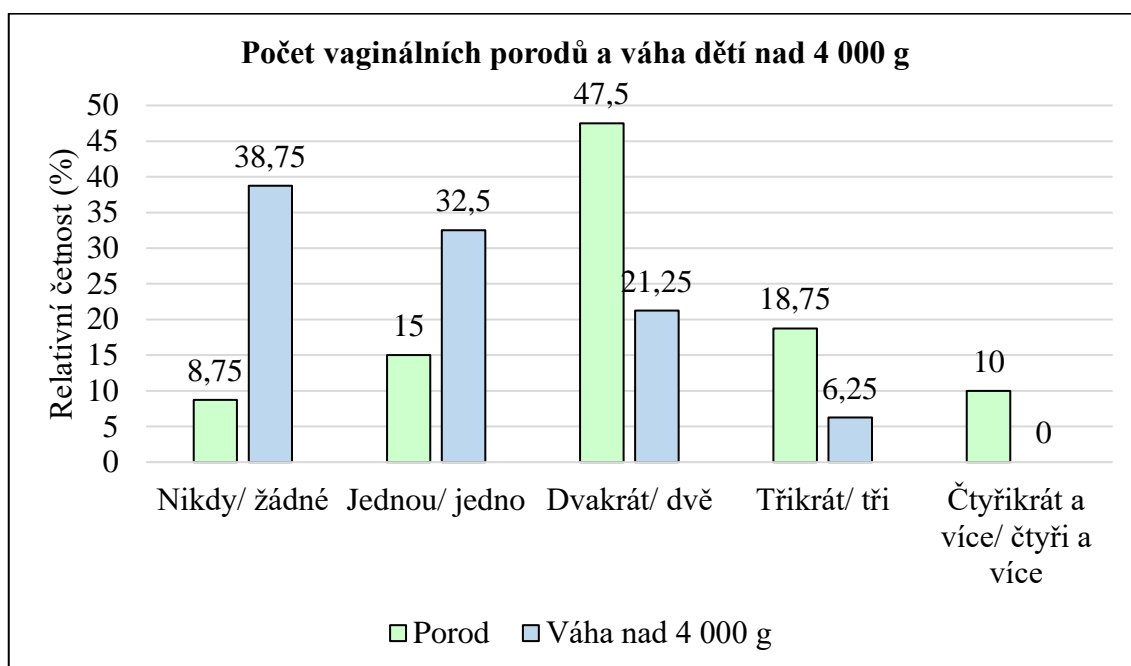
Tabulka 9 Váha dětí nad 4 000 g

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Žádné	31	38,75
Jedno	26	32,50
Dvě	17	21,25
Tři	5	6,25
Čtyři a více	0	0,00

Zdroj: Autor, 2018

Tabulku 8 a 9 jsme sloučili do jednoho grafu, kde jsme porovnávali počet porodů a kolik dětí vážilo nad 4 000 g.

Graf 8 Počet vaginálních porodů a váha dětí nad 4 000 g



Zdroj: Autor, 2018

Zjistili jsme, že 7 (8,75 %) respondentek nikdy vaginálně nerodilo, 12 (15,00 %) jednou, 38 (47,50 %) dvakrát, 15 (18,75 %) žen třikrát a 8 (10,00 %) žen čtyřikrát a více. Z celkového počtu 80 (100 %) osob u 31 (38,78 %) žen žádné dítě nevážilo nad 4 000 g, u 26 (32,50 %) vážilo nad 4 000 g jedno, u 17 (21,25 %) dvě, u 5 (6,25 %) respondentek tři. Žádná z dotazovaných neuvědla, že váha nad 4 000 g byla u čtyř a více dětí.

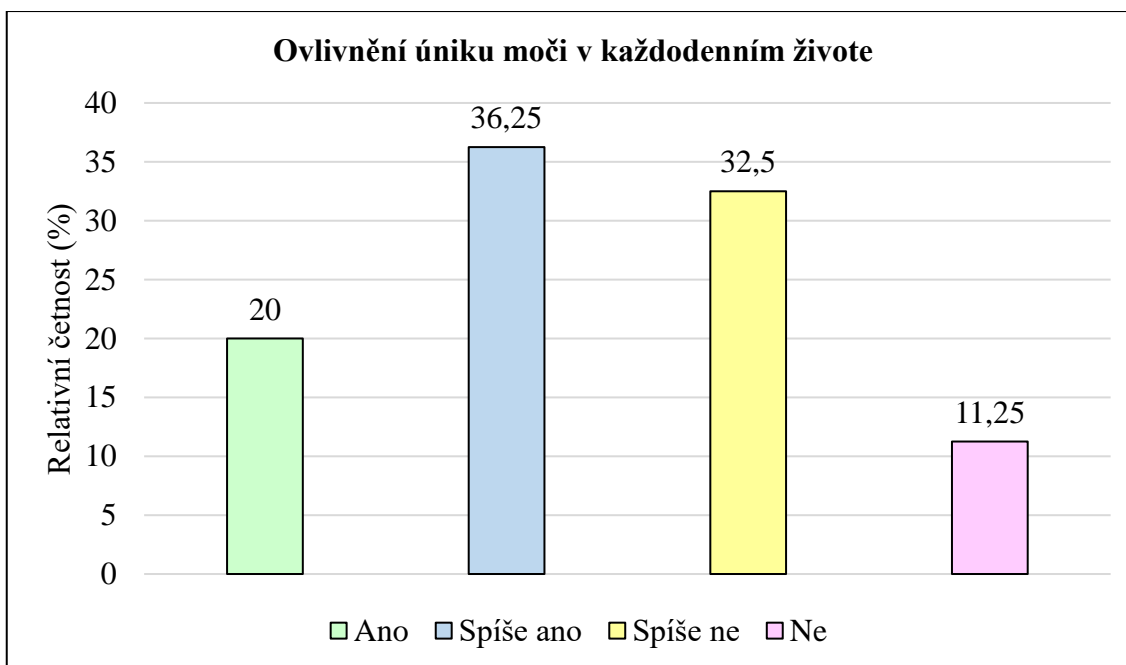
Položka 10 Ovlivňoval Vás únik moči v každodenním životě?

Tabulka 10 Ovlivnění úniku moči v každodenním životě

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	16	20,00
Spíše ano	29	36,25
Spíše ne	26	32,50
Ne	9	11,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 9 Ovlivnění úniku moči v každodenním životě



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku „Ovlivňoval Vás únik moči v každodenním životě“ odpovědělo spíše ano 29 (36,25 %) žen, 26 (32,50 %) uvedlo spíše ne, 16 (20,00 %) respondentek zvolilo ano a 9 (11,25 %) ne.

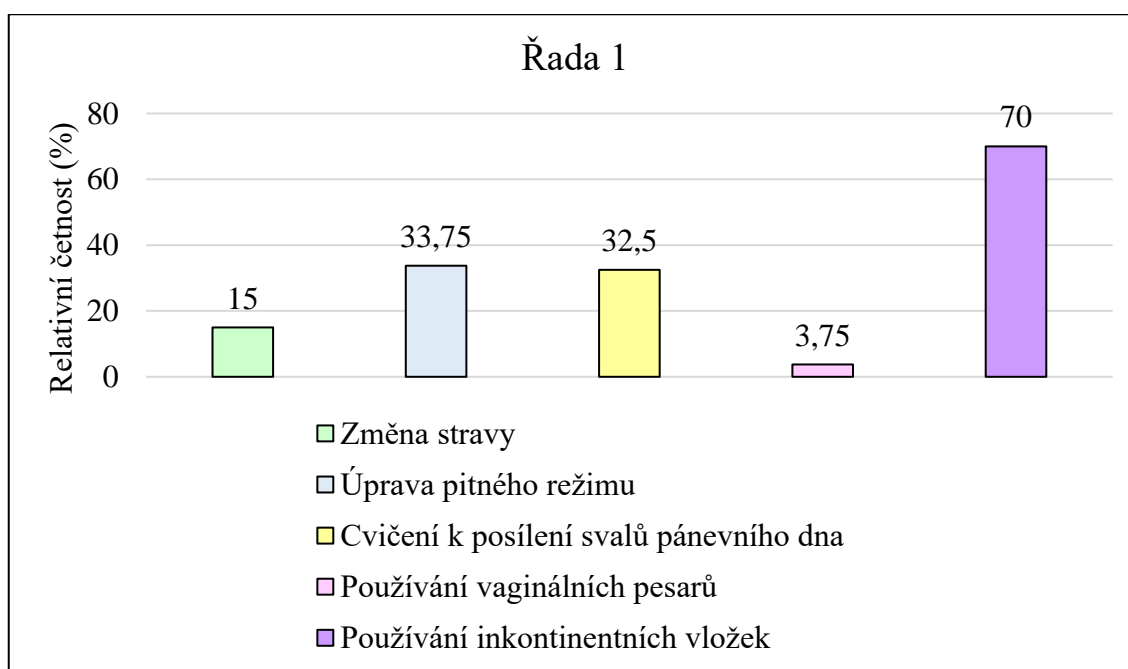
Položka 11 Jak jste sama léčila únik moči?

Tabulka 11 Vlastní léčba

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Změna stravy	12	15,00 %
Úprava pitného režimu	27	33,75 %
Cvičení k posílení svalů pánevního dna	26	32,50 %
Používání vaginálních pesarů	3	3,75 %
Používání inkontinentních vložek	56	70,00 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 10 Vlastní léčba



Zdroj: Autor, 2018

Nejvíce žen a to 56 (70,00 %) léčilo inkontinenci používáním inkontinentních vložek, 27 (33,75 %) upravilo svůj pitný režim, 26 (32,50 %) cvičilo cviky k posílení svalů pánevního dna, 12 (15,00 %) z nich změnilo svoji stravu a 3 (3,75 %) respondentky používaly vaginální pesary.

Položka 12 Jakou léčbu jste podstoupila na doporučení svého lékaře? U léčby, které jste podstoupila, zaznamenávala jste stále únik moči?

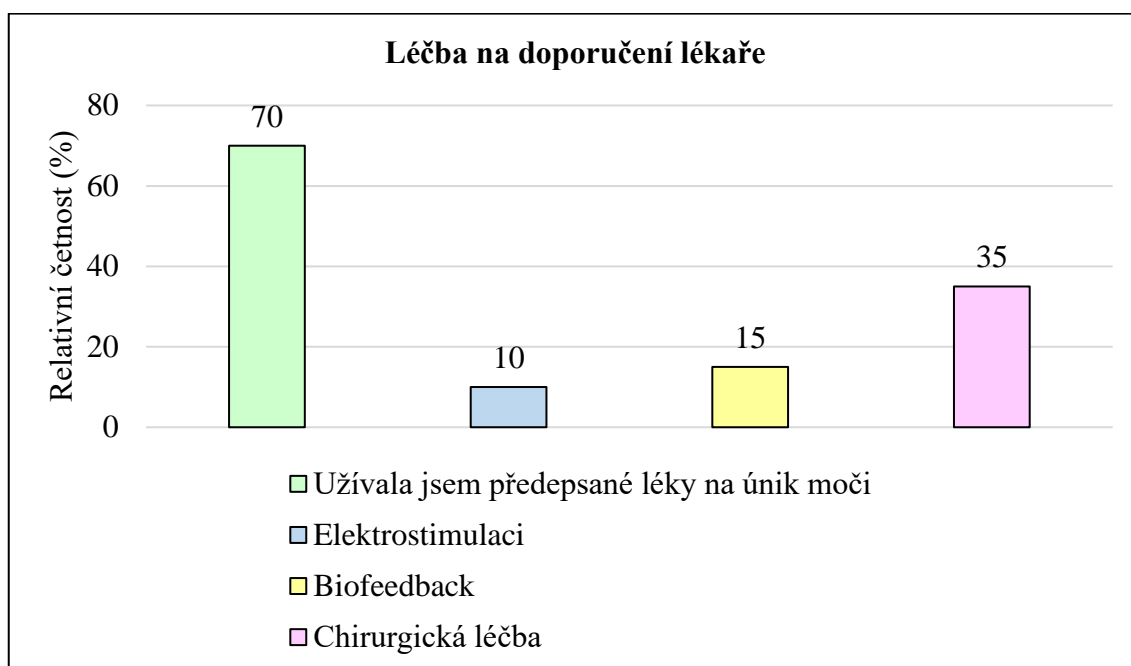
Tabulka 12 Léčba na doporučení lékaře, zaznamenávání úniku moči po daném typu léčby

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Při užívání předepsaných léků	56	70,00 %
Ano, ale o dost méně	34	42,50 %
Stále stejně, jako před léčbou	4	5,00 %
Ne	18	22,50 %
Při elektrostimulaci	8	10,00 %
Ano, ale o dost méně	3	3,75 %
Stále stejně, jako před léčbou	1	1,25 %
Ne	6	7,50 %
Při biofeedbacku	12	15,00 %
Ano, ale o dost méně	8	10,00 %
Stále stejně, jako před léčbou	0	0,00 %
Ne	6	7,50 %
Při chirurgické léčbě	28	35,00 %
Ano, ale o dost méně	2	2,50 %
Stále stejně, jako před léčbou	0	0,00 %
Ne	28	35,00 %

Zdroj: Autor, 2018

Tuto tabulku jsme si rozdělili do dvou grafů, v grafu 11, jsme pozorovali, jaký typ léčby inkontinentní ženy podstoupily na doporučení svého lékaře, naopak v grafu 12 jsme zjišťovali, zda pacientky po daném typu léčby, zaznamenávaly stále únik moči.

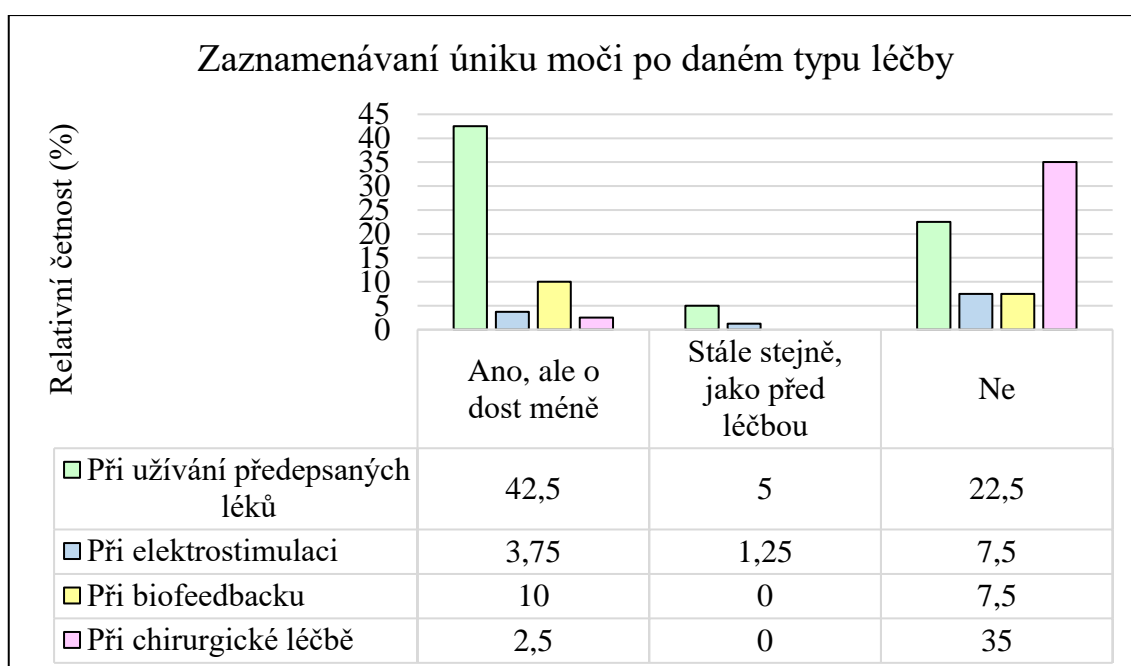
Graf 11 Léčba na doporučení lékaře



Zdroj: Autor, 2018

V této otázce měly respondentky za úkol zvolit všechny typy léčby, které podstoupily. Z toho jsme zjistili, že 56 (70,00 %) žen užívalo předepsané léky, 8 (10,00 %) dotazovaných léčilo únik moči pomocí elektrostimulace, dalších 12 (15,00 %) používalo biofeedback a 28 (35,00 %) podstoupilo chirurgickou léčbu.

Graf 12 Zaznamenávání úniku moči po daném typu léčby



Zdroj: Autor, 2018

Nejpozitivnější výsledek přinesla chirurgická léčba, kde 28 žen uvedlo, že po této léčbě nezaznamenávalo únik moči a pouhé 2 (2,50 %) dotazované uvedly ano, ale o dost méně. Při užívání předepsaných léků, 24 (42,50 %) žen napsalo, že pocítovaly únik moči, ale o dost méně, 18 (22,50 %) respondentek nezaznamenávalo únik moči a 4 pacientky zakroužkovaly odpověď „stále stejně, jako před léčbou“. Při používání biofeedbacku, jsme zjistili, že 6 (7,50 %) žen nezaregistrovalo únik moči a 8 (10,00 %) odpovídacích zaznamenalo ano, ale o dost méně. Při elektostimulaci uvedl stejný počet žen jako při biofeedbacku, že nezaznamenal únik moči, 3 (3,75 %) ano, ale o dost méně a jedna respondentka pocítovala únik moči stále stejně, jako před léčbou.

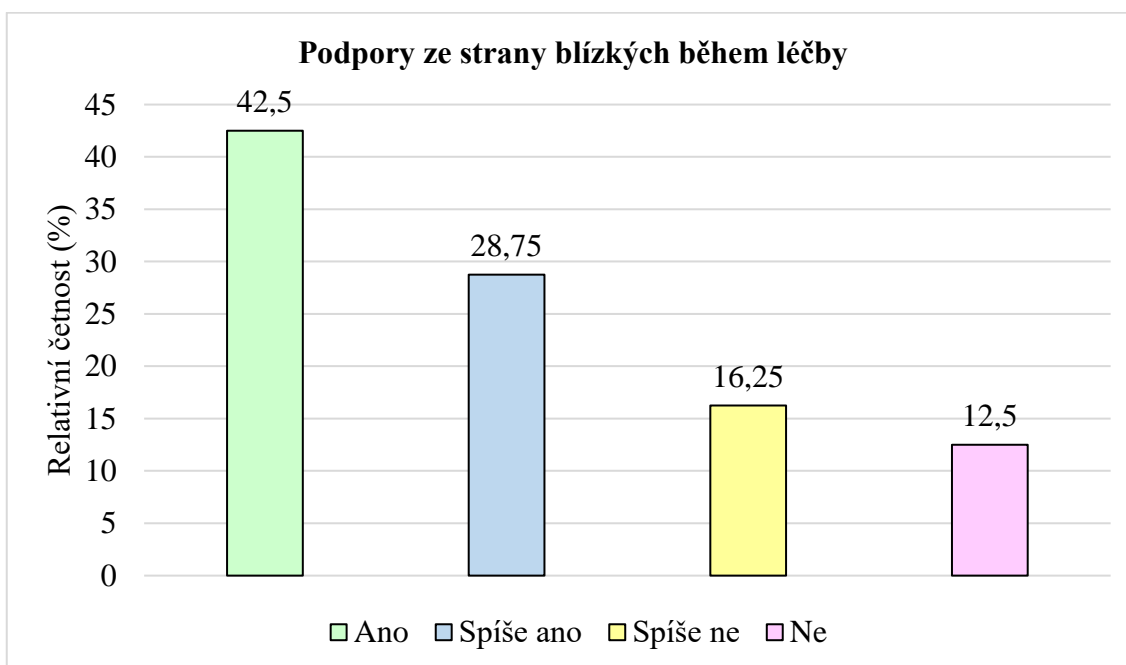
Položka 13 Cítíte podporu během léčby inkontinence ze strany svých blízkých?

Tabulka 13 Podpora ze strany blízkých během léčby

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	34	42,50 %
Spíše ano	23	28,75 %
Spíše ne	13	16,25 %
Ne	10	12,50 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 13 Podpora ze strany blízkých během léčby



Zdroj: Autor, 2018

Z 80 respondentek 34 cítilo podporu během léčby inkontinence ze strany blízkých, což je (42,50 %), 10 (12,50 %) necítilo podporu ze strany blízkých, spíše ano uvedlo 23 (28,75 %) dotazovaných a spíše ne odpovědělo 13 (16,25 %) žen.

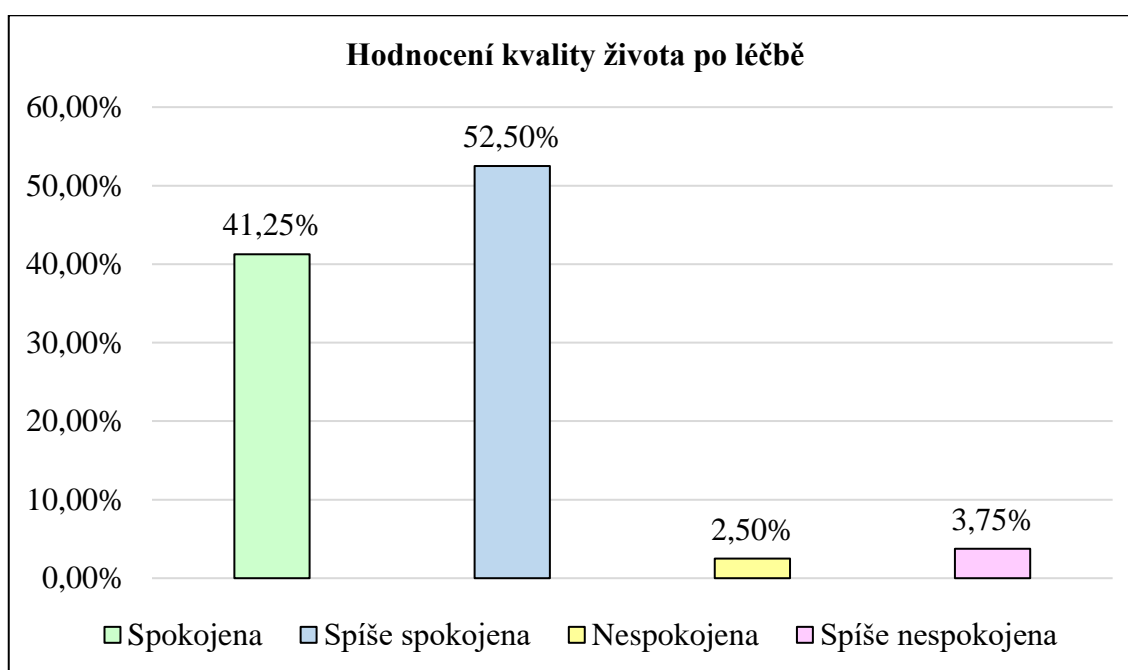
Položka 14 Jak hodnotíte svou kvalitu života po léčbě úniku moči?

Tabulka 14 Hodnocení kvality života po léčbě

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Spokojena	33	41,25 %
Spíše spokojena	42	52,50 %
Nespokojena	2	2,50 %
Spíše nespokojena	3	3,75 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 14 Hodnocení kvality života po léčbě



Zdroj: Autor, 2018

V položce 14 jsme se respondentek ptali, jak hodnotí svou kvalitu života po léčbě inkontinence. Z odpovědí vyplývá, že 42 (52,50 %) dotazovaných je spíše spokojeno, 33 (41,25 %) uvedlo, že je spokojeno, 3 (3,75 %) jsou spíše nespokojené a pouze 2 (2,50 %) jsou nespokojeny s kvalitou svého života.

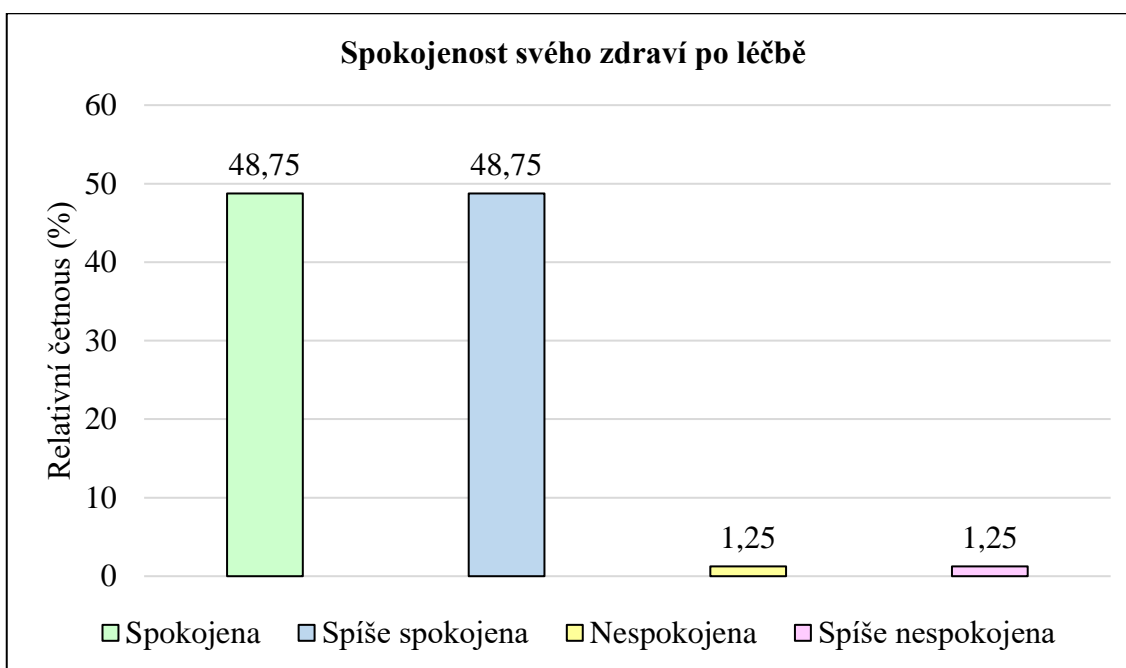
Položka 15 Jak jste spokojena se svým zdravím po léčbě inkontinence?

Tabulka 15 Spokojenost se svým zdravím po léčbě

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Spokojena	39	48,75 %
Spíše spokojena	39	48,75 %
Nespokojena	1	1,25 %
Spíše nespokojena	1	1,25 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 15 Spokojenost se svým zdravím po léčbě



Zdroj: Autor, 2018

Touto otázkou jsme sledovali, jak jsou ženy spokojeny se svým zdravím po léčbě inkontinence. Stejný počet žen a tj. 39 (48,75 %) jsou spokojeny a spíše spokojeny se svým zdravím, oproti tomu bylo rovnocenné množství dotazovaných tj. 1 (1,25 %) u možností nespokojena a spíše nespokojena.

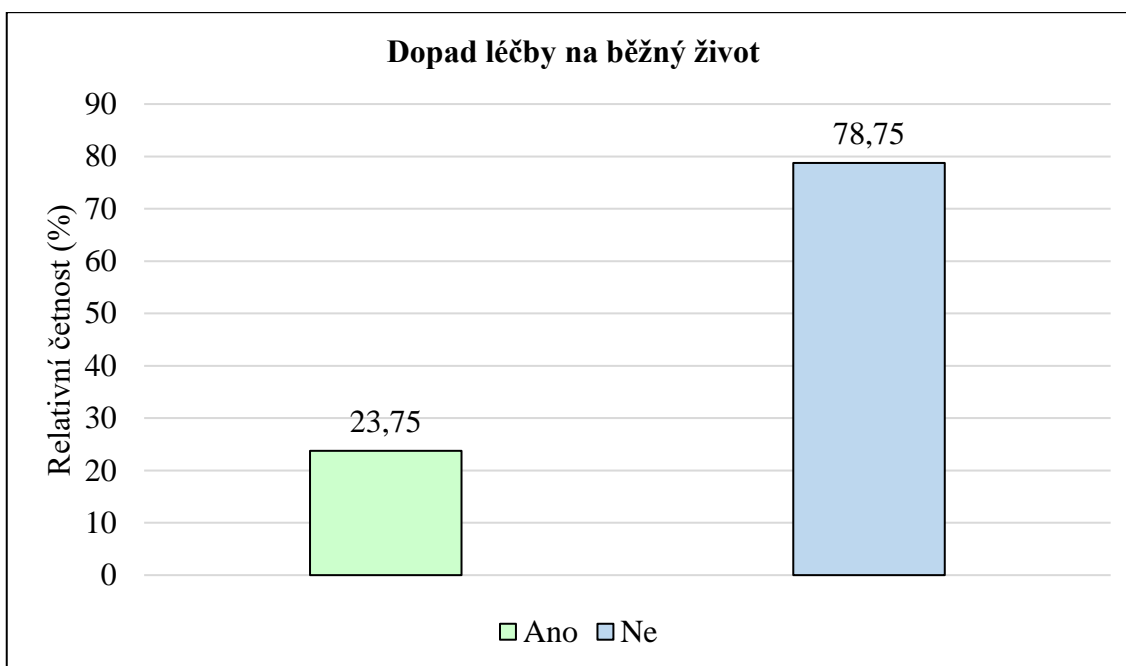
Položka 16 Měla léčba dopad na Váš běžný život?

Tabulka 16 Dopad léčby na běžný život

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	19	23,75 %
Ne	63	78,75 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 16 Dopad léčby na běžný život



Zdroj: Autor, 2018

V položce 16 jsme se dotazovali, jestli měla léčba dopad na běžný život. U nadpoloviční většiny respondentek a tj. 63 (78,75 %) neměla léčba dopad na běžný život, ale u 19 (23,75 %) ano.

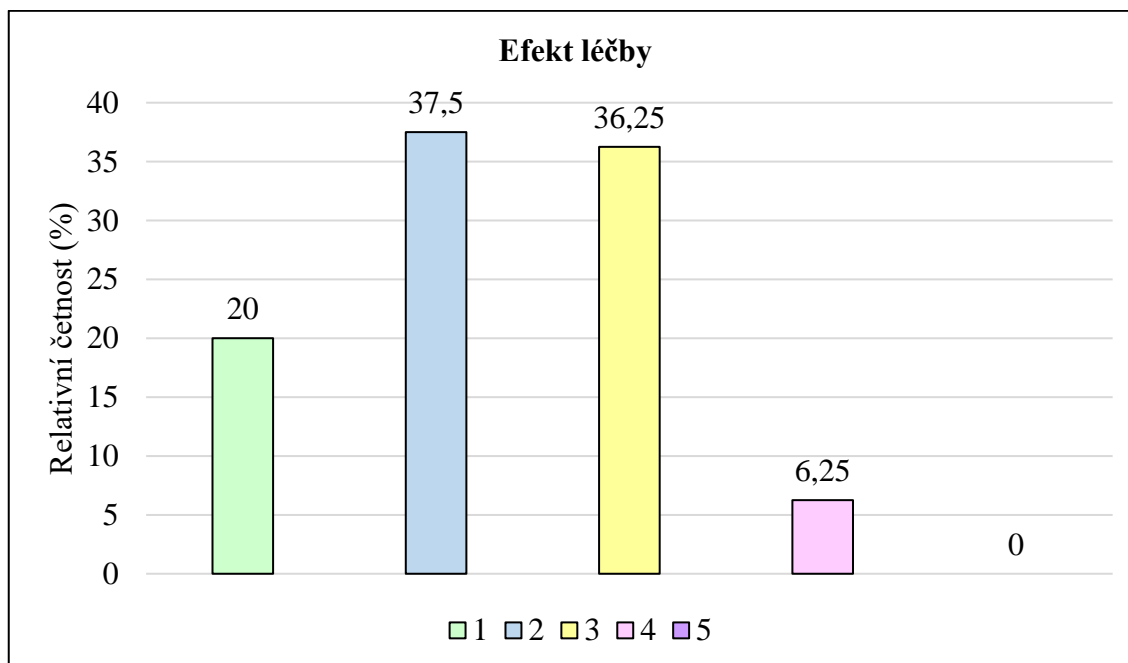
Položka 17 Jaký efekt měla léčba úniku dle Vašeho názoru?

Tabulka 17 Efekt léčby

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
1	16	20,00
2	30	37,50
3	29	36,25
4	5	6,25
5	0	0,00

Zdroj: Autor, 2018

Graf 17 Efekt léčby



Zdroj: Autor, 2018

V položce 17 měly respondentky uvést, jaký efekt měla léčba úniku moči dle jejich názoru. V dospovědích hodnotily známkami 1-5 jako ve škole. Odpověď 2 (chvalitebný) uvedlo nejvíce respondentek a to 30 (37,50 %) o jednu méně uvedlo možnost 3 (dobrý), což bylo 29 (36,25 %), skupina 16 (20,00 %) žen sdělila efekt 1 (výborný), dostatečný účinek sdělilo 5 (6,25 %) odpovídacích a nulová responze činila u možnosti 5 (nedostatečný).

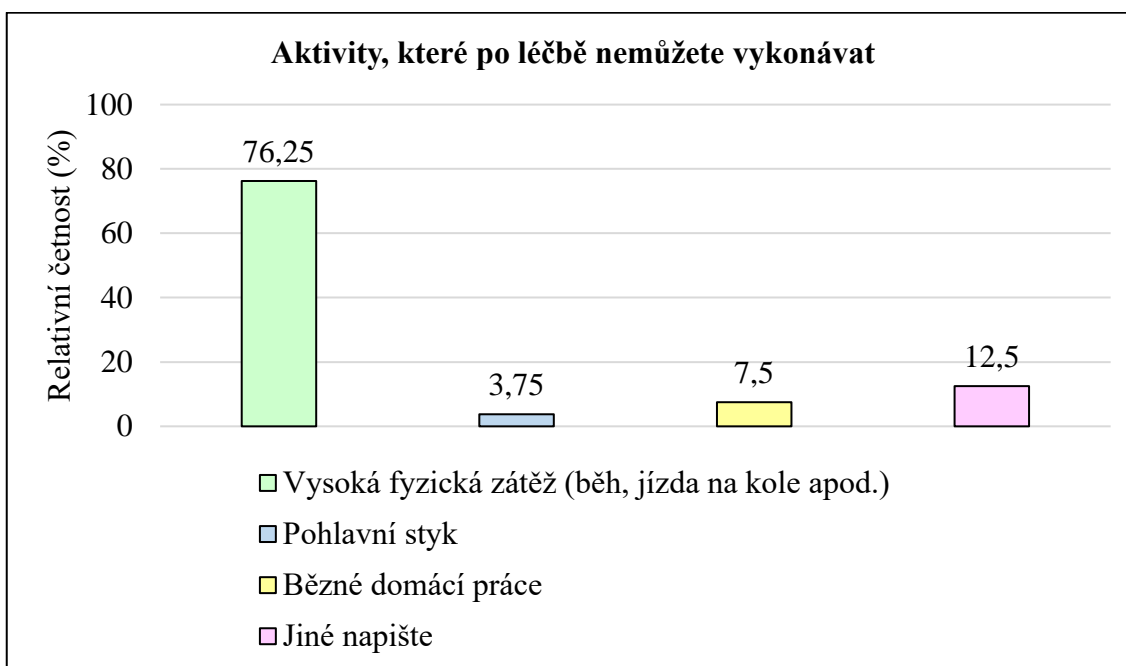
Položka 18 Jaké aktivity po léčbě nemůžete vykonávat?

Tabulka 18 Aktivity, které po léčbě nemůžete vykonávat

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Vysoká fyzická zátěž (běh, jízda na kole apod.)	61	76,25
Pohlavní styk	3	3,75
Běžné domácí práce (úklid, nákup)	6	7,50
Jiné napište	10	12,50

Zdroj: Autor, 2018

Graf 18 Aktivity, které po léčbě nemůžete vykonávat



Zdroj: Autor, 2018

V položce 18 jsme se ptali žen, jaké aktivity po léčbě inkontinence nemůžou vykonávat. Z dotazovaných 80 žen jich 61 (76,25 %) uvedlo vysokou fyzickou zátěž, 3 (3,75 %) pohlavní styk, 6 (7,50 %) běžné domácí práce a 10 (12,50 %) respondentek sdělilo, že mohou vykonávat všechny činnosti.

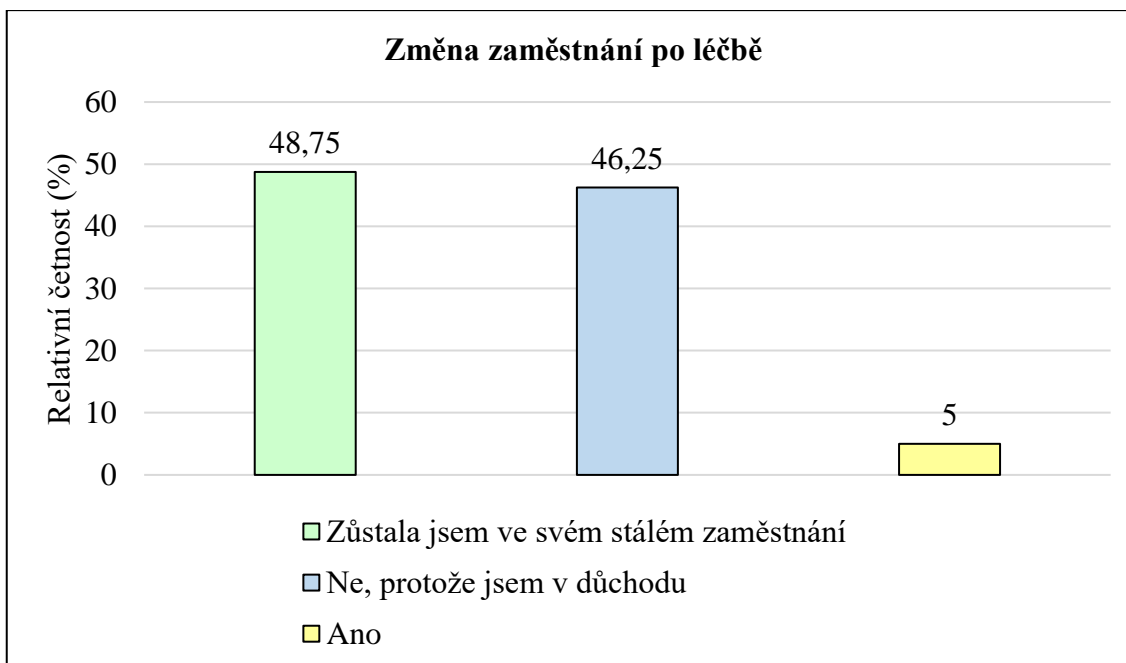
Položka 19 Musela jste po léčbě úniku moči změnit své zaměstnání?

Tabulka 19 Změna zaměstnání po léčbě

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Zůstala jsem ve svém stálém zaměstnání	39	48,75
Ne, protože jsem v důchodu	37	46,25
Ano	4	5,00

Zdroj: Autor, 2018

Graf 19 Změna zaměstnání po léčbě



Zdroj: Autor, 2018

V této otázce jsme zkoumali, zda respondentky musely po léčbě inkontinence změnit své zaměstnání. Třicet devět (48,75 %) žen zůstalo ve svém stálém zaměstnání, dalších 37 (46,25 %) dotazovaných nemuselo měnit své zaměstnání z důvodu důchodového věku a pouhé 4 odpovídající musely vyměnit práci.

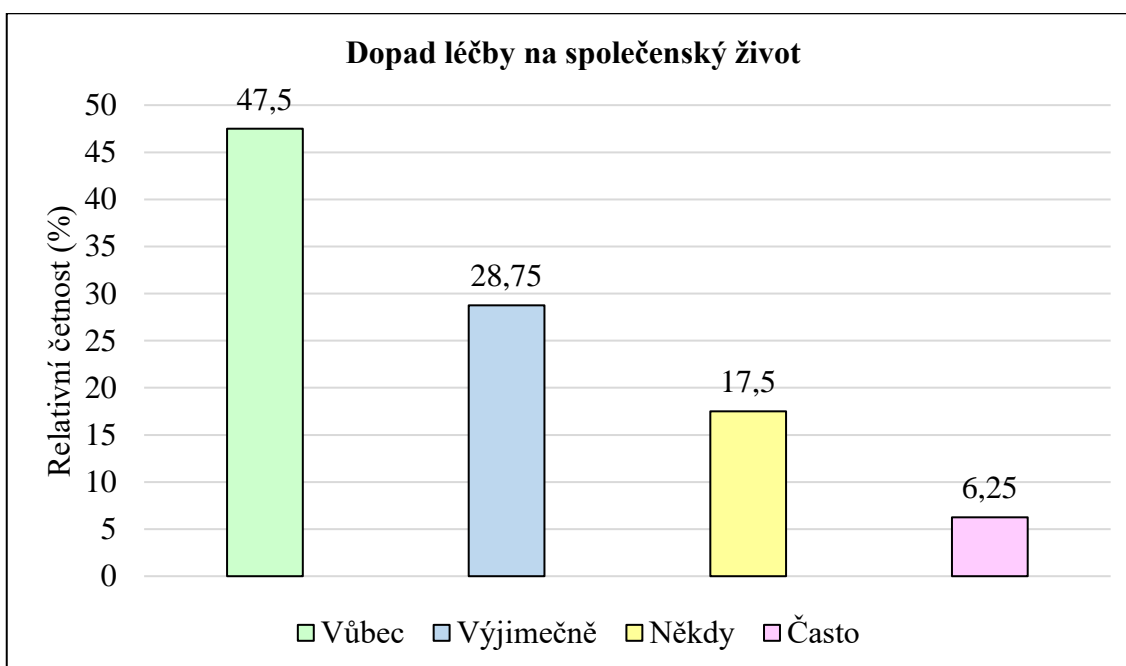
Položka 20 Ovlivnila léčba inkontinence Váš společenský život?

Tabulka 20 Dopad léčby na společenský život

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Vůbec	38	47,50
Výjimečně	23	28,75
Někdy	14	17,50
Často	5	6,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 20 Dopad léčby na společenský život



Zdroj: Autor, 2018

V této položce jsme zjišťovali, jestli ovlivnila léčba inkontinence společenský život dotazovaných, kdy 38 (47,50 %) žen uvedlo vůbec, 23 (28,75 %) výjimečně, 13 (17,50 %) někdy a 5 (6,25 %) často.

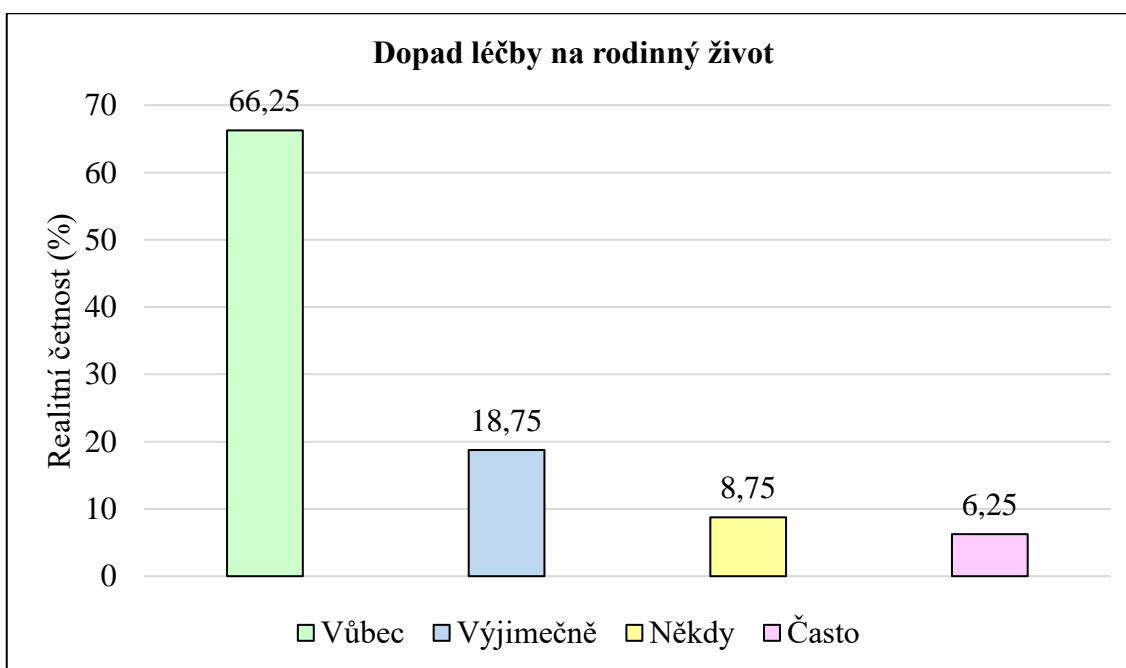
Položka 21 Ovlivnila léčba inkontinence Váš rodinný život?

Tabulka 21 Dopad léčby na rodinný život

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Vůbec	53	66,25
Výjimečně	15	18,75
Někdy	7	8,75
Často	5	6,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 21 Dopad léčby na rodinný život



Zdroj: Autor, 2018

V této položce nás zajímalo, jestli ovlivnila léčba inkontinence rodinný život respondentek. Padesát tři (66,25 %) žen uvedlo možnost vůbec, 15 (18,75 %) dotazovaných napsalo výjimečně, u 7 (8,75 %) ovlivnila léčba někdy rodinný život a u odpovědi často činila responze 5 (6,25 %).

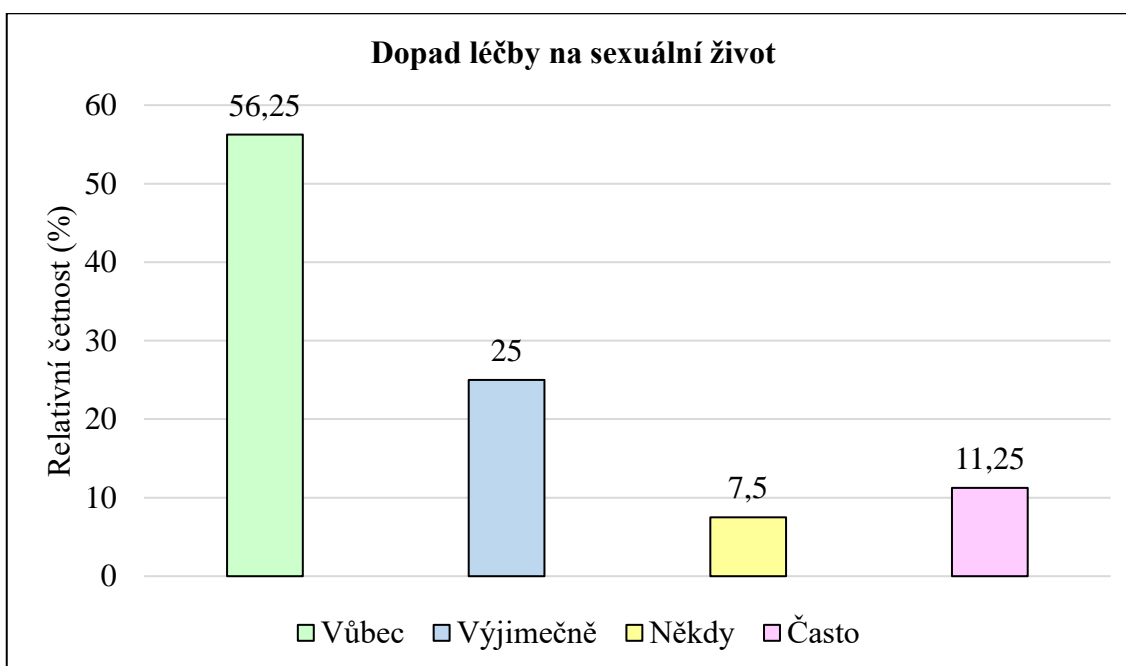
Položka 22 Ovlivnila léčba inkontinence Váš sexuální život?

Tabulka 22 Dopad léčby na sexuální život

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Vůbec	45	56,25
Výjimečně	20	25,00
Někdy	6	7,50
Často	9	11,25

Zdroj: Autor, 2018

Graf 22 Dopad léčby na sexuální život



Zdroj: Autor, 2018

Zde jsme zkoumali, zda léčba inkontinence ovlivnila sexuální život. Respondentky měly na výběr ze čtyř možností, první možnost „vůbec“ označilo 45 (56,25 %) žen, druhou „výjimečně“ uvedlo 20 (25,00 %) dotazovaných, třetí „často“ zakroužkovalo 6 respondentek a čtvrtou „často“ napsalo 9 (11,25 %) žen.

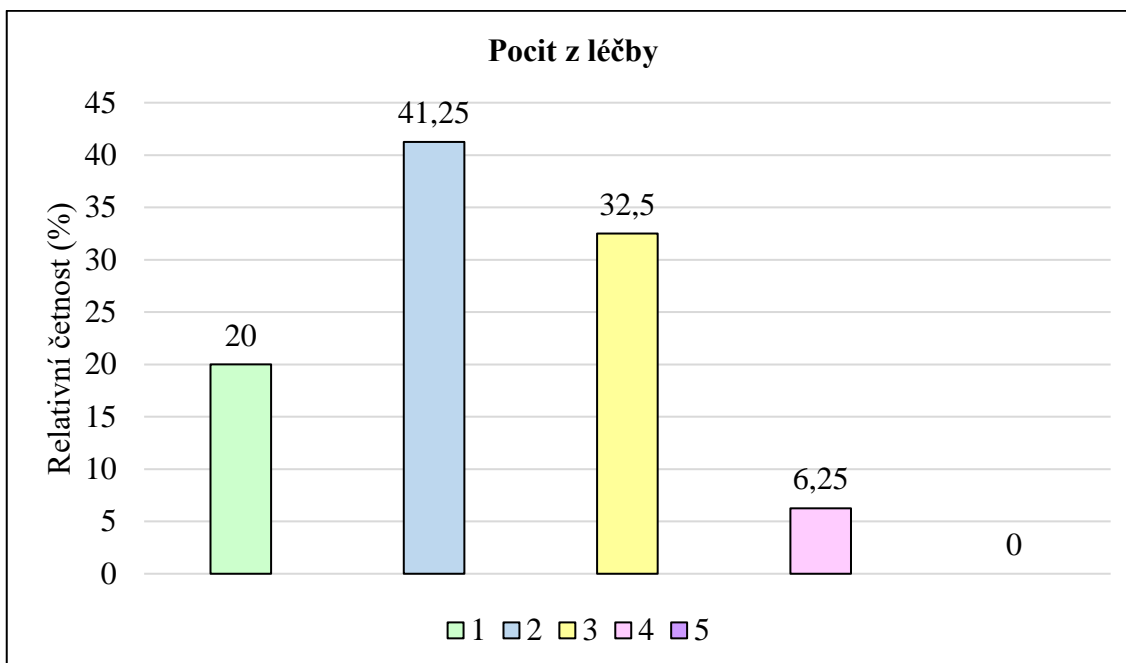
Položka 23 Jak se cítíte po léčbě úniku moči?

Tabulka 23 Pocit z léčby

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
1	16	20,00
2	33	41,25
3	26	32,50
4	5	6,25
5	0	0,00

Zdroj: Autor, 2018

Graf 23 Pocit z léčby



Zdroj: Autor, 2018

V předposlední položce jsme se ptali žen, jak se cítí po léčbě úniku moči. Odpovědi hodnotily známkami 1-5 jako ve škole. Chvalitebně se cítí 33 (41,25 %) respondentek, dobře 26 (32,50 %), výborně uvedlo 16 (20,00 %) žen, 5 (6,25 %) dotazovaných se cítí dostatečně a nulová responze byla u poslední odpovědi, tedy nedostatečně.

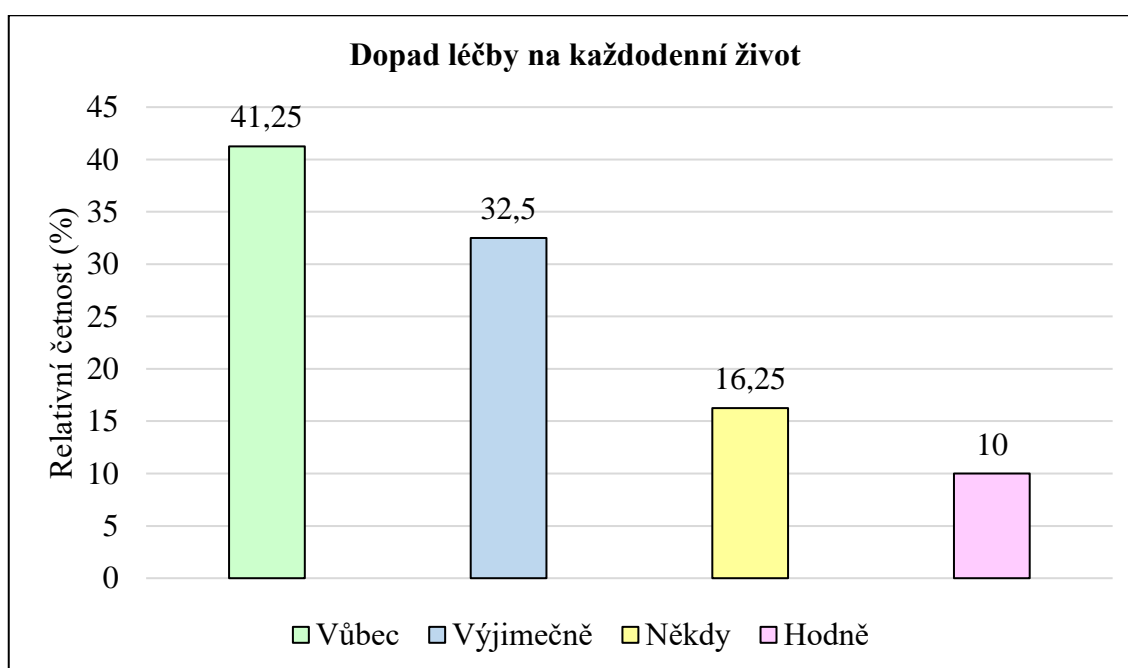
Položka 24 Ovlivnila léčba inkontinence Váš každodenní spánek?

Tabulka 24 Dopad léčby na každodenní spánek

Odpověď	Počet respondentů	Podíl v %
Vůbec	33	41,25 %
Výjimečně	26	32,50 %
Někdy	13	16,25 %
Hodně	8	10,00 %

Zdroj: Autor, 2018

Graf 24 Dopad léčby na každodenní spánek



Zdroj: Autor, 2018

V této otázce jsme se respondentek ptali, jestli léčba inkontinence ovlivnila jejich každodenní spánek, z 80 žen odpovědělo 33 (41,25 %) vůbec, 26 (32,50 %) výjimečně, 13 (16,25 %) někdy a 8 dotazovaných (10,00 %) odpovědělo hodně.

6.6 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Testovali jsme nezávislost mezi věkem a odpovědí na otázku č. 4 (Když jste začala pociťovat únik moči, vyhledala jste ihned lékařskou pomoc?). Pro testování nezávislosti jsme použili test nezávislosti chí kvadrát, a pro stanovení míry závislosti byl vypočten Cramerův koeficient. Vytvořili jsme kontingenční tabulku a vypočítali očekávané četnosti. Provedli jsme kontrolu podmínek. Abychom mohli použít test chí

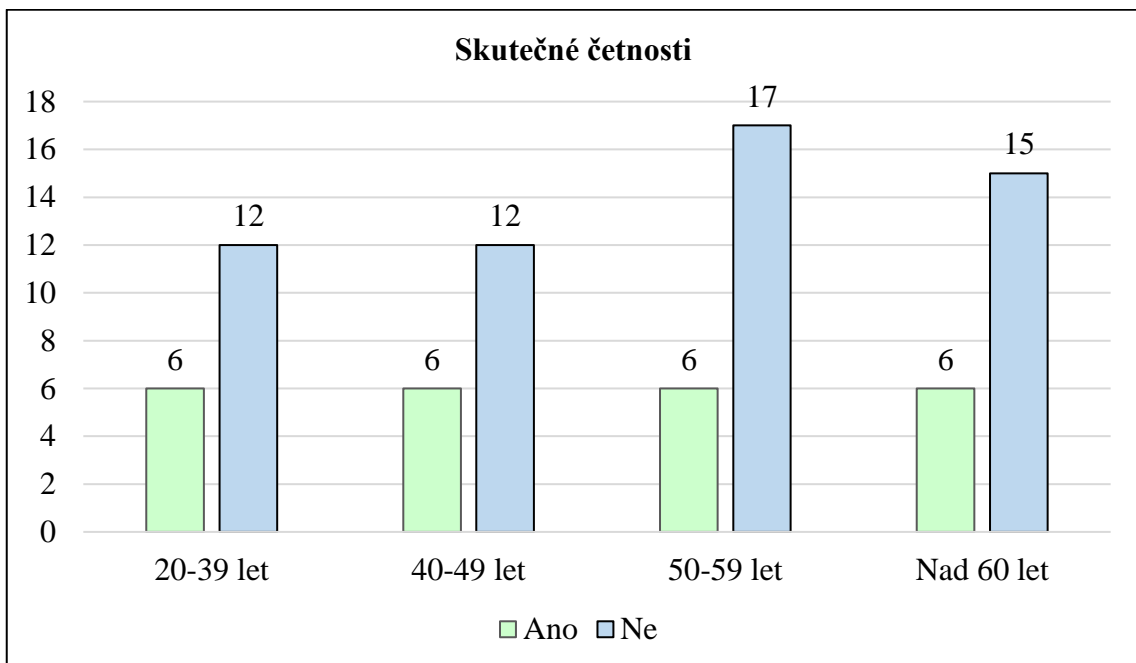
kvadrát, v kontingenční tabulce by muselo být 20 % očekávaných četností menších jak 5 a žádná očekávaná četnost by nesměla být menší jak 1. Aby byly splněny podmínky pro použití testu, sloučili jsme skupiny 20-29 let, 30-39 let do jedné skupiny 20-39 let, a 60-69 let, 70-79 let, nad 80 let do jedné skupiny nad 60 let a skupiny 40-49 let a 50-59 let jsme ponechali. Kritéria po sloučení skupin byla splněna. Hladinu významnosti jsme si zvolili 10 %.

Tabulka 25 Skutečné četnosti

Skutečně četnosti	20-39 let	40-49 let	50-59 let	Nad 60 let	Celkem
Ano	6	6	6	6	24
Ne	12	12	17	15	56
Celkem	18	18	23	21	80

Zdroj: Autor, 2018

Graf 25 Skutečné četnosti

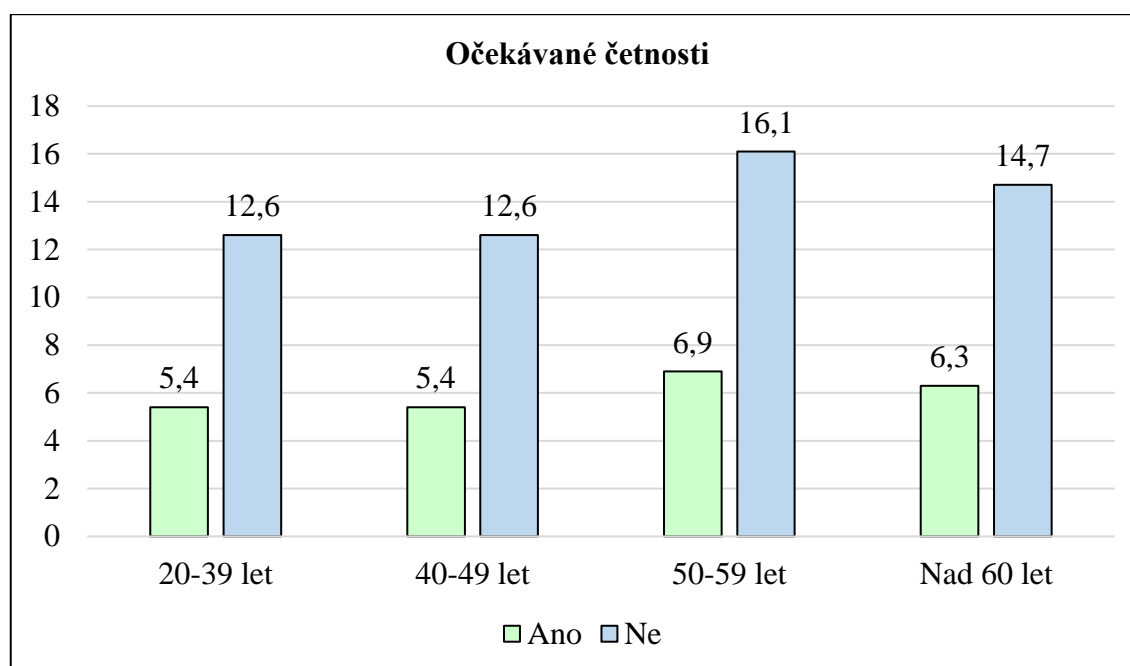


Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 26 Očekávané četnosti

Skutečně četnosti	20-39 let	40-49 let	50-59 let	Nad 60 let	Celkem
Ano	5,4	5,4	6,9	6,3	24
Ne	12,6	12,6	16,1	14,7	56
Celkem	18	18	23	21	80

Zdroj: Autor, 2018

Graf 26 Očekávané četnosti

Zdroj: Autor, 2018

Po dosazení do vzorce vyšlo testové kritérium: $G = 0,379$. Kritická tabulková hodnota pro 1 stupeň volnosti a pro hladinu významnosti 10 % je $\chi_{(1-\alpha);df} = 6,251$. Na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme. Cramerův koeficient je 0,0397. Cramerův koeficient nabývá hodnot od nuly do jedné, nula znamená nezávislost, jedna závislost. V našem případě potvrzuje nezávislost.

6.7 INTERPRETACE PRŮZKUMU

Našeho průzkumného šetření se zúčastnilo 80 (100 %) respondentek, které již byly po léčbě inkontinence. Byly vytyčeny 3 cíle a stanoveno 8 průzkumných otázek, které jsou níže zhodnoceny.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou pacientky spokojeny s kvalitou života po léčbě inkontinence.

Cíl 2: Zjistit, zda ženy ze sledovaného vzorku při počátku úniku moči ihned vyhledaly lékařskou pomoc.

Cíl 3: Zjistit, v jakém věku ženy nejčastěji trpí inkontinencí.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1 a: Jsou pacientky spokojeny s kvalitou života po léčbě úniku moči?

Vertikalizace dotazníku: položka 14

V této otázce respondentky hodnotily svou kvalitu života po léčbě inkontinence. Výsledky byly vcelku pozitivní, protože 75 dotazovaných je spokojeno nebo spíše spokojeno se svou kvalitou života po léčbě, jen 5 uvedlo, že jsou buď nespokojeny, nebo spíše nespokojeny.

Průzkumná otázka 1 b: Musely ženy změnit své zaměstnání po léčbě úniku moči?

Vertikalizace dotazníku: položka 18

Výsledky odpovědí na tuto otázku byly pozitivní, protože 76 žen ze sledovaného průzkumu zůstalo ve své stálé práci a pouhé 4 odpovídající musely své zaměstnání změnit.

Průzkumná otázka 2 a: Vyhledaly ihned ženy při pocíťování úniku moči lékařskou pomoc?

Vertikalizace dotazníku: položka 4

V této otázce měly ženy na výběr z možností buď ano, nebo ne, přičemž nadpoloviční většina až 70,00 % zvolila možnost ne (tuto odpověď jsme předpokládali z důvodu intimního problému), a pouhých 24 žen ihned vyhledalo odbornou pomoc.

Průzkumná otázka 2 b: Z jakého důvodu ženy ihned nevyhledaly lékařskou pomoc?

Vertikalizace dotazníku: položka 5

Tato otázka byla povinná pouze pro respondentky, které zvolily u otázky č. 4 odpověď „ne“. Zjistili jsme, že nejčastější důvod nevyhledání odborné pomoci byl stud žen, který uvedlo 20 respondentek, z toho o jednu méně uvedlo, že nemělo čas dojít

si k lékaři, 23,71 % mělo strach, 2 ženy nešly k lékaři z důvodu nemoci a 2 nepocit'ovaly větší problémy.

Průzkumná otázka 2 c: Za jak dlouho dobu ženy navštívily lékaře od prvního zjištění úniku moči?

Vertikalizace dotazníku: položka 6

Z této otázky jsme zjistili, že 28,75 % žen navštíví lékaře za půl roku nebo za rok, přičemž jsme předpokládali, že větší responze bude u možnosti za rok, 17 respondentek uvedlo za měsíc, 10 za týden a 5 vyhledalo odbornou pomoc za 5 let, 1 žena navštívila lékaře za dva roky a 1 odpovídající napsala za 6 let, což je za velmi dlouhou dobu.

Průzkumná otázka 2 d: Komu se poprvé respondentky svěřily s inkontinencí?

Vertikalizace dotazníku: položka 7

Po vyhodnocení získaných odpovědí na tuto otázku jsme zjistili, že 22,50 % inkontinentních žen se svěřilo své kamarádce nebo přítelkyni, 15 svému manželovi nebo příteli, 9 kolegyni v práci, 3 lékaři, 2 sourozenci a 2 svým rodičům. U možnosti nikomu činila responze 21,25 %, ale očekávali jsme nulovou, protože je velice důležité o inkontinenci mluvit a svěřit se buď svým blízkým, nebo svému lékaři.

Průzkumná otázka 3 a: V kolika letech ženy zjistily, že trpí únikem moči?

Vertikalizace dotazníku: položka 2

Předpokládali jsme, že nejvíce žen bude trpět inkontinencí ve věku 50-59 let. Pomocí dotazníkového šetření se nám předpoklad potvrdil, věk 50-59 let uvedlo 23 žen, 25,00 % uvedlo, že trpělo únikem moči ve věku 60-69 let, třetí nejčastější odpověď byla ve věku 40-49 let. Šestnáct žen také uvedlo odpověď 30-39 let. Dvě dotazované napsaly, že trpěly únikem moči již ve věku 20-29 let. Tato odpověď byla překvapující, domnívali jsme se, že tato možnost bude nulová.

Průzkumná otázka 3 b: Měly ženy při zjištění úniku moči stále menstruaci?

Vertikalizace dotazníku: položka 3

Podle nastudované literatury, trpí inkontinencí spíše ženy, které jsou již v menopauze, proto jsme se domnívali, že 70,00 % respondentek uvede odpověď ne, ale tuto možnost napsalo 56,25 % a menstruovalo 35 žen.

7 DISKUZE

Tato bakalářská práce se věnovala inkontinentním ženám, které již byly po léčbě úniku moči. Toto téma je obtížné srovnávat s jinou kvalifikační prací, z důvodu rozsáhlosti problému a jiné oblasti zájmu různých autorů.

K porovnávání našeho průzkumného šetření jsme se snažili vypátrat další kvalifikační práce věnující se totožnému problému. Bylo vyhledáno několik bakalářských a magisterských prací zabývajících se inkontinencí, ale žádná z nich se v průzkumu nezabývala kvalitou života žen po léčbě úniku moči. Vybrali jsme tři bakalářské práce a jednu diplomovou práci a podobné otázky našeho průzkumu jsme srovnávali s výsledky vyhledaných prací.

První práci, kterou jsme porovnávali, byla práce Jany Duřtové. Její průzkum se uskutečňoval v roce 2009 formou dotazníků, který se skládal z 32 otázek, z nichž se některé podobaly otázkám našeho průzkumu, a ty jsme použili k porovnávání výsledků. Do jejího průzkumného šetření se zapojilo 30 respondentek. První srovnávanou položkou bylo, za jak dlouhou dobu ženy navštívily lékaře od prvního zjištění úniku moči, z celkového počtu 100 %, 37 % vyhledalo lékařskou pomoc do jednoho roku, 30 % do pěti let, 20 % ihned a 13 % déle než pět let (DUŘTOVÁ, 2009). V našem průzkumu z celkového počtu 80 respondentek, 12,50 % navštívilo lékaře za týden, 21,25 % za měsíc, 28,75 % za půl roku, ale 28,75 % i za rok, 1,25 % za dva roky, 6,25 % za pět let a 1,25 % za šest let. Z tohoto porovnání, lze konstatovat, že ženy v našem průzkumném šetření, které vyhledaly lékařskou pomoc od prvních problémů až po pěti letech je o 23,75 % nižší ve srovnání s průzkumem Duřtové, což svědčí o tom, že inkontinentní ženy navštíví lékaře mnohem dříve.

Další položku, kterou jsme mohli srovnat, byla, komu se poprvé respondentky svěřily s únikem moči. Výsledky Duřtové uvádí, že z celkového počtu 100 %, se 80 % se svěřilo někomu ze svého okolí a 20 % se nikomu nesvěřilo (DUŘTOVÁ, 2009). V našem průzkumu se 21,25 % nesvěřilo nikomu a 78,75 % se svěřilo buď manželovi, svým dětem, sourozencovi, kamarádce, kolegyni, rodině, nebo lékaři. Z tohoto porovnání vyplývá, že stále velký počet žen se nikomu o inkontinenci nesvěří, což může svědčit o tom, že se jedná o problém intimního charakteru.

Druhou práci, kterou jsme srovnávali s naším průzkumem byla práce od Jany Špíchalové, ale ta se zajímala o problematiku stresové inkontinence u žen nad 50 let. Její praktická část se realizovala v roce 2013 formou dotazníků, který se skládal z 16 otázek. Porovnávali jsme položku, kolik vašich dětí vážilo nad 4 000 g, z celkového počtu 53 respondentek jich 72 % uvedlo, že žádné jejich dítě nevážilo nad 4 000 g, 24 % napsalo jedno dítě a 4 % zakroužkovalo dvě a více dětí (ŠPÍCHALOVÁ, 2013). V našem dotazníkovém šetření uvedlo 38,75 % respondentek, že žádné jejich dítě nevážilo nad 4 000 g, 32,50 % zakroužkovalo jedno dítě, 21,25 % dvě děti a 6,25 % napsalo tři děti. V porovnání se v naší práci vyskytuje více žen, které porodily dítě s porodní hmotností nad 4 000 g a podle literatury se uvádí, že porodní hmotnost novorozence nad 4 000 g je rizikovým faktorem pro vznik inkontinence.

Třetí práci, kterou jsme mohli porovnat byla bakalářská práce Kateřiny Vavrušové. Její průzkum probíhal v roce 2014, formou dotazníku. Jejího průzkumného šetření se zúčastnilo 67 respondentů. Srovnávali jsme otázku, od jakého věku trpí respondentky inkontinencí. Z celkového počtu 67 (100 %), 4,5 % žen zjistilo, že trpí inkontinencí ve věku 20-30 let, 31-45 let uvedlo 20,9 % respondentek, ve věku 46-65 let napsalo 65,7 % a pouhých 9 % ve věku 66-75 let (VAVRUŠOVÁ, 2014). Porovnání průzkumu Vavrušové s naší prací nemůžeme úplně zhodnotit, protože každá jsme měla v průzkumu jinak vymezené hranice věku. Ale z našeho průzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce žen trpí inkontinencí ve věku 50-59 let a u Vavrušové ve věku 45-65 let.

Další práce, kterou jsme mohli porovnávat byla diplomová práce Bc. Kláry Frydrychové, která se zaměřovala na kvalitu života žen s močovou inkontinencí. Její průzkum probíhal metodou dotazníku a zúčastnilo se ho 63 respondentek. Jedinou položku, kterou jsme mohli porovnat, bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Z 63 respondentek měla základní vzdělání jen jedna žena, 26 žen bylo vyučeno v oboru bez maturity, 20 bylo vyučeno v oboru s maturitou, 14 dotazovaných mělo úplně středoškolské vzdělání s maturitou a pouze dvě respondentky měly vysokoškolské vzdělání (FRYDRYCHOVÁ, 2013). V našem průzkumu z celkového počtu 80 respondentek mělo základní vzdělání 18 žen, středoškolské bez maturity 31 dotazovaných, středoškolské s maturitou 26 odpovídajících a 5 žen mělo vysokoškolské vzdělání. Domníváme se, že vzdělání nemá vliv na to, zda žena trpí inkontinencí. Možná, kdybychom zkoumali informovanost žen ohledně inkontinence, tak by vzdělání roli hrálo.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků našeho průzkumného šetření můžeme tvrdit, že stále existuje mnoho žen, které při zjištění úniku moči ihned nevyhledají lékařskou pomoc, protože se stydí o inkontinenci mluvit či mají strach nebo uvádějí, že nemají čas. Domníváme se, že je to i díky nedostatečné edukaci žen ze strany lékařů a porodních asistentek.

Pro praxi bychom doporučili se zaměřit na informovanost žen ohledně inkontinence. Velmi dobré by bylo zavedení edukačních seminářů, které by vedla vyškolená porodní asistentka a byly by pro různé věkové skupiny. Tím bychom mohli odbourat předsudky u seniorek, které si myslí, že inkontinence je součástí stárnutí, nedá se léčit a není nutné vyhledat lékařskou pomoc. Semináře bychom doporučovali dělat zvláště pro inkontinentní a neinkontinentní ženy. Ženy by se na semináři seznámily s inkontinencí jako pojmem, s rizikovými faktory a s příčinami. Dále by byly edukovány v oblasti prevence. Byly by jim popsány vyšetřovací metody, jak to u lékaře probíhá, že se ničeho nemusejí obávat. U neinkontinentních žen bychom více doporučili se zaměřit na prevenci. Na skupinových seminářích by ženy trpící inkontinencí mohly mluvit o svém problému a sdílet své pocity a nové poznatky a navrhovali bychom pro inkontinentní ženy zavést skupinová cvičení pod odborným dohledem.

Zvláště pro praxi doporučujeme námi vytvořenou informační brožuru (Příloha E), která by byla součástí edukačních seminářů. Ale také bychom ji doporučili dát do gynekologických ambulancí a za pomoci praktických lékařů bychom ji chtěli rozšířit mezi populaci seniorek, které gynekologické ordinace příliš nenavštěvují.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na problém inkontinenci u žen. Skládala se z teoretické a praktické části. V teoretické části práci jsme seznámili čtenáře se základními pojmy, které se týkají inkontinence, její diagnostiky a následné léčby.

Pro výzkum praktické části jsme využili kvantitativní šetření. Metodou vlastního strukturovaného anonymního dotazníku, jenž byl určen ženám po léčbě močové inkontinence, jsme zjišťovali kvalitu života žen po léčbě močové inkontinence. Dotazníky byly rozdány na gynekologickou ambulanci v Nemocnici Český Krumlov, a v Domově pro seniory Horní Stropnice. Získali jsme celkem 80 vyplněných dotazníků a data z nich staticky vyhodnotili a zpracovali.

Prvním cílem bylo zjištění, zda jsou pacientky spokojeny s kvalitou života po léčbě inkontinence. Z vyhodnocených odpovědí jsme se přesvědčili, že většina žen je spíše spokojena nebo spokojena se svou kvalitou života po léčbě úniku moči. Vyhodnocením těchto odpovědí byl první cíl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda ženy ze sledovaného vzorku při zjištění úniku moči ihned vyhledaly lékařskou pomoc. Výsledek byl negativní, protože velká část respondentek při zjištění úniku moči ihned nevyhledala lékařskou pomoc. U této nemoci je velmi podstatné začít léčbu, co nejdříve. Zhodnocením získaných odpovědí byl tento cíl splněn.

V posledním cíli jsme zjišťovali, v jakém věku ženy nejčastěji trpí inkontinencí. Dozvěděli jsme se, že nejčastěji trpí tímto problémem ženy ve věku 50-59 let. I tento cíl byl splněn.

SEZNAM LITERATURY

- ADAMÍK, Z., 2012. Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi*. 1(12), 474-477. ISSN 1212-7299.
- BELKOV, I. a kol., 2015. Inkontinence moči u žen – palčivý, ale řešitelný problém. *Medicína pro praxi*. 12(1), 30–33. ISSN 1214-8687.
- DZVINČUK, P. a kol., 2009. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Urologie pro praxi* [online]. 10(4), 238–243 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/04/06.pdf>
- DUŘTOVÁ, J., 2009. *Vliv inkontinence moči na kvalitu života žen*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická.
- ĎURIŠOVÁ, E., 2012. *Bolesti, chrbtice, klbov, kostí a....*. Bratislava: MUDr. Elena Ďurišová-AKU-HOMEO. ISBN 978-80-89496-07-5.
- FRYDRYCHOVÁ, K., 2013. *Kvalita života žen s inkontinencí moči* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2018- 03- 18]. Diplomová práce. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/51888/FrydrychovaK_KvalitaZivota_EB_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- GÄRTNER, M., 2007. Inkontinence moči. *Medicína po promoci*. 8(3), 30–36. ISSN 1212-9445.
- GENADRY, R. a J. L. MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0480-0.
- HANUŠ, T. a kol., 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum. 306 s. ISBN 978-80-246-3008-3.
- HEJZLAROVÁ, L., 2009. Péče o klientka/ pacienta s inkontinencí moči. *ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.* [online]. (2), 1-17 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf

HIBLBAUER, J. a J. HIBLBAUER, 2011. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi* [online]. 12(1), 18–28 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>

HORČIČKA, L. a kol., 2012. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 12 s. ISBN 978-80-86998-58-9.

HORČIČKA, L. a kol., 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4503-2.

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

JURÁKOVÁ, M. a M. GÄRTNER, 2014. Diagnostika a léčba inkontinence moči u žen. *Lékařské listy*. 2014 (10), 14–16. ISSN 0044-1996.

JURÁKOVÁ, M. a kol., 2017. Chirurgická léčba stresové inkontinence moči u žen – od jehel až k (mini)pásce. *Česká gynekologie*. 82(1), 65–71. ISSN 1210-7832.

KALVACH, Z. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.

KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA a J. FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-267-4.

KOLOMBO, I. a kol., 2009. Stresová inkontinence u žen – 2. část. *Urologie pro praxi* [online]. 10(1), 11–20 [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/03.pdf>

KRHUT, J., P. ZVARA a M. GÄRTNER, 2015. „Bulking agents“ v léčbě stresové inkontinence moči – současný stav a budoucí perspektivy. *Česká gynekologie*. (80)2, 156–160. ISSN 1210-7832.

Léčba močové inkontinence u žen, 2016. *Farmakoterapeutické informace*. 2016(1), 1–3. ISSN 1211-0647.

MAGOWAN, B., P. OWEN a A. J. THOMSON, 2014. *Clinical obstetrics & gynaecology*. Third edition. New York: Saunders/Elsevier. ISBN 978-0-7020-5408-2.

MARTAN, A. et al., 2015. *New surgical techniques and medical treatment in urogynecology: treatment of stress urinary incontinence, pelvic floor defects, and overactive bladder in women*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-411-1.

PETRÁŠOVÁ, R., 2012. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra* [online]. (5) [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-zachytu-inkontinence-464799>

PILKA, R. a kol., 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

ROB, L. a kol., 2012. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-5017.

ROMŽOVÁ, M., 2013. Farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře. *Urologie pro praxi* [online]. 14(2), 59-62 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/02/04.pdf>

ROMŽOVÁ, M., 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi* [online]. 15(5), 221-226 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/05/05.pdf>

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYBÁROVA, L., 2010. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra* [online]. 4, 38-41 [cit. 2010-04-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/posouzeni-kvality-zivota-zen-s-mocovou-inkontinenci-450949>

SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

SOCHOROVÁ, N., 2008. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi* [online]. 9(2), 92-95 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf>

SOCHOROVÁ, N. a A. VIDLÁŘ, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen, Medical education. Meduca. ISBN 978-80-7471-142-8.

ŠPÍCHALOVÁ, J., 2013. *Problematika stresové inkontinence u žen nad 50 let*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií.

ŠVIHRA, J. a kol., 2012. *Inkontinencia moču*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-380-6.

TEXL, J. a kol., 2015. Výsledky operační léčby stresové inkontinence moči mini-invazivní transobturatorní páskou z jedné incize. *Česká gynekologie*. (80)5, 345–350. ISSN 1210-7832.

VAVRUŠOVÁ, K., 2014. *Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářské práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 9788073452025.

WINTEROVÁ, K. a J. VÍŠKOVÁ, 2007. Nové metody léčby inkontinence. *Moderní babictví* [online]. (12), 1-3 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=44>

PŘÍLOHY

Příloha A Gaudenzův dotazník.....	II
Příloha B Mikčův deník.....	III
Příloha C Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	IV
Příloha D Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	V
Příloha E Brožura	VI
Příloha F Dotazník.....	VI
Příloha G Rešeršní protokol	XI
Příloha H Čestné prohlášení	XII
Příloha I Potvrzení o překladu abstraktu	XIII

Příloha A Gaudenzův dotazník

1. Odtéká Vám někdy nechtěně moč		
a) ano		
b) ne		
2. Jak často Vám odtéká nechtěně moč?		
a) zřídka, například po prochlazení	I	
b) náhodně	I	
c) denně, vícekrát za den		I
d) prakticky trvale		I
3. Jak velké je množství odtéké moče?		
a) několik kapek	I	
b) uskfknutí		
c) větší množství		I
4. Kolikrát denně musíte měnit spodní prádlo?		
a) není třeba		
b) vícekrát denně		
5. Používáte vložku nebo vatú?		
a) při odchodu z domu		
b) také doma		
c) také v noci		
6. Když si vložku měníte, je:		
a) suchá		
b) zvlhlá		
c) mokrá		
d) promočená, ukapávají kapky		
7. Únik moči pro mne je:		
a) vlastně žádný problém		
b) občas mě trápí		I
c) silně mě rozrušuje		
d) značně mě vadí		I
8. Při kterých situacích uniká nechtěně moč?		
a) při kašli a kýchnutí		I
b) při smích		
c) při chůzi nebo chůzi do schodů		
d) při chůzi ze schodů		
e) při skákání, cvičení, poskakování		
f) ve stoji		
g) vsedě, vleže		I
9. Kdy začala moč nechtěně unikat?		
a) po porodu		
b) po břišní operaci		
c) s příchodem klimakteria		
d) jindy		
10. Kolik dětí jste porodila?		
a) žádné		
b) 1–3		
c) ≥ 4		
11. Počet dětí přes 4000 g hmotnosti:		
a) 0		
b) 1		
c) ≥ 4		
12. Máte ještě měsíčky?		
a) ano		
b) ne		
13. Měla jste břišní operaci?		
a) ano – kterou?		
b) ne		
14. Pálí vás při močení?		
a) ano, během močení		
b) ano, po vymočení		
c) ne		
15. Jak často chodíte močit ve dne?		
a) každých 3–6 hodin		III
b) každé 2 hodiny		
c) každou půlhodinu nebo častěji		2
d) zcela rozdílně, po rozčilení		
16. Probudí Vás v noci nucení na močení?		
a) ne		III
b) jednou, nepravidelně		
c) 2–4 krát		3
d) > 5 krát		
17. Uniká v noci nepozorně při spánku moč?		
a) ne		I
b) příležitostně, zřídka		
c) často, pravidelně		I
18. Když máte nucení na močení, musíte jít hned, nebo můžete posečkat?		
a) mohu posečkat		III
b) musím jít během 10–15 minut		II
c) musím jít během 1–5 minut		3
19. Přihodí se, že když se opozdíte, na cestě na WC Vám unikne moč?		
a) ne		
b) zřídka, například při prochlazení		III
c) příležitostně		
d) pravidelně, často		3
20. Přihodí se Vám, že když máte nucení na močení a krátce nato nechtěně unikne moč, není ve vašich silách tomu zabránit?		
a) ne		III
b) zřídka		
c) často		3
21. Můžete vůli přerušit proud močení?		
a) ano		I
b) ne		2
c) nevím		
22. Máte pocit, že je měchýř po vymočení prázdný?		
a) ano		I
b) ne		1
c) ne vždy		
d) nevím		
23. Potlačít nucení na močení je pro mě:		
a) vlastně žádný problém		III
b) občas mě ruší		III
c) silně mě ruší		3
d) značně mě obtěžuje		2
24. Hmotnost pacientky:		
a) do 50 kg		
b) 51–60 kg		
c) 61–70 kg		
d) 71–80 kg		
e) 81 kg a více		I
25. Máte návaly?		
a) ano		
b) ne		
26. Berete hormonální tablety nebo injekce?		
a) ano		
b) ne		

Urgentní skóre – součet arabských čísel
Stresové skóre – součet římských čísel

Zdroj: KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.

Příloha C Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Vesková Veronika	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.
Téma práce	Inkontinence u žen	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Gynekologická ambulance Nemocnice Český Krumlov, a. s. Nemocniční 429; 381 01 Český Krumlov	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Eva Marková
podpis
33
100
130
NEKONCONTINENCE
Mgr. Eva Marková
podpis
381 01
GYNEKOLOGICKO-PORODNÍ
TEL: 380 781 111

v Praze dne 20.12.2017

Veronika Matoušková
podpis studenta

Příloha D Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Vesková Veronika	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.
Téma práce	Inkontinence u žen	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Domov pro seniory Horní Stropnice Dobrá Voda 54; 373 35 Horní Stropnice	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovateľskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis

v Praze dne 20.11.2017

Veronika Vesková
podpis studenta

DOMOV PRO SENIORY
Horní Stropnice
Dobrá Voda 54
374 01 Horní Stropnice
Tel: 386 327 130, IČ: 00666254

Příloha E Brožura

Zdroje:

CHMEL, ROMAN, 2010. Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku.

GENARDY RENE a JACEK L. MOSTWIK, 2013. Inkontinence moči u ženy.

SLEZÁKOVÁ a kol., 2011. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.

<http://sincerehealthcaregroup.com/urinary-incontinence-in-women-a-guide-to-causes-treatments/>



**TRPÍTE INKONTINENCÍ MOČI A NEVÍTE
CO DÁL?**



Vytvořeno pro účely bakalářské práce:

Inkontinence u žen

Vesková Veronika

Obor Porodní asistence

Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5

Informační brožura určená pro ženy

2018

Co je inkontinence moči?

Inkontinence znamená jakýkoliv nechtěný únik moči. Řadí se k jednomu z nejčastějších zdravotních problémů na celém světě. Tímto onemocněním netrpí jen ženy v seniorském věku, ale vyskytuje se i u žen mladších.

Příčiny inkontinence:

Příčin inkontinence je několik.

Mezi nejčastější příčiny patří věk, ochabnutí svalů pánevního dna, těhotenství, porod, infekce močových cest, zácpa, kouření, nadváha, psychické onemocnění, nadměrná fyzická zátěž, menopauza, operace v malé pánvi a užívání některých léků.

Co máte dělat, když trpíte únikem moči?

První krok začíná tím, že odbouráte stud a svěříte se někomu blízkému s tímto problémem, ať už kamarádce, kolegyni, nebo manželovi. Tím se nebudete cítit sama a blízcí Vás budou podporovat. Druhý krok je ten, že zvednete telefon a objednáte se u svého lékaře.

Kdy máte navštívit lékaře?

U inkontinence platí pravidlo: **ZÍTRA UŽ JE POZDĚ!** Proto nečekejte, až budou příznaky moči nesnesitelné, zajděte

k lékaři hned. Pokud nevíte, jakému odborníkovi se svěřit, stačí, když navštívíte svého praktického lékaře nebo gynekologa.

Jak to bude u lékaře probíhat?

Vejdete do ordinace a buď sestře, nebo lékaři se svěříte s inkontinencí. Sestra s Vámi sepiše anamnézu, bude se Vás ptát na pracovní anamnézu a na Vaše záliby. Z gynekologické anamnézy bude zjišťovat způsob vedení porodů, porodní hmotnost dětí, pravidelnost cyklu, popřípadě menopauzu atd. Lékař Vám pravděpodobně předloží dotazník k vyplnění, aby zjistil, jakým typem inkontinence trpíte. Poté se eventuálně doptá na další doplňující informace, které bude potřebovat vědět. Dále Vás vyšetří a domluví se s Vámi na dalším postupu.

Rady:

Pro úspěch léčby je důležitá spolupráce s Vaším lékařem. Musíte být dobře motivovaná, vytrvalá a trpělivá. Účinek léčby se nedostaví za týden.

Ženám s nadváhou doporučujeme snížit tělesnou hmotnost. Dále radíme omezit příjem kofeinu, vypít minimálně 2 litry tekutin denně, mít dostatek pohybu, pečovat o pravidelnou stolicí, předcházet infekcím močových cest a dodržovat správné zásady hygieny.

Příloha F Dotazník

Inkontinence u žen

Vážená paní,

jmenuji se Veronika Vesková a studuji třetím ročníkem obor Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické v Praze 5. V rámci své bakalářské práce provádím průzkum, jehož cílem je zjistit, jaký efekt z pohledu kvality života přineslo ženám řešení léčby inkontinence, Z tohoto důvodu bych Vás chtěla požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, které Vám zabere maximálně 20 minut. Dotazníky jsou zcela anonymní a získané odpovědi budou využity čistě pro účely vypracování mé bakalářské práce. Zpracované výsledky budou od půlky července tohoto roku k dispozici pro respondentky na emailové adrese veronikaveskova@seznam.cz.

Děkuji moc za Vaši ochotu a čas

Veronika Vesková

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské

2. V kolika letech jste zjistila, že trpíte únikem moči?

- a) 20-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50-59 let
- e) 60-69 let
- f) 70-79 let
- g) nad 80 let

3. Když jste zjistila, že trpíte únikem moči, měla jste stále ještě menstruaci?

- a) ANO
- b) NE

4. Když jste začala pociťovat únik moči, vyhledala jste ihned lékařskou pomoc?

- a) ANO (přejděte na otázku č.6)

b) NE (přejděte na otázku č. 5)

5. Z jakého důvodu, jste nevyhledala ihned po zjištění úniku moči lékařskou pomoc?

- a) Měla jsem strach
- b) Styděla jsem se o tom problému mluvit
- c) Neměla jsem čas, dojít si k lékaři
- e) Jiné napište:

6. Za jak dlouhou dobu jste navštívila lékaře od prvního zjištění úniku moči?

- a) Za týden
- b) Za měsíc
- c) Za půl roku
- d) Za rok
- e) Jiné napište:

7. Poprvé jste se svěřila s únikem moči?

- a) Manželovi / příteli
- b) Svým dětem
- c) Sourozenci
- d) Kamarádce/ přítelkyni
- e) Kolegyni v práci
- f) Nikomu
- g) Jiné napište:

8. Kolikrát jste vaginálně (přirozeně) rodila?

- a) Nikdy
- b) Jednou
- c) Dvakrát
- d) Třikrát
- e) Čtyřikrát a více

9. Kolik vašich dětí vážilo po porodu nad 4 000 g?

- a) Žádné
- b) Jedno
- c) Dvě
- d) Tři

e) Čtyři a více

10. Ovlivňoval Vás únik moči v každodenním životě?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

11. Jak jste sama léčila únik moči? (zakroužkujte všechny možnosti, které jste využila)

- a) Změna stravy
- b) Úprava pitného režimu
- c) Cvičení k posílení pánevního dna
- d) Používání vaginálních pesarů
- e) Používání inkontinentních vložek

12. Jakou léčbu jste podstoupila na doporučení svého lékaře? (zakroužkujte všechny možnosti léčby, které jste podstoupila) A poté u léčby, které jste podstoupila, zakroužkujte, jestli jste zaznamenávala stále únik moči po daném typu léčby?

a) Užívala jsem předepsané léky na únik moči

Pocíťovala jste při tomto typu léčby únik moči?

- 1. ANO, ale o dost méně
- 2. ANO, stále stejně, jako před léčbou
- 3. NE

b) Elektrostimulací (sondy se zavádějí vaginálně či rektálně a dávají elektrické impulzy z kapesního přístroje)

Pocíťovala jste při tomto typu léčby únik moči?

- 1. ANO, ale o dost méně
- 2. ANO, stále stejně, jako před léčbou
- 3. NE

c) Biofeedback (nácvik kontrakce svalů, močení za pomoci speciálního přístroje)

Pocíťovala jste při tomto typu léčby únik moči?

- 1. ANO, ale o dost méně
- 2. ANO, stále stejně, jako před léčbou
- 3. NE

d) Chirurgickou léčbou

Pocit'ovala jste při tomto typu léčby únik moči?

1. ANO, ale o dost méně
2. ANO, stále stejně, jako před léčbou
3. NE

13. Cítla jste podporu během léčby inkontinence ze strany svých blízkých?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

14. Jak hodnotíte svou kvalitu života po léčbě úniku moči?

- a) Spokojena
- b) Spíše spokojena
- c) Nespokojena
- d) Spíše nespokojena

15. Jak jste spokojena se svým zdravím po léčbě inkontinence?

- a) Spokojena
- b) Spíše spokojena
- c) Nespokojena
- d) Spíše nespokojena

16. Měla léčba dopad na Váš běžný život?

- a) ANO
- b) NE

17. Jaký efekt měla léčba úniku moči dle Vašeho názoru? (Hodnot'te známkami 1-5 jako ve škole a zakroužkujte příslušnou hodnotu)

1 2 3 4 5

18. Jaké aktivity po léčbě nemůžete vykonávat?

- a) Vysoká fyzická zátěž (běh, jízda na kole apod.)
- b) Pohlavní styk
- c) Běžná domácí práce (úklid, nákup)
- d) Jiné napište:

19. Musela jste po léčbě úniku moči změnit své zaměstnání?

- a) Zůstala jsem ve svém stálém zaměstnání
- b) NE, protože jsem v důchodu
- c) ANO

20. Ovlivnila léčba inkontinence Váš společenský život?

- a) Vůbec
- b) Výjimečně
- c) Někdy
- c) Často

21. Ovlivnila léčba inkontinence Váš rodinný život?

- a) Vůbec
- b) Výjimečně
- c) Někdy
- c) Často

22. Ovlivnila léčba inkontinence Váš sexuální život?

- a) Vůbec
- b) Výjimečně
- c) Někdy
- c) Často

23. Ovlivnila léčba inkontinence Váš každodenní spánek?

- a) Vůbec
- b) Výjimečně
- c) Někdy
- c) Často

24. Jak se cítíte po léčbě úniku moči? (Hodnoťte známkami 1-5 jako ve škole a zakroužkujte příslušnou hodnotu)

1 2 3 4 5

INKONTINENCE U ŽEN

Veronika Vesková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Rešeršní strategie: inkontinence moči, léčba, prevence, rizikové faktory pro vznik inkontinence, vyšetřovací metody.

Časové vymezení: 2007-2017

Druhy dokumentů: knihy-monografie, sborníky, články, kapitoly knih či články ze sborníku, abstrakta, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce)

Počet záznamů: 102 (články a příspěvky ze sborníku: 84, monografie: 15, vysokoškolské práce 3)

Použitý styl citací: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

Medline

CINAHL

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Inkontinence u žen v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Podpis:

Příloha I Potvrzení o překladu abstraktu

POTVRZENÍ O PŘEKLADU ABSTRAKTU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Veronika Vesková

Škola: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Stupeň klasifikace: Bakalář

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Akademický rok: 2017/2018

Název bakalářské práce: Inkontinence u žen

Jméno a příjmení překladatele: Mgr. Lenka Fejfarová, IČ: 88624757

Adresa: U Staré lípy 10/9, 466 02 Jablonec nad Nisou

Datum: 18. 3. 2018

Podpis: *Fejfarová*