

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prevalence inkontinence moči u žen 24 týdnů po porodu

Vendula Petrová

Bakalářská práce

2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vendula PETROVÁ**
Osobní číslo: **Z07077**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Prevalence inkontinence moči u žen 24 týdnů po porodu**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím bakalářské práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. ABRAMS, Paul, a kol. Clinical manual of incontinence in women. [s.l.] : Health Publications, 2005. ISBN 0-9546956-3-1.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. Funkční anatomie. Praha 7 : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. KRHUT, Jan. Hyperaktivní močový měchýř. Praha 4 : Jesenius Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
4. MARTAN, Alois, a kol. Inkontinence moči u žen. Praha 4 : Jesenius Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
5. ROB, Lukáš, a kol. Gynekologie. 2. Praha 5 : Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.


Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Germund Hensel
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 2. května 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 14. března 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. 5. 2011

Vendula Petrová

Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce MUDr. Henselovi za vhodné připomínky a trpělivost. Velké díky patří mému bratrovi, díky kterému mohl být proveden online výzkum. Poslední, ale nemalé díky patří mé rodině za klidné zázemí při studiu.

V Pardubicích dne 2. 5. 2011

Vendula Petrová

Anotace

Ve své bakalářské práci se zabývám vývojem inkontinence moči u žen, které rodily v minulých šesti měsících.

Práce má teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se pokusila přiblížit problematiku inkontinence, její druhy, léčbu a diagnostiku. Ve výzkumné části se zabývám interpretací výsledků dotazníku, který jsem rozdávala internetovou formou na počátku ledna 2011.

Klíčová slova

únik moči, hyperaktivní močový měchýř, stresová inkontinence, urgentní inkontinence, smíšená inkontinence

Title

Prevalence of urinary incontinence 24 weeks after childbirth.

Annotation

I am dealing in this thesis with the development of urinary incontinence in women who gave birth in the past six months.

The work is theoretical and practical parts. In the theoretical part, I tried to approach the issue of incontinence, its types, diagnosis and treatment. The research deals with the interpretation of the results of a questionnaire, which I handed out an Internet form at the beginning of January 2011.

Key words

leakage, overactive bladder, stress incontinence, urge incontinence, mixed incontinence

Obsah

Úvod.....	10
Cíle.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Anatomie dolního močového traktu.....	12
1.1 Močový měchýř	12
1.1.1 Obecné	12
1.1.2 Detruzor	12
1.2 Uretra	13
1.2.1 Svalovina uretry	13
1.2.2 Epitel uretry.....	13
1.2.3 Submukóza.....	13
1.2.4 Cévní zásobení	14
1.2.5 Nervové zásobení.....	14
1.3 Pánevní dno a periuretrium.....	14
2 Definování inkontinence moči.....	16
3 Seznam různých příznaků dolního močového traktu LUTS a její definice	17
3.1 Poruchy plnění	17
3.2 Poruchy vyprazdňování	18
3.3 Poruchy postmikční	18
4 Syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB)	20
5 Inkontinence.....	22
5.1 Stresová inkontinence	22
5.2 Urgentní inkontinence.....	23
5.3 Smíšená inkontinence	23
6 Vyšetřovací metody pro zjištění jednotlivých inkontinencí.....	24
6.1 Anamnéza	24
6.2 Mikční deník	24
6.3 Fyzikální vyšetření.....	24
6.4 Kalibrace.....	25
6.5 Klinické testy.....	25
6.6 Zobrazovací metody	26
6.7 Urodynamické vyšetřovací metody	27
6.7.1 „Leak point pressure“	27
6.7.2 Cystometrie	27
6.7.3 Uroflowmetrie	29
6.7.4 Uretrální tlakový profil	31
6.7.5 Další vyšetřovací metody.....	33
7 Léčba inkontinence moči	35

7.1 Léčba OAB a urgentní inkontinence	35
7.1.1 Konzervativní léčba	35
7.1.2 Operační léčba.....	37
7.2 Léčba stresové inkontinence.....	38
7.2.1 Konzervativní léčba	38
7.2.2 Operační léčba.....	38
7.3 Léčba smíšené inkontinence	39
8 Vliv těhotenství a porodu na vznik inkontinence moči.....	40
8.1 Těhotenství	40
8.1.1 Progesteron.....	40
8.1.2 Relaxin	40
8.2 Porod.....	40
8.2.1 Episiotomie	41
8.2.2 Císařský řez.....	41
8.2.3 Instrumentální vaginální porod	41
8.2.4 Epidurální analgezie.....	42
8.3 Inkontinence moči v těhotenství a po porodu.....	42
8.3.1 Rizikové faktory.....	42
8.3.2 Dyspareunie, perineální bolest.....	42
II. PRAKTICKÁ ČÁST	43
9 VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY	43
Výzkumný záměr č. 1	43
Výzkumný záměr č. 2	43
Výzkumný záměr č. 3	43
Výzkumný záměr č. 4	43
Výzkumný záměr č. 5	43
Výzkumný záměr č. 6	43
Výzkumný záměr č. 7	43
10 METODIKA VÝZKUMU.....	44
11 PREZENTACE VÝZKUMU DOTAZNÍKU	45
Otázka č. 1	45
Otázka č. 2	47
Otázka č. 3	48
Otázka č. 4	50
Otázka č. 5	51
Otázka č. 6	53
Otázka č. 7	55
Otázka č. 8	57
Otázka č. 9	59

Otázka č. 10	61
Otázka č. 11	62
Otázka č. 12	64
Otázka č. 13	66
Otázka č. 14	67
Otázka č. 15	69
Otázka č. 16	71
Otázka č. 17	73
Otázka č. 18	75
Otázka č. 19	76
Otázka č. 20	78
12 DISKUZE	80
ZÁVĚR	83
POUŽITÉ ZKRATKY	85
LITERATURA	87
SEZNAM PŘÍLOH	88

Úvod

Inkontinence moči je důvodem diskomfortu mnoha žen. Jde o celospolečenský problém, protože žena musí svůj život částečně podřídit tomuto problému. Jedná se však o intimní téma a tak mnoho žen se zdráhá vyhledat odbornou pomoc. V dnešní době se již v médiích vyskytují články, které ženu motivují k návštěvě lékaře a k řešení inkontinence. Problematika, kterou se zabývá výzkumná část práce, je zaměřena na ženy v produktivním věku, které v nedávné době rodily. Tyto ženy mohou trpět únikem moči a jejich život je tak ovlivněn již ve věku, kdy mají starosti s péčí o potomky.

Moje práce je poslední, třetí částí ze studie inkontinence související s těhotenstvím a porodem. Zabývám se obdobím 24 týdnů po porodu a vývojem inkontinence moči v tomto období.

Cíle

Cílem této bakalářské práce je získání informací o vývoji inkontinence moči u žen, které porodily přibližně půl roku před zahájením mého výzkumu. Snažila jsem se pojednat o problematice inkontinence jako takové, popsat obecnou problematiku. V praktické části jsou obsaženy výsledky výzkumu. Takto vytržené z kontextu nejsou dostatečně obsáhlé, jak si téma zaslouží, ale v porovnání s předchozími výzkumy mých kolegyně mohou zodpovězené otázky utvořit představu o souvislosti těhotenství a porodu se vznikem inkontinence.

Mým cílem bylo zjistit, k jakým změnám ohledně inkontinence dochází půl roku po porodu. Chtěla jsem dále získat informace o aktivitách, při kterých ženy únik moči nejvíce obtěžuje. Zajímalo mě, jak tyto situace řeší a co dělají pro změnu a zlepšení svých obtíží. Ve svém výzkumu jsem věnovala dvě otázky tomu, zda se ženy s problémem inkontinence někomu svěřují, případně proč tak neučinily. Dalším cílem, který jsem si stanovila, bylo zjistit, jak jsou ženy o dané tématice informované. Dále jsem přemýšlela nad možným vlivem zvýšené hmotnosti na potíže s únikem moči. V závěru jsem zjišťovala, jaké jsou jejich volby ohledně léčby inkontinence.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie dolního močového traktu

Základní funkční jednotkou je močový měchýř a uretra. Měchýř má funkci shromažďovací, která je dána kapacitou asi 500 ml a také funkci vyprazdňovací. Tímto je tvořen cyklus močového měchýře, který je tvořen jímací fází (plnicí) a mikční fází (vyprazdňovací). Uretra řídí samotný odvod moči z těla. (7,11)

1.1 Močový měchýř

1.1.1 Obecné

Močový měchýř je dutý svalový orgán, který pojme cca 400 až 600ml tekutiny. Stěna je tvořena sliznicí, podslizničním vazivem a svalovinou, která má název *detruzor*. Na spodině močového měchýře se nachází tzv. trigonum. Jde o oblast vymezenou vnitřním ústím močové trubice a ústími obou uretrálních tubic. V oblasti trigona není vyvinuto podslizniční vazivo díky odlišnému embryonálnímu vývoji. (2,11)

1.1.2 Detruzor

Svalovina stěny močového měchýře se skládá ze tří vrstev – zevní, střední a vnitřní. Vrstva zevní a vnitřní je longitudinální, takto přechází na uretru. Střední vrstva je cirkulární, nepřechází na uretru, ale končí u jejího vnitřního ústí. *Musculus sfinkter vesicae* vzniká tak, že zevní longitudinální vrstva přechází na krček měchýře a uretru. Zde mají vlákna šikmý až cirkulární směr a tvoří do stran protisměrné kličky. Tato vrstva *detruzoru* přechází ve vnitřní longitudinální vrstvu uretry. (11)

Vlákna cirkulární vrstvy obkružují a ukončují uretrální ústí, ale hlavně jsou v přední části zesílena a směrem dozadu se spojují s vlákny vnitřní vrstvy. Zde tvoří součást bazální plotny. Bazální plotna je tím pravým „vnitřním sfinkterem“. Vlákna plotny probíhají kolmo na osu uretry a při mikci nebo u inkontinentních žen báze měchýře klesá. Bazální plotna tak ztrácí svou orientaci, její schopnost uzavírat se mizí. Močový měchýř je z vnitřní strany pokryt vícevrstevnatým přechodným epitelem, který je tvořen z několika polygonálních buněk krytých pouze jednou vrstvou nápadně větších buněk. Samotná výška epitelu se mění v závislosti na náplni měchýře. (11)

1.2 Uretra

Uretra má dle průběhu tři části: intramurální průběh (ve stěně měchýře), střední neboli pelvickou část (mezi měchýřem a urogenitálním diafragmatem) a distální neboli perineální část (pod diafragmatem). Normální délka u ženy je 30 – 50 mm. (2,7,11)

1.2.1 Svalovina uretry

V proximální části je tvořena svalem m.sfincter vesicae. Distálněji se přidává příčně pruhovaný sval – m.sfincter uretrae. Mukóza a submukóza je významná pro správnou uzavírací funkci. Je to dáno tím, že samotná submukóza je stejně tlustá jako celková tloušťka hladkého a příčně pruhovaného svěrače. (11)

M.sfincter uretrae – příčně pruhovaná svalovina uretry – leží od hladkého svalu zevně a je nejsilnější na přední ploše střední třetiny uretry a mizí distálním směrem. Vlákná mají v proximální části cirkulární směr a obkružují tak uretru a pochvu. Četná spojení s urogenitálním diafragmatem se nacházejí v distální části, na které vlastně m.sfincter uretrae leží. (7,11)

Zevní svěrač je tvořen dvěma typy svalových vláken. Jde o pomalu se kontrahující vlákna resistantní proti únavě a odpovídající za kontinenci v klidu, podíl vláken klesá distálním směrem. Naopak druhým typem jsou rychle kontrahující vlákna, která se uplatňují během stresových situací. Od pars pubica m.levatoris ani (m.pubococcygeus) přichází z laterální strany další příčně pruhovaná vlákna. Tyto se upínají do zevní třetiny uretry a do vaginální stěny. (7,11)

1.2.2 Epitel uretry

V horní části uretry jde o vrstevnatý přechodní epitel, který se také nachází v měchýři. Tento epitel přechází distálně ve vrstevnatý dlaždicový a pokračuje jako epitel poševního introitu. Věkem se hranice těchto epitelů mění a to v závislosti na hladině estrogenů. (7,8)

1.2.3 Submukóza

Četné venózní plexy uretry jsou zvláště v oblasti hrdla (pl.vesicalis, pl.pudendus, pl.uterovaginalis). V submukóze se nacházejí tři venózní systémy. Těsně pod epitelem se nacházejí vény, které vytvářejí vodotěsný uzávěr uretry svojí komprimací stěny uretry proti sobě. S poklesem hladiny estrogenů kaverosní pleteně v submukóze mizí a dochází ke změně uzávěrového mechanismu uretry ve stáří. Další plexus se nachází v proximální třetině

uretry , kdy náplň těchto plexů přispívá k uzávěrovému mechanismu. Poslední systém je nad zevním ústím uretry. (7,11)

1.2.4 Cévní zásobení

Z art.vesicales inferiores a art.vaginalis přicházejí tepny k uretře. Z art.pudenda interna je zásobena zevní část uretry. (11)

1.2.5 Nervové zásobení

Nervové zásobení uretry zajišťuje plexus vesicalis, pánevní parasymptikus a n. pudendus. (11)

1.3 Pánevní dno a periuretrium

Spodní část pánevní dutiny je tvořena souborem svalů a fascií. Složením jde o dvě rozdílné části. První je diafragma pelvis tvořená svaly m. levator ani a m. coccygeus. Druhou částí je diafragma urogenitale, která připomíná svým tvarem trojúhelníkovou svalovou desku pnoucí se od ramen kostí sedacích, ke kosti stydké. Je ohraničena svalem m. transversus perinei profundus a superficiális, m. bulbocavernosus a m. ischiocavernosus. (7,11)

Pro správnou funkci pánevního dna je nejdůležitější pars pubica m. levator ani. Jde o podporu orgánů, které procházejí skrz hiatus urogenitalis diafragmatem. Vlákná z pars pubica m. levatoris ani (m. pubococcygeus) jdoucí k orgánům se spojují za pochvou a uretrou. Proto při kontrakci zvedají pochvu a hrdlo měchýře dopředu. (7,11)

Fascia *diafragmatis pelvis superior* je kryt z abdominální strany svalem m.levator ani, kdy je zesílen vazivem ve středu a spojuje se s viscerální fascií. Toto se nazývá arcus tendineus fasciae pelvis. Fascia pelvis parietalis kryje laterální strany pánve a spojuje se s fascia pelvis visceralis. Tato fascie kryje povrch orgánů pánve. (7,11)

Pro uretru jsou důležitá ligamenta ligg.pubovesicalia, která mají tři části. Nejdůležitější a také nejsilnější z těchto tří částí je vazivově svalová pars posterior (lig. pubouretrale) upínající se k pars pubica m. levatoris ani a k fibroelastickému ztluštění laterálně od hrdla měchýře arcus tendineus. Toto pomáhá svým kontrahováním k otevření hrdla při kontrakci detruzoru. Jde o aktivní i pasivní složku uzávěrového mechanismu. Porucha tohoto mechanismu se projevuje jako stresová inkontinence a vyskytuje se také u multipar. (7,11)

Za stydkou sponou je uložen močový měchýř, však jeho spodina a uretra je pevně fixována k *diafragma urogenitale*. Corpus a apex jsou na horní a zadní ploše kryty

peritoneem. Mezi sponou a měchýřem se nachází prostor zvaný latium retropubicum (cavum Retzii) a je vyplněn řídkým vazivem. Další řídké vazivo je po stranách měchýře a jde o recessus paravesicales. Excavatio vesicouterina vzniká přechodem peritonea ze zadní části měchýře na přední plochu dělohy. Vazivové ztlustění septum vesicovaginale se nachází mezi poševní klenbou, děložním hrdlem a zadní stěnou měchýře. Samotný fundus je poután lig.vesicouterinum k děložnímu hrdlu. (7,11)

2 Definování inkontinence moči

Symptom inkontinence moči je dle International Continence Society (ICS) definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. Nechtěný únik moči je objektivně prokazatelný a je ze strany žen vnímám jako sociální a hygienický problém. (1,7,11)

Inkontinence moči je:

- 1) příznak (symptom),
- 2) projev (sign),
- 3) stav (condition).

1) Příznaky LUTS

LUTS je zkratka od anglického Lower Urinary Tract Symptoms, tedy příznaky dolního močového traktu. Příznak je udáván pacientkou a jde o subjektivní hodnocení, které bývá zároveň kvalitativní. Jde o vnímání stavu pacientkou, jejím pečovatelem nebo partnerem a vede k vyhledání pomoci. Takto ovšem nelze stanovit definitivní diagnózu, ale lze objevit i jiné dysfunkce. (1,7,11)

2) Projevy LUTD

LUTD je zkratkou pro Lower Urinary Tract Dysfunction – projevy dysfunkce dolního močového traktu. Projevy jsou zpozorovány lékařem za použití jednoduchých vyšetřovacích metod, které mohou potvrdit a případně i určit kvantitu inkontinence. Jde o metody pozorování únik při zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel), mikční deníky, dotazníky atd. (1,7,11)

3) Stav, podmínky (conditions)

Přítomnost charakteristických příznaků či projevů při urodynamickém pozorování. Dále přítomnost důkazů závažných patologických procesů nesouvisejících s urodynamikou, či kombinací všech těchto charakteristik dohromady. (1,7,11)

3 Seznam různých příznaků dolního močového traktu LUTS a její definice

Jedná se o 3 skupiny poruch:

- 1) Poruchy plnění
- 2) Poruchy vyprazdňování
- 3) Poruchy postmikční

3.1 Poruchy plnění

Tyto poruchy jsou vnímány během plnicí fáze močového měchýře (dále MM). Zahrnují denní a noční frekvenci močení. (7,11)

Patří sem tyto poruchy:

- Urgence: projev nepřekonatelné a náhlé potřeby na močení, lze ji těžko odložit.
- Nykturie: noční probuzení pro močení.
- Zvýšená denní frekvence močení = pollakisurie: příznakem je častější močení, než je u pacientky zvykem.
- Inkontinence moči: jakýkoliv nechtěný únik moči.
 - Stresová inkontinence moči: mimovolná ztráta moči spojená s tělesnou námahou, zvýšením nitrobřišního tlaku (kýchnutí, kašel).
 - Urgentní inkontinence moči: mimovolná ztráta moči v souvislosti či předcházená urgencí. Ta může souviset s poruchami funkce jako hyperaktivní funkce detruzoru či hypersenzitivita.
 - Smíšená inkontinence moči: mimovolná ztráta moči při zvýšené tělesné námaze, kašli, kýchnutí spojená s urgencí.
- Jiný typ močové inkontinence: projevy během jiných činností (např. sexuální styk).
- Neustálý únik moči: stálý únik.
- Noční enuréza: mimovolná ztráta moči během spánku.
- Vjemy z močového měchýře: kategorizováno do 5 položek – normální, zvýšené, snížené, chybějící, nespecifické. (7,11)

3.2 Poruchy vyprazdňování

Projevují se během močení. (7,11)

- Namáhavé močení: subjektivní nutnost užití svalů k zahájení močení či ke zvětšení proudu moči.
- Porucha iniciace: subjektivní problémy s počátkem močení, oddálení zahájení očekávaného močení.
- Zpomalený proud: subjektivně snížená rychlost mikce, zpomalení oproti dřívějšímu či v porovnání s ostatními.
- Přerušovaný proud: subjektivní popis přerušovaného proudu během močení a to i opakovaně v rámci jedné mikce.
- Koncové domočování: prodloužení závěru močení malým množstvím moči, dokapávání. (7,11)

3.3 Poruchy postmikční

Jsou pociťovány okamžitě po močení. (7,11)

- Postmikční únik: únik moči krátce po vymočení.
- Pocit nekompletního vyprázdnění: subjektivní pocit pacientky.
- Další příznaky:
 - Příznaky spojené se sexuálním stykem.
 - Příznaky sdružené s prolapsem pánevních orgánů.
 - Urgence = častější močení během dne i noci.
 - Bolest genitálu a dolních cest močových: popis typu bolesti, frekvence, doby trvání, faktory, které zlepšují či naopak zhoršují bolest, orgánová lokalizace.
 - Bolest MM: suprapubicky nebo retropubicky. Bývá zhoršována s náplní MM a může přetrvávat i po močení.
 - Uretrální bolest: přímá bolest v močovodu.
 - Vulvární bolest: bolest okolí rodidel.
 - Poševní: vnitřně za introitem.
 - Perinaální: mezi zadní komisurou a konečníkem.
 - Pánevní: horší definice, jde o neurčitou bolest, která ne zcela zřetelně souvisí s močením a nelze ji přesně lokalizovat ke konkrétnímu orgánu.

- Genito-urinární bolestivý syndrom: charakterizována chronickou bolestí, dále problémy s dolním močovým traktem, střevy, sexuální problémy či problémy gynekologické. (7,11)

4 Syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB)

- Definice

Zkratka OAB pochází z anglického „overactive bladder“ a je tak definována jako soubor symptomů, které ukazují na možnou dysfunkci dolních cest močových. Pro tento syndrom je charakteristická urgence provázená častým močením (frekvencemi), nykturií až urgentní inkontinencí. Urgence je v tomto případě náhle vzniklá, nezávislá na náplni MM a nelze ji téměř vědomě potlačit. Jde tak o vedoucí symptom OAB a je zároveň nejhůře vnímaným symptomem. (5)

- Patofyziologie

Syndrom OAB je dvojitý – primární a sekundární hyperaktivní měchýř. Vznik sekundárního měchýře je v přímé souvislosti s infekcemi a nádorovým onemocněním dolních cest močových, přítomností cizího tělesa, na podkladě pooperačních nebo postradiačních změn, či na podkladě zjevné poruchy neurálního řízení dolních cest močových. Pro vznik primárního (idiopatického) hyperaktivního měchýře je několik teorií. Jde například o teorie neurogenní či myogenní. Zároveň vzniká mnoho jiných teorií. Obecně není etiopatogeneze idiopatického měchýře známa. Dá se však říci, že se na vzniku podílejí patologické procesy jak efektorových (MM), tak řídicích struktur (periferní a centrální nervová soustava). (5)

- Prevalence

Dle dosud vytvořených studií byla prokázána jednoznačná korelace prevalence symptomů OAB v souvislosti s narůstajícím věkem. Tyto studie byly provedeny u obou pohlaví, však u žen tyto obtíže nastupují dříve. Bohužel tyto studie také vypovídají o tom, že až 70% postižených se nikdy nesvěří se svými problémy lékaři. Z toho vyplývá, že OAB je a bude jedním ze závažných zdravotních problémů dospělých. (5)

- Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory vzniku OAB patří vyšší věk a obezita, jejichž vliv byl přímo prokázán. Jako možné rizikové faktory považujeme deprese, časté urogenitální infekce, snížená tělesná aktivita, parita, předchozí pánevní operace, stresová inkontinence, dietní návyky a užívání alkoholu, kofeinu. (5)

- OAB a kvalita života

Hyperaktivní měchýř má zásadní dopad na kvalitu života, přesto že není přímo spojen s vysokou morbiditou či mortalitou. Má však nejen individuální, ale i

celospolečenské dopady. OAB negativně ovlivňuje společenský život, psychiku, celkovou energii, tělesnou aktivitu, interpersonální a sexuální vztahy, profesní život a v neposlední řadě zvyšuje riziko pádu. Léčba je celospolečenským problémem neboť na ní stát vynakládá nemalé finanční prostředky. (5)

5 Inkontinence

5.1 Stresová inkontinence

- Definice

Jde o nechtěný únik moči, který je pasivní a je následkem náhlého zvýšení intraabdominálního tlaku. Toto vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu. K tomuto úniku dochází bezprostředně po zvýšení tlaku. Jiný název pro stresovou inkontinenci je *genuinní stresová inkontinence* – GSI. (4,7,8)

- Patofyziologie

K této inkontinenci dochází nejčastěji při poruše anatomické podpory uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální části uretry. Tedy ochabnutí svalů pánevního dna nebo fixačních vazů. Další příčinou může být porušení samotného sfinkteru uretry. Insuficience pánevního dna navíc vede k poklesu všech orgánů a tedy i k poklesu poševních stěn a dělohy. (4,7,8)

- Prevalence

Dle studií se stresová inkontinence projevuje v přímé úměře s věkem a s počtem vaginálních porodů. Díky změnám, které se dějí v klimakteriu a kdy dochází k změně trofiky tkání, dochází k poklesu intrauretrálního tlaku. Během porodu dochází k poraněním pánevního svalstva, která se mohou zhojit jizvou. Toto má časem vliv na vznik inkontinence. (4,7,8)

- Rizikové faktory

Jako rizikový faktor se považuje nedostatek pohybu, vrozená chabost tkání či nadměrná námaha, která vede k jednostrannému zatěžování. Také nevhodné aktivity (nevhodné zatěžování) má vliv na vznik inkontinence. Mezi další vlivy patří: chronický kašel (kuřáčky, astmaticky), obezita, sedavé zaměstnání, některé léky (antihypertonika, alfasympatolytika). (4,7,8)

5.2 Urgentní inkontinence

- Definice

Jde o nechtěný únik moči spojený s imperativním nucením na močení. Tedy náhle vzniklá potřeba, při které dojde k úniku moči. (7,8)

- Patofyziologie

Možnou příčinou vzniku je nadměrné působení sensorických impulzů z receptorů ve stěně MM nebo nedostatečná inhibice mikčního reflexu. Mezi příčiny vzniku urgentní inkontinence patří příčiny neurologické, idiopatické a ztížený odtok moči (infravezikální obstrukce). (7,8)

Příčinou mohou být také formy s normálním neurologickým nálezem s původem v samotném měchýři - tedy chronická recidivující cystitida, atrofie sliznice, změny po ozařování, tumory, cizí tělesa, cystokéla, divertikl, lithiáza a jiné. U cystitid má na rozvoj inkontinence vliv i endotoxin *E. coli*, který blokuje alfa receptory v oblasti hrdla močového měchýře. (4,7,8)

- Prevalence

Výskyt pouze urgentní inkontinence u žen je cca 30% ze všech případů inkontinence. Dále se vyskytuje často v kombinaci s inkontinencí stresovou.

Vznik této inkontinence může být v přímé souvislosti s psychickým onemocněním a naopak inkontinence může způsobovat psychické obtíže. (4,7,8)

- Rizikové faktory

Mezi tyto faktory tedy patří psychická onemocnění, infekty dolních cest močových, tumory a jejich léčba (ozařování), atrofie sliznice, pokles pánevního dna. (4,7,8)

5.3 Smíšená inkontinence

- Definice

Smíšenou inkontinencí je nazývána kombinace stresové a urgentní inkontinence spojená s polakisurií a urgencemi. Až 50% inkontinentních žen si stěžuje na urgentní symptomatologii. (4)

6 Vyšetřovací metody pro zjištění jednotlivých inkontinencí

6.1 Anamnéza

Pro stanovení diagnózy jsou důležité tyto anamnézy:

- osobní se zaměřením na příznaky dolního močového traktu a jejich rizikové faktory,
- rodinná (anomálie uropoetického traktu, anomálie v oblasti míchy či vrozené rozštěpové vady),
- gynekologicko-porodnická,
- sociální a pracovní,
- farmakologická a alergická anamnéza. (8)

6.2 Mikční deník

V rámci pohovoru se zjišťuje i možnost psychosomatické léčby. Používají se různé dotazníky. Pacientky si vedou tzv. mikční deníky, které jsou důležité pro registraci mikčních návyků, epizod inkontinence a sledování bilance tekutin. Tyto deníky si pacientky vedou doma v době mezi jednotlivými návštěvami urogynekologické ambulance. (8)

Gaudenzův dotazník se užívá k typizaci anamnézy a odlišení urgentní a stresové inkontinence. Nyní je zpochybňován s rozvojem systémů hodnocení kvality života (4).

6.3 Fyzikální vyšetření

V rámci zevrubného vyšetření se provádí také pečlivé gynekologické vyšetření. Vyšetření provádíme pomocí aspekce - zhodnotíme introitus poševní, stav hráze, stav jizev po epiziotomiích či rupturách, zevní ústí uretry, sestup poševních stěn, sestup dělohy atd. Sestup poševních stěn se zjišťuje aspekcí v klidu a sledováním změn po zatlačení. (8)

6.4 Kalibrace

Dále mohou být obtíže způsobeny strikturou či stenozou uretry. Toto zjišťujeme pomocí kalibračních sond. Anomálii zjistíme dle velikosti sondy, kterou bez odporu vytahujeme z uretry. Normální průsvit, který bez obtíží projde je minimálně 24 Charr. (5,8)

6.5 Klinické testy

Inkontinenci lze klasifikovat podle vyhodnocení různých faktorů, které podmiňují únik moče, dle posuzovaných parametrů stresových podnětů a dle výsledků speciálních testů. Ke klasifikaci inkontinence existují klasifikační systémy – např. Klasifikační systém prolapsu pánevních orgánů dle ICS. (7,8)

- Marshallův test

Po náplni MM 200ml sterilní tekutiny požádáme pacientku o zakašláni. Při stresové inkontinenci moč odtéká.

- Pad-weight test

Vážením vložek před standardními aktivitami a po nich určujeme ztrátu moči.

- Q-tip test

Test nám podává informaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Provádí se zavedením navlhčené vatové štětičky či pevné cévky do uretry. Poté co požádáme pacientku o zatlačení provádí zavedený předmět pohyb. Při uvolněném uretrovezikálním spojení tento předmět opisuje polokruh směrem vzhůru. Pozitivita testu je při pohybu cévky o více než 30 stupňů.

- Endoskopické vyšetření

Má nezastupitelné místo při diagnostice dosud bezpříznakového tumoru měchýře, změn na hrdle měchýři po endoskopických zákrocích či vlivem iatrogenního poškození, diagnostika divertikulů a jiné.

- Laboratorní vyšetření

Pro zvolení léčebného postupu je nutné hodnocení a léčba mikrobiálního obrazu poševního a močového sedimentu. Odběr moči je prováděn katetrizací močového měchýře, proto by vyšetření mělo být celkové a bylo by vhodné zařadit eventuálně další laboratorní, endoskopické a rentgenové metody jako jsou kultivace moči, cystouretroskopie, vylučovací urografie atd. Spolu s možnými konziliárními nálezy (psychiatrické a neurologické vyšetření) dojdeme k možným léčebným postupům. (8)

6.6 Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření nyní nahrazuje radiologické vyšetření a je tak přínosné pro vyšetřování žen s únikem moči. Ultrazvukový obraz nám pomáhá vizualizovat močový měchýř, uretru, stydkou kost, pochvu, dělohu a konečník. (8)

Řetízková boční uretrocystografie je pro diagnostiku inkontinence již minulostí, možná je v rámci komplexního urogynekologického vyšetření. Tato metoda ustoupila dnes užívání ultrazvuku. (8)

Vyšetření pomocí ultrazvuku se může provádět se zavedeným Foleyovým katetrem či bez zavedeného Foleyova katetru. Zavedený katetr přispívá k přesnému určení uretrovezikální junkce (UVJ). Pro sledování uložení a mobility UVJ je důležitá 300 ml náplň močového měchýře. Po vyprázdnění se hodnotí síla stěny močového měchýře, kdy by zbývající náplň neměla přesahovat množství 50 ml. (8)

Rozdělení UZ vyšetření dle přístupu:

- Endosonografické vyšetření (vaginální a rektální)
- Vyšetření ze zevního přístupu (abdominální, perineální a introitální).

Je nutné zvolit vhodnou UZ sondu, přístup UZ vyšetření a ultrazvukovou frekvenci. Ta by měla být při perineálním vyšetření 3,5 a 5 MHz, při introitálním a vaginálním přístupu 7 MHz. (8)

Dopplerovské vyšetření

Mezi nesporné výhody UZ vyšetření patří objektivizace úniku moči pomocí barevného doppler vyšetření (CDV). Zároveň lze určit pozici uretry, při které dochází k úniku moči. Pro zvýšení citlivosti tohoto vyšetření lze užít kontrastní látku (Levovist). (8)

6.7 Urodynamické vyšetřovací metody

6.7.1 „Leak point pressure“

Doslovný překlad je „tlak, kterým uniká moč z uretry“.

- Detrusor leak point pressure

Únik moči způsobený zvýšením tlaku v MM, které je způsobeno samotným MM (hyperreflexie, nízká compliance při plnění) bez současného zvýšení nitrobřišního tlaku. (8)

- Abdominal leak point pressure

Únik moči způsobený zvýšením intraabdominálního tlaku bez současné kontrakce detruzoru. K tomuto zvýšení dojde při kašli (CLPP – vyšší tlaky, nelze dobře kontrolovat) a při Valsalvovu manévru (VLPP – lépe kontrolovatelný). (8)

Únik moči lze pozorovat fluoroskopicky, přímým pozorováním a při UZ vyšetření (CDV – barevné dopplerovské vyšetření). Výsledky závisí na místě měření tlaku, které se provádí nejčastěji transvezikálně a rektálně, dále na průměru katétru. V případě VLPP závisí také na objemu MM v průběhu měření, proto je doporučována polovina maximální kapacity MM (200 až 300 ml). (8)

Hodnocení:

Moč unikne při tlaku $> 90 - 100$ cm H₂O – hypermobilita UVJ.

Moč unikne při tlaku < 60 cm H₂O – ISD (Intrinsic Sphincter Deficiency – porucha uretry jako sfinkteru). (8)

6.7.2 Cystometrie

Cílem této metody je zjistit a změřit vztah mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře a tlakem v močovém měchýři (p_{ves}) spolu s tlakem v dutině břišní (p_{abd}). Můžeme také zjistit aktivitu detruzoru, obzvláště jeho nestabilitu. Dále lze určit objem, kterým je

naplněn močový měchýř a který pacientka pociťuje jako první nucení na močení (FDV), maximální kapacita močového měchýře (C_{max}) a compliance (C). (8)

Měření

Před samotným začátkem měření je nutné vynulovat hodnoty na atmosférický tlak. Externí snímače mají jako referenční bod úroveň horního okraje symfýzy stydké kosti (symphysis pubis). Snímač je referenčním bodem pro katétr. Pacientka je při vyšetření při vědomí, není nutné podávat léky mající vliv na funkci močového měchýře. Na počátku vyšetření lze změřit množství reziduální moči. Rychlost plnění močového měchýře je běžně 50 ml/min. a dle této rychlosti se mohou některé cystometrické parametry měnit. (8)

Pro hodnocení vyšetření je vhodné uvádět parametry vyšetření týkající se přístupu, polohy, plnicího media. Cystometrii lze provádět přístupem transuretrálním či perkutánním. Jako plnicí medium se užívá plyn nebo tekutina, kdy se udává také teplota plnicí tekutiny ve stupních Celsia. Pacientka při cystometrii leží, sedí či může stát. Močový měchýř je naplněn buďto diurezou nebo pomocí katetru. (8)

Rozlišujeme tyto druhy měření dle rychlosti:

- pomalá plnicí cystometrie: plnění do 10 ml/min,
- střední plnicí cystometrie: plnění od 10 do 100 ml/min,
- rychlá plnicí cystometrie: plnění více než 100 ml/min.

K samotnému měření je nutná toto technické vybavení: katétr (typ katétru, jeho velikost a množství otvorů), převaděč umístěný na špičce katétru (technické údaje), měřící zařízení. (8)

Terminologie – parametry:

- Vjemy z močového měchýře: pokládání otázek v průběhu plnění močového měchýře. Jde těžce specifikovatelné pocity, jde o subjektivní údaj.
- Intravezikální tlak (p_{ves}): tlak v močovém měchýři.
- Detruzorový tlak (p_{det}): tvořen stěnou měchýře a je složkou tlaku intravezikálního. Lze ho určit výpočtem: $p_{det} = p_{ves} - p_{abd}$.
- Abdominální tlak (p_{abd}): tlak v okolí močového měchýře. Určuje se odhadem z tlaku rektálního, žaludečního či intraperitoneálního. (8)

Terminologie – popisné:

- Urgence: silné nucení na moč spojené s obavou z úniku moči či s obavou z bolesti.
- Bolest: urodynamické vyšetření není bolestivé a její výskyt během plnění či mikce je patologií.
- FDV = první nucení na moč: subjektivní sensorický vjem.
- Normální nucení na moč: nucení na moč, pacient se musí vymočit co nejdříve, v nezbytném případě však může být vyprázdnění odloženo.
- Silné nucení na moč: přetrvávající nucení na moč bez obavy z úniku moči. (8)

Terminologie – kapacita:

- Maximální cystometrická kapacita (C_{max}): objem, při kterém se vyskytuje silné nucení na moč bez možnosti odkladu vyprázdnění. Objem, při kterém chybí nucení na moč, ale dochází k úniku moči.
- Maximální kapacita močového měchýře (anestetická): objem, který byl naměřen během celkové či epidurální anestezie po naplnění močového měchýře.
- Funkční kapacita močového měchýře: rozdíl rezidua od maximální cystometrické kapacity (C_{max}).
- Compliance (C): změna objemu ke změně tlaku. Je určena podílem objemu a změně tlaku v souvislosti s nárůstem objemu, tedy $C = V/p$. (8)

6.7.3 Uroflowmetrie

Vyšetření na bázi toku moči (Q), který je určen objemem tekutiny vypuzené uretrou za jednotku času. Získaná data informují o průběhu mikce. Tok moči může být kontinuální či intermitentní. (8)

Rychlost proudu – definice: objem tekutiny vypuzený za jednotku času. Je udávána v ml s^{-1} . (8)

Tok moči může být kontinuální (stálý) či intermitentní (přerušovaný). Stálý tok moči má tři fáze a to fáze počáteční, střední a konečnou. Proud moči má v počáteční části tendenci stoupat rychle, pomalu či nepravidelně. Ve střední fázi dochází k vyloučení větší části objemu

a rychlost této fáze má tvar oblouku, roviny či je nepravidelná. Během konečné fáze rychlost proudu klesá pomalu nebo rychle. (8)

Uroflowmetrie se využívá jako screeningová metoda, kdy lze určit obstrukci uretry. Dále také k určení progresu onemocnění či k určení výsledku léčby. Jde o jednoduchou neinvazivní vyšetřovací metodu, která je velice významná pro zjištění patologických stavů u žen spojených s obstrukcí či poruchou funkce detruzoru. (8)

Měření

Pro měření musí být zaznamenány tyto faktory:

- vyloučené množství,
- poloha pacientky (vleže, vsedě, ve stoji),
- plnění buď diurézou (forsírovanou či spontánní) nebo katétreem (transuretrálně či suprapubicky),
- druh tekutiny. (8)

Terminologie – měřené parametry:

Stálý proud moči:

- Vyloučený objem (V): celkový objem uretrou vyloučené tekutiny.
- Maximální rychlost proudu moči (Q_{max}): maximální měřená hodnota rychlosti proudu.
- Průměrná rychlost proudu (Q_{ave}): podíl vyloučeného objemu tekutiny a časem trvání močového proudu.
- Čas močového proudu (t): čas jak dlouho trvá mikce.
- Čas do maximální rychlosti proudu moči (t_{max}): čas od začátku proudu moči po dosažení jeho maximální rychlosti. (8)

Přerušovaný proud moči:

- Pro toto měření je možné používat stejné parametry, ale není brán v potaz čas intervalů mezi jednotlivými epizodami proudu moči.
- Čas vyprazdňování: jak dlouho trvá mikce celkem včetně přerušování. Z toho vyplývá, že pro nepřerušované vyprazdňování je čas vyprazdňování stejný jako čas močového proudu. (8)

Terminologie – měření tlaků v močovém měchýři:

- Otevírací čas: čas určený počátečním zvýšením detruzorového tlaku po počátek proudu moči. Jedná se o počáteční izovolumetrický úsek kontrakce močového měchýře při močení. (8)

Parametry při měření intravezikálního, abdominálního a detruzorového tlaku:

- Otevírací tlak: v počátku měření zaznamenaný tlak v močovém měchýři.
- Předmikční tlak: tlak zaznamenaný před počátkem izovolumetrické kontrakce.
- Maximální tlak: maximální hodnota měřeného tlaku.
- Kontrakční tlak při maximálním průtoku moči: rozdíl tlaku při maximální rychlosti proudu a předmikčního tlaku.
- Tlak při maximálním průtoku moči: zaznamenaný tlak při nejvyšší rychlosti proudu. (8)

6.7.4 Uretrální tlakový profil

Měření tzv. stresového profilu, kdy je prováděno měření tlaků po celé délce uretry za zpětného pohybu katétru zároveň s kašláním pacientky či prováděním jiného stresového manévru. Inkompetence uretry (GSI) je diagnostikována při záznamu zvýšeného tlaku v močovém měchýři oproti intrauretrálnímu tlaku. (7,8)

Měření

Provádění měření intraluminálního tlaku může být při močení, v průběhu zakašlání či při stresu, v klidu s různou náplní močového měchýře. Samotné měření může být omezeno na jeden bod po určitou dobu, nebo naopak v celém průběhu délky uretry (UPP – urethral pressure profile). Současné měření intravezikálního tlaku (tlaku v močovém měchýři) je důležité k vyloučení současně probíhající kontrakce detruzoru. (7,8)

Pro měření musí být zaznamenány tyto faktory:

- medium, které je aplikováno do močového měchýře – tekutina nebo plyn,
- rychlost plnění,
- rychlost vytahování katétru,
- stálý, nehybný nebo přerušovaný tah,

- poloha pacientky (vleže, vsedě, ve stoji),
- objem močového měchýře. (8)

Terminologie – měření:

- Uretrální tlakový profil (UPP) : intraluminální tlak měřený po celé délce uretry.
- Klidový uretrální tlakový profil: první ze dvou typů měření, subjekt a močový měchýř je v klidu.
- Stresový uretrální tlakový profil: druhý ze dvou typů měření, měření je prováděno s užitím předem definovaného typu stresu (např. napínání, zakašlání, Valsalvův pokus).
- Uretrální uzávěrový profil: rozdíl intravezikálního tlaku od uretrálního tlakového profilu. (8)

Pro zaznamenání techniky měření je důležité uvést typ katétru. U otevřeného katétru je nutné uvést typ, velikost, otvory (jejich orientace) a číslo katétru. Při použití mikrotransducerovaných katétrů se uvádí druh výrobku a jeho velikost. Pokud jsou užity ale jiné katétrů, tak je vhodné uvést opět typ, velikost a počet kanálů. U tvorby stresového profilu je nutné popsat typ stresu. Na závěr se popisuje samotná měřící technika. (8)

Terminologie – měřené parametry:

- Funkční délka uretry (FUL): uretrální tlak převyšuje tlak intracystický.
- Funkční délka uretry při stresu: intrauretrální tlak převyšuje tlak intravezikální při stresu.
- Faktor přenosu (TF): poměr vzestupu intrauretrálního tlaku při stresu k vzestupu odpovídajícího intracystického tlaku.
- Maximální uretrální tlak ($p_{ura, max}$): maximální tlak měřeného profilu.
- Maximální uretrální uzávěrový tlak ($p_{ura, clom max}$: MUCP): rozdíl maximálního uretrálního tlaku a intravezikálního tlaku.
- Celková délka profilu: není důležitá. (8)

6.7.5 Další vyšetřovací metody

Měření uretrálního tlaku při mikci (VUPP)

Zaznamenávání tlaku v uretře během močení, které má význam při určování tlaku a místa obstrukce uretry. (8)

Reziduum

Objem tekutiny zůstávající v močovém měchýři bezprostředně po kompletním vymočení. Měří se reziduální moč za užití metod katetrizace a cystoskopie, ultrazvukovým vyšetřením, radiograficky a radioizotopy. Zadržování reziduální moče má mnoho příčin mezi které se řadí obstrukce či snížená aktivita močového měchýře. (8)

Elektromyografie (EMG)

Metoda studující elektrické potenciály vznikající na základě depolarizací příčně pruhaného svalstva. Motorická jednotka je také funkční jednotkou skládající se z neuronu a jím inervovaného svalového vlákna. Akční potenciál motorické jednotky je snímám jehlovou elektrodou, která snímá potenciál pouze jedné motorické jednotky, nebo povrchovou elektrodou, která umožňuje snímat potenciály skupin motorických jednotek. Využití EMG vyšetření je pro zaznamenání různých abnormit během plnění močového měchýře, ale neudává žádné informace o možné příčině. (8)

Kvantifikace ztrát moči

Objektivizace úniku moči pro posouzení výsledků léčby. Využívá se jednoduchého testu tzv. jednohodinového One hour pad-weight testu. Principem testu je zvážení vložek těsně před započítím testu a po testu. Pacientka se před vyšetřením nesmí vymočit. Vložky se zváží a vloží do nepropustných kalhotek. Poté pacientka vypije 500 ml tekutiny během krátkého časového intervalu (do 15 minut). Následuje 30 minutová aktivita, kdy pacientka chodí a provádí výstupy do schodů atd. Během následujících 15 minut musí pacientka 10krát ze sedu vstát, 10krát zakašlat, běhat jednu minutu na místě, 10 minut provádět oplach rukou pod proudem vody, 5krát se ohýbat za současného zvedání malého předmětu. Test je ukončen a použité vložky jsou zváženy. Vyhodnocení testu je prováděno na základě nárůstu váhy vložek. Obdobou mohou být 48hodinové a 40minutové testy. (8)

Studium vodivosti nervů

Cílem je zjištění informací o aktuálním stavu nervových drah. Vyšetření se provádí několika způsoby a to buď měřením vodivosti nervových drah, měřením zpoždění reflexního signálu, testem senzitivity a registrací vyvolaných odpovědí. (8)

7 Léčba inkontinence moči

Podstata léčby inkontinence moči spočívá hlavně v konzervativní nebo operační léčbě příčiny (anomálie, záněty, píštěle, litiáza). Rehabilitací lze léčit lehčí poruchy svěračového systému nebo inervace MM za podpory medikamentózní léčby. Trvalou derivací moče je nutné léčit těžké neurogenní léze nebo anomálie. (4)

7.1 Léčba OAB a urgentní inkontinence

Není-li možné vyléčit základní příčinu obtíží, tak je třeba pokusit se potlačit nechtěné kontrakce detruzoru. Dokážeme-li zjistit příčinu inkontinence, tak se zaměříme na její odstranění či léčbu. Při neznalosti příčiny je cílem léčby obnova centrální kontroly mikce či modifikace inervace. Tyto inkontinence se léčí převážně konzervativní cestou. (8)

7.1.1 Konzervativní léčba

Jde zejména o režimová opatření, behaviorální a medikamentózní léčbu. (4)

Režimová opatření

Léčba spočívá ve snížení příjmu tekutin, změně životního stylu a diety spojené se snížením tělesné hmotnosti, omezením kouření, omezením kofeinových nápojů a zvýšením fyzické aktivity. (4)

Behaviorální léčba

Cílem je vést pacientku ke snaze o znovunabytí plné kontroly nad močovým měchýřem a svěračovým systémem. Učí se zvyšovat sílu kontrakcí svaloviny pánevního dna a kontrahovat tak svůj svěrač technikou biofeedbacku. Dále zařazujeme programové močení podle hodin, rehabilitaci pánevního dna spolu s vedením detailního mikčního kalendáře.

Nácvik pravidelného močení – příčina inkontinence je psychosomatická. Nestabilita detruzoru je dána ztrátou inhibičních kortikálních podnětů navozených výchovou a normálně přítomných po celý život.

Hypnóza, akupunktura – ve stadiu experimentů.

Psychoterapie – inkontinence sama může být způsobena stresovými podněty. Inkontinentní pacientky trpívají častěji anxiousními stavy a depresiemi.

Biofeedback – trénink znovuzískání kortikální kontroly nad měchýřem cestou zrakových, sluchových a taktilních vjemů. (4,8)

Elektrostimulace

S využitím elektrostimulace se zvyšuje tonus a síla svaloviny a tak se postupně potlačuje původně neinhibované kontrakce detruzoru. Pojem elektrostimulace zahrnuje neurostimulaci a neuromodulaci. Metody neuromodulace, neurostimulace a elektrostimulace jsou v běžné praxi užívány střídavě. Zvolíme-li tuto techniku, tak je nutné brát v potaz intenzitu, frekvenci a délku elektrického impulsu. (5)

Jedná se o metodu elektrické stimulace aferentních vláken n.pudendus. Tato stimulace vyvolává podráždění eferentních vláken téhož nervu, zvyšuje kontraktilitu uretrálního příčně pruhovaného svalu a svaloviny pánevního dna. Dochází k inhibici parasymptiku, stimulaci beta-sympatických receptorů v močovém měchýři a tonizaci uretry stimulací alfa-receptorů. (7,8)

Rehabilitace pánevního dna

Úspěšnost posilování pánevního dna je podloženo několika hypotézami – Barringtonova teorie, Shafikova teorie, integrální teorie. Prvním cvičením byla Kegelova metoda. Pro úspěšnou léčbu cvičením je zapotřebí spolupráce s fyzioterapeutem, který se zabývá touto problematikou a v počátcích také podpora farmakologickou terapií. Rehabilitace spočívá v cílené a izolované aktivizaci svalů pánevního dna, které pacient kontrahuje. Poté co toto zvládá je možné kontrahovat svaly dna při nástupu nucení na močení. (5)

Medikamentózní léčba

Základem je léčba pomocí anticholinergik. Zahájení léčby spočívá zpravidla podáním preparátů první volby – oxybutinin, propiverin, trospiumchlorid. Vysazením těchto léků v důsledku nedostatečného efektu nebo při výskytu nežádoucích účinků se přistupuje k volbě preparátů druhé volby – tolterodin, solifenacin, darifenacin. Mezi nežádoucí účinky se řadí především suchost v ústech, zácpa, rozostřené vidění, supraventrikulární tachykardie. (4,7,8)

Cílem léčby je signifikantní redukce počtu epizod urgentní inkontinence, redukce mikční frekvence ve dne i v noci a významné snížení spotřeby hygienických pomůcek. Subjektivně je udáváno zlepšení až u 80% nemocných. Podání tricyklických antidepresiv

(imipramin) také zlepšuje dráždivost močového měchýře. Medikament musí být podána s opatrností, protože u některých pacientů naopak může vést k retenci moče. (4,7,8)

Další medikamentózní léčbou je intravezikální a intradetruzorová léčba, která je indikovaná u pacientů s výraznými nežádoucími účinky při per os léčbě nebo při nedostatečném efektu. Jde o aplikaci oxybutyninu instilovaného do měchýře, aplikaci capsaicinu a resifiniferatoxinu, aplikaci botulotoxinu. (4,8)

Léčba urgentní symptomatologie léky má přibližně 60-80% úspěšnost. Mezi užívané léky patří oxybutinin (přípravky Ditropan, Cystrin, Uroxal), imipramin (Melipramin), propiverin (Mictonorm), trospium (Spasmo-lyt, Spasmex). Pro menší výskyt vedlejších účinků a velmi dobrý léčebný efekt se nyní užívá tolterodin (Detrusitol). Vzhledem ke skutečnosti, že se detruzorová instabilita u žen zvyšuje s věkem a je tak častější u postmenopauzálních žen, je vhodná také hormonální léčba. A to buď lokální či celková. Působení estrogenů má pozitivní vliv na zlepšení trofiky a senzitivity alfa-receptorů v uretře, zmírnění příznaků pollakisurie, nykturie, urgencye, dysurie. (8)

7.1.2 Operační léčba

K operačnímu řešení se přistupuje ve výjimečných případech a zahrnuje operace jako denervační a neuromodulační operace, augmentační enterocystoplastika a derivační operace. (4)

Operačně lze urgentní inkontinenci řešit pomocí distenze močového měchýře, jedná se o metodu založenou na snížení citlivosti měchýře. V narkóze je provedena maximální distenze stěny měchýře. Efekt léčby není zaručený. Injekční aplikace fenolu pod trigonum či chirurgická denervace jsou minulostí. (8)

7.2 Léčba stresové inkontinence

V případě stresové inkontinence má operační řešení daleko lepší výsledky než konzervativní léčba.

7.2.1 Konzervativní léčba

Medikamentózní léčba

Stresová inkontinence se léčí pomocí α -adrenergních agonistů a zřídka pomocí estrogenů. U alfa-adrenergních agonistů je nejistý efekt. Mnohé nežádoucí účinky jsou omezujícími faktory jejich použití. Zvyšují tonus uretrálních svalů. Inhibitory reabsorpce serotoninu a norepinefrinu mají prokázáný pozitivní efekt v léčbě, např. imipramin (antidepressivum). Estrogeny mají vliv na denzitu a senzitivitu α -adrenergních receptorů. Využívá se vysoké koncentrace estrogenních receptorů v uretře. Perorální či vaginální aplikace. Užívá se lék Duloxetin. (4).

Elektrostimulace

Pro tento druh inkontinence je léčba prováděna pomocí stimulace elektrickými výboji o frekvenci kolem 50 Hz. Oproti léčbě urgentní inkontinence, kde se používá menší frekvence – pouze 10 Hz. Využívá se zde efektu kontrakce příčně pruhovaného svalstva pánevního dna. (8)

Rehabilitace svalstva pánevního dna

Jde o efektivní léčbu, která nenese žádná rizika a pomáhá redukovat inkontinenci moče. Lze ji považovat za primární léčbu. Jedná se o záměrné přetěžování svalů pánevního dna s maximálními kontrakcemi, prodlužováním stahů se současným zvyšováním počtu opakování a redukcí relaxačních intervalů, které popsal Kegel již v roce 1948 (Kawaciuk, 2009). Díky tomuto cvičení dochází po půl roce ke zlepšení síly kosterních svalů. Dochází k posílení svěračového systému a zlepšení volní kontroly pánevního svalstva, obzvláště při zvýšení nitrobřišního tlaku. (4,8)

7.2.2 Operační léčba

Mezi operační řešení inkontinence patří: slingové operace, retropubické či transvaginální suspenze, periuretrální injekce, implantace umělého svěrače. Pro výběr vhodného operačního zákroku je nutné posouzení podílu hypermobility uretry a inkompetence vnitřního sfinkteru. (4,8)

Slingové metody patří mezi závěsné a podpůrné operace prováděné vaginální či suprapubickou cestou. Mezi nejčastěji užívané metody patří TVT pásy (tension-free vaginal tape) nebo TOT pásy (tension-free obturator tape). U těchto výkonů je nutné brát v potaz riziko dlouhodobých komplikací vyplívajících z užitého heterologního materiálu, kdy může dojít k uretrální či vaginální erozi materiálu. Mezi další operační metody patří otevřené závěsné operace podle Burche či operace technikou Stameye-Raze. Operační řešení dosahuje výborných výsledků, kdy dochází k úplnému vyléčení či výraznému zlepšení obtíží. (4,8)

7.3 Léčba smíšené inkontinence

Dominuje-li složka stresové inkontinence a je zjevně prokázána, je operační řešení úspěšné až u 70% nemocných. Není-li však zastoupení složky stresové inkontinence převažující či převažují-li ostatní symptomy, tak není úprava stresové inkontinence vhodná. Dokonce může dojít ke zhoršení původních obtíží. Při pochybnostech je nutno dát přednost konzervativnímu postupu v léčbě polakisurie a urgency před operačním řešením stresové inkontinence. (4)

8 Vliv těhotenství a porodu na vznik inkontinence moči

8.1 Těhotenství

Během gravidity působí mnoho vlivů na gastrointestinální ústrojí (dále GIT). Jde o působení hormonů a zvětšení dělohy. (3)

V hladkém svalovině střev a v příčně pruhované svalovině pánevního dna se nacházejí estrogenové a progesteronové receptory. Tyto receptory se dále nacházejí v pochvě a dolním močovém systému. Hladina těchto hormonů je v séru významně zvýšena, k poklesu na hladinu před těhotenstvím dochází 72 hodin po porodu. (3,9)

8.1.1 Progesteron

Příčinou zácpy a problémů s defekací vůbec je relaxační účinek na svalovinu GIT a snížení rychlosti pasáže. Svůj podíl zde má i tlak těhotenstvím zvětšené dělohy. Vysoké hladiny progesteronu dále působí relaxačně na hladkou svalovinu dolních cest močových. Dochází tak k dilataci uretru. Toto se výrazněji projevuje u pravého uretru, za spoluúčasti tlaku dělohy. Rizikem je městnání moči s poruchou močení a možným rozvojem infekce dolních cest močových až rozvojem pyelonefritidy. Močové infekce jsou rizikem pro spuštění předčasného porodu. Zvýšené hladiny progesteronu mají přímý vliv na rozvoj stresové inkontinence u těhotných žen. (3)

8.1.2 Relaxin

Ovariální polypeptid, který připravuje pánevní struktury k porodu. Hladina relaxinu kulminuje během těhotenství a během porodu. Hlavním účinkem je remodelace pojiva pánevního dna a cervixu, díky čemuž dochází k usnadnění sestupu a porodu hlavičky plodu. Principem působení je u cervixu změna poměru vody a kolagenu, u svalových vláken jde o změnu struktury kolagenu směrem k nárůstu elasticity tkání. (3)

8.2 Porod

Během porodu dochází k průchodu hlavičky plodu o průměru přibližně 10 cm a obvodu 31 cm porodními cestami za stálé komprimace svalů a vazivových struktur pánevního dna. Blány a naléhající část v první době porodní dilatují měkké porodní cesty a tím se výrazně mění. Odtokem plodové vody je tento tlak zvýšen. Dochází k elongaci vláken levátorů a ke ztenčení centrální části perinea. Elasticity svalů i perinea je limitována fasciálním povrchem, poté se napínání zastaví. Ve fázi dilatace cervixu zůstává MM a UVJ ve

ventrální části malé pánve na úrovni spojnice horního okraje os sacrum a dolního okraje symfýzy. Sestupem hlavičky do pánve je báze MM vytlačena směrem nahoru před naléhající část. Je tak v jedné ose s uretrou, přesouvá se kraniálně k hornímu okraji symfýzy. Tento posun není patrný, nejde-li o gracilní pánev. Poté by mohlo dojít k zastavení sestupu naléhající části v pánevní úžině, MM by se vysunul velmi vysoko nad horní hranici symfýzy a došlo by k natažení a prodloužení uretry. Hranice poškození uretry nebo jejího závěsu je individuální. (3)

K poškození pánevních struktur nedochází předtím než hlavička sestoupí na pánevní dno. Tlak na tyto struktury působí až při sestupu hlavičky 1 cm pod úroveň interspinální linie. Dochází k dilataci urogenitálního hiátu a poševního vchodu, struktury kolem vagíny jsou taženy směrem dolů a s nimi i nervová vlákna zásobující m.levator ani a vlákna pudendálního nervu. Riziko poškození nervů je při užším a rigidnějším poševním východu. K poranění n.pudendus může dojít útlakem hlavičky či disrupcí. (3)

8.2.1 Episiotomie

Nástřih hráze je rutinním porodnickým invazivním opatřením. Incizí úzkých introitálních struktur může být zvětšen průměr poševního východu na dvojnásobek délky incize. Díky tomu je potřeba menší velikost sil k porození plodu a zredukuje se tak tlak na svaly a fasciální tkáň. Výhodnější je epiziotomie mediolatelární oproti mediální pro nižší výskyt ruptur hráze III. a IV. stupně. Je otázkou, zda ruptura perinea I. a II. stupně má či nemá dlouhodobé důsledky na funkci pánevního dna. Je proto vhodné tento invazivní zákrok vždy zvažovat individuálně a ne jej užívat rutinně. (3)

8.2.2 Císařský řez

Plánovaný (elektivní) císařský řez nemá vliv na rozvoj dysfunkce pánevního dna. Akutní císařský řez, ke kterému bylo přistoupeno v průběhu porodní činnosti, může mít za následek poruchu kontinence stolice díky neuropatickému poranění. K tomuto výrazněji dochází při dilataci porodnické branky na průměr 8 cm a více. (3)

8.2.3 Instrumentální vaginální porod

Operativní porod kleštěmi zvyšuje riziko poranění hráze a análního sfinkteru. V užití vakuumextraktoru není prokázáno zvýšené poranění análního svěrače. Největší riziko poranění hráze a svěrače je klešťový porod po selhání vakuumextrakce. (3)

8.2.4 Epidurální analgezie

Užitím epidurální analgezie (dále EA) se snižuje bolest u porodu, ale zároveň je také znám vliv na prodloužení I. a II. doby porodní. Dochází k relaxaci svalů pánevního dna, kdy hlavička prochází porodními cestami šetrněji a snáze. Poranění hráze by tak mělo být menší. Je ale pravdou, že u žen tlumených EA dochází k vyššímu výskytu porodnických intervencí jako je epiziotomie či instrumentální porod. (3)

8.3 Inkontinence moči v těhotenství a po porodu

Inkontinence moči se může vyskytovat již od 16. týdne gravidity a to zejména inkontinence stresová. Po 34. týdnu udává 40% žen stresový únik moči jednou do týdne. Výskyt inkontinence 6 až 8 týdnů po porodu je srovnatelný s výskytem ve třetím trimestru. (3)

8.3.1 Rizikové faktory

Pro poporodní inkontinenci moči je nejdůležitějším rizikovým faktorem první vaginální porod, prodloužená II. doba porodní, operativní porod per forceps, provedení epiziotomie, hmotnost plodu nad 4000 gramů a ruptura perinei III. stupně. Dalšími rizikovými faktory jsou kouření, zvýšený BMI index a věk rodičky nad 30 let. První porod císařským řezem snižuje riziko vzniku stresové inkontinence. Naopak opakované císařské řezy zvyšují výskyt urgentní inkontinence. (3)

8.3.2 Dyspareunie, perineální bolest

Redukce výskyt dyspareunie a perineální bolesti spočívá ve vhodném výběru šicího materiálu, užitím intradermálního stehu, pečlivým postnatálním zhodnocením a vyloučením infekce, hematomu či granulační tkáně. Signifikantní atrofii genitálního ústrojí může způsobovat protrahované kojení. Takto vzniklou dyspareunii lze vyléčit lokálním podáním estrogenů. Bolest perinea často spojená s jizvením tkáně lze léčit lokální injekční aplikací kortikosteroidů s hyaluronidázou a lokálním anestetikem. Takto vzniklá bolest může vést u žen ke vzniku postnatálních depresí a psychosexuálním obtížím. (3)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY

Výzkumný záměr č. 1

Zjistit, kolik žen dosud trpí únikem moče nebo jakýmkoliv obtěžujícím problémem spojeným s močením.

Výzkumný záměr č. 2

Získat informace, kdy ženám únik moči nejvíce vadí a při kterých činnostech.

Výzkumný záměr č. 3

Informovat se, zda a jak ženy trpící únikem moči tento problém řeší a pokud ne, tak z jakého důvodu.

Výzkumný záměr č. 4

Zmapovat, zda se ženy svěřují s problémy s únikem moči a pokud ne, tak z jakého důvodu.

Výzkumný záměr č. 5

Zjistit, zda ženy mají povědomí a přístup k informacím o dané problematice, kde by je hledaly.

Výzkumný záměr č. 6

Informovat se o tom, jak jsou na tom ženy se svojí hmotností. Zda-li je zde spojitost mezi počtem žen, které přibraly v těhotenství nebo po porodu s počtem inkontinentních žen.

Výzkumný záměr č. 7

Získat informace, jestli ženy přemýšlí nad možnou léčbou inkontinence a jakou možnost by případně preferovaly.

10 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum k této bakalářské práci jsem prováděla formou webové stránky, kde byl můj dotazník umístěn. V rámci kooperace se dvěma studentkami z mého ročníku jsme rozdaly v létě 2010 dotazníky, kterými se zjišťoval vznik inkontinence v těhotenství. Dotazníky byly rozdány ženám z okolí Žďáru nad Sázavou, Pardubic a Ústí nad Orlicí. Ziskaly jsme tak e-mailové kontakty zároveň s informacemi pro výzkum studentky Jany Furchové.

Dotazník byl koncipován tak, že prvních 7 otázek bylo stejných jako u studentek, které rozdávaly dotazníky těm samým ženám v předešlém období. Tyto otázky zůstaly ponechány, abychom mohly monitorovat vývoj inkontinence. Zbývajících 13 otázek bylo mojí tvorbou, které jsem po konzultaci s mým vedoucím bakalářské práce zpracovala do dotazníku. Odkaz na webovou stránku s mým dotazníkem byl odeslán formou e-mailu ženám, které vyplnily dotazníky předešlé. Celkem bylo formou e-mailu osloveno 42 žen, z toho vyplněných dotazníků bylo 37. Bohužel 3 z nich byly vyplněny neúplně, proto jsem je vyřadila. Celkově jsem zpracovávala výsledky z 34 dotazníků

V dotazníku jsem užila otázky uzavřené, výběrové, výčtové, dichotomické a trichotomické. Získané informace jsem nejprve vyhodnotila a poté jsem výsledky zpracovala do přehledových tabulek a grafů. Výsledky jsem zpracovávala do tabulek a graficky vyjádřila pomocí program Microsoft Excel 2007.

Použité četnostní veličiny

n	rozsah souboru
n_i	symbol pro vyjádření absolutní četnosti
f_i	symbol pro vyjádření relativní četnosti
$f_i \%$	symbol pro vyjádření relativní četnosti v procentech
x_i	symbol vyjadřující kumulativní četnost
Σ (suma)	celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech:

$$f_i \% = \text{počet } n_i \times 100 / \text{výzkumný vzorek}$$

11 PREZENTACE VÝZKUMU DOTAZNÍKU

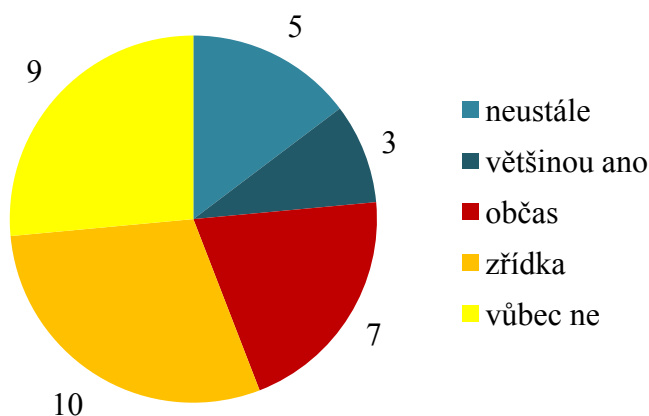
Otázka č. 1

Máte problémy s náhlou potřebou rychle jít na toaletu, abyste se vymočila?

- Neustále
- Většinou ano
- Občas
- Zřídka
- Vůbec ne
-

Tabulka č. 1. - Problémy s náhlou potřebou močit

náhlá potřeba močit	n_i	$f_i\%$
neustále	5	14,7%
většinou ano	3	8,8%
občas	7	20,6%
zřídka	10	29,4%
vůbec ne	9	26,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 2. Problémy s náhlou potřebou močit

První otázkou jsem zjišťovala jak často dotázané ženy pociťují náhlou potřebu močit, protože je tento symptom jeden z průvodních symptomů inkontinence. Neustálou náhlou potřebu pociťuje z dotázaného vzorku 5 žen (14,7 %). Jen 3 ženy (8,8 %) odpověděly, že

většinou ano, občasnou náhlou potřebu uvádí 7 žen (20,6 %), náhlou potřebou zřídka trpí 10 dotázaných (29,4 %), 9 žen (26,5 %) nepocituje vůbec žádnou náhlou potřebu močení. (Tab. č. 1, Obr. č. 1)

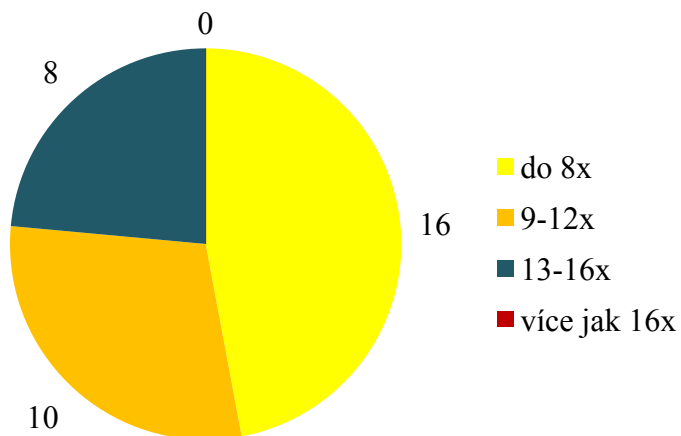
Otázka č. 2

Jak často chodíte močit během dne?

- do 8x
- 9 – 12x
- 13 – 16x
- více jak 16x
-

Tabulka č. 2 – Četnost močení za den

počet močení za den	n_i	$f_i\%$
do 8x	16	47,1%
9-12x	10	29,4%
13-16x	8	23,5%
více jak 16x	0	0,0%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 2 – Četnost močení za den

Otázkou číslo dvě jsem se chtěla dozvědět, jak často chodí dotázané ženy za den močit. Do osmi močení za den odpovědělo 16 (47,1 %) žen, 9x až 12x močí během dne 10 (29,4 %) žen, 8 (23,5 %) dotázaných odpovědělo 13x až 16x. Více než 16x nemočí žádná z respondentek. (Tab. č. 2, Obr. č. 2)

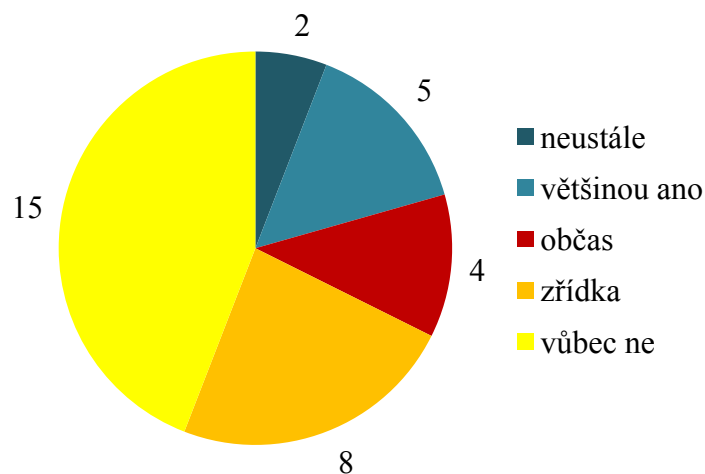
Otázka č. 3

Musíte se namáhat, abyste se vymočila?

- neustále
- většinou ano
- občas
- zřídka
- vůbec ne
-

Tabulka č. 3 – Námaha vynaložená k vymočení

námaha při močení	n_i	f_i %
neustále	2	5,88%
většinou ano	5	14,71%
občas	4	11,76%
zřídka	8	23,53%
vůbec ne	15	44,12%
Σ	34	100,00%



Obrázek č. 3 - Námaha vynaložená k vymočení

V rámci třetí otázky jsem se dotazovala žen, zda-li se musí namáhat, aby se vymočily. Neustálou námahu k vymočení odpověděly 2 (5,88 %) ženy. 5 (14,71 %) dotázaných uvedlo, že se musí většinou namáhat, občasnou námahu k vymočení udávají 4 (11,76 %) ženy. Zřídka

vynakládá námahu k močení 8 (23,53 %) respondentek, až 15 (44,12 %) žen se nemusí namáhat vůbec. (Tab. č. 3, Obr. č. 3)

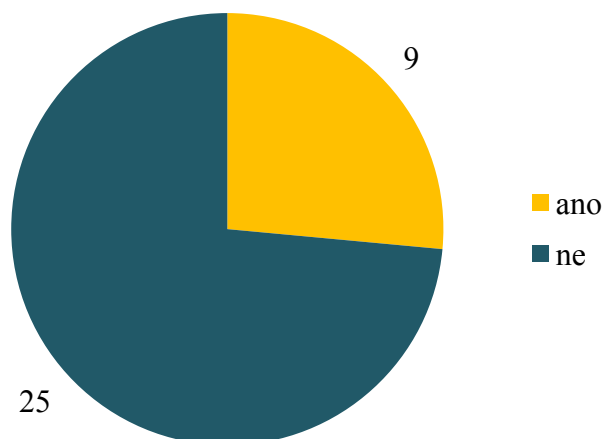
Otázka č. 4

Uniká Vám samovolně moč?

- ano
- ne

Tabulka č. 4 – Samovolný únik moči

únik moči	n_i	$f_i\%$
ano	9	26,5%
ne	25	73,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 4 – Samovolný únik moči

Na čtvrtou otázku jsem vyžadovala jednoznačnou odpověď na otázku, zda žena trpí únikem moče. Ano mi odpovědělo 9 (26,5 %) žen, záporné odpovědi se mi dostalo od 25 (73,5 %) dotázaných. (Tab. č. 4, Obr. č. 4)

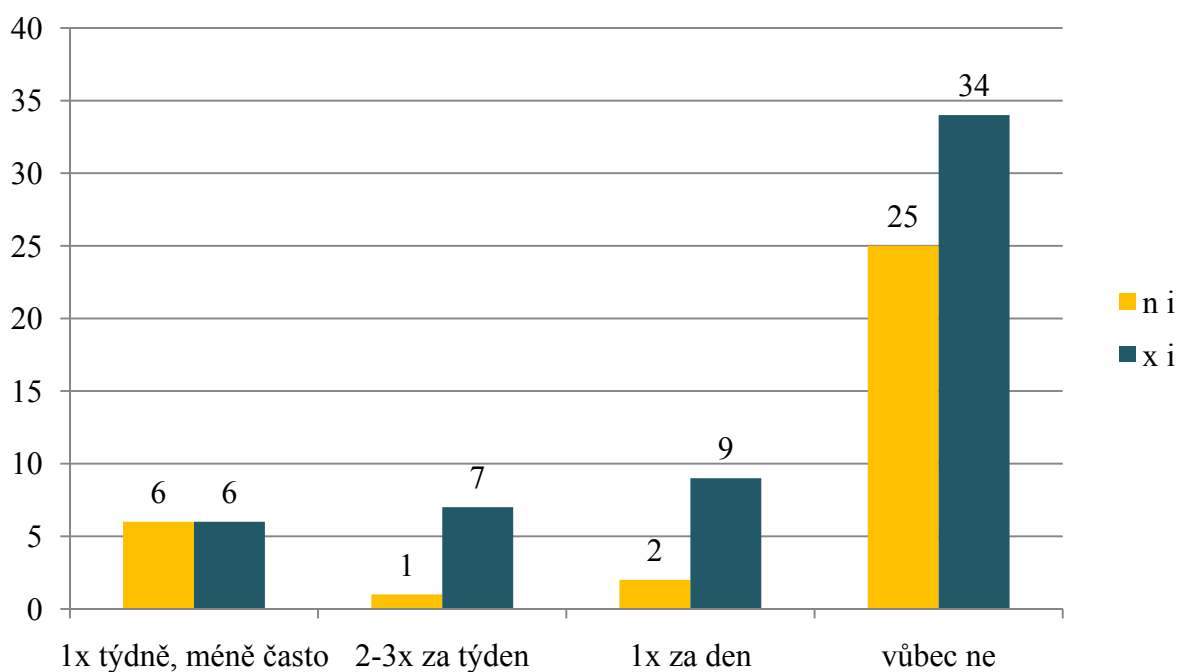
Otázka č. 5

Jak často Vám samovolně uniká moč?

- 1x za týden, nebo méně často
- 2-3x za týden
- 1x za den
- vůbec ne

Tabulka č. 5.1 – Četnost samovolného úniku moči

kolikrát uniká moč	n_i	x_i	$f_i\%$
1x týdně, méně často	6	6	17,6%
2-3x za týden	1	7	2,9%
1x za den	2	9	5,9%
vůbec ne	25	34	73,5%
Σ	34		100,0%



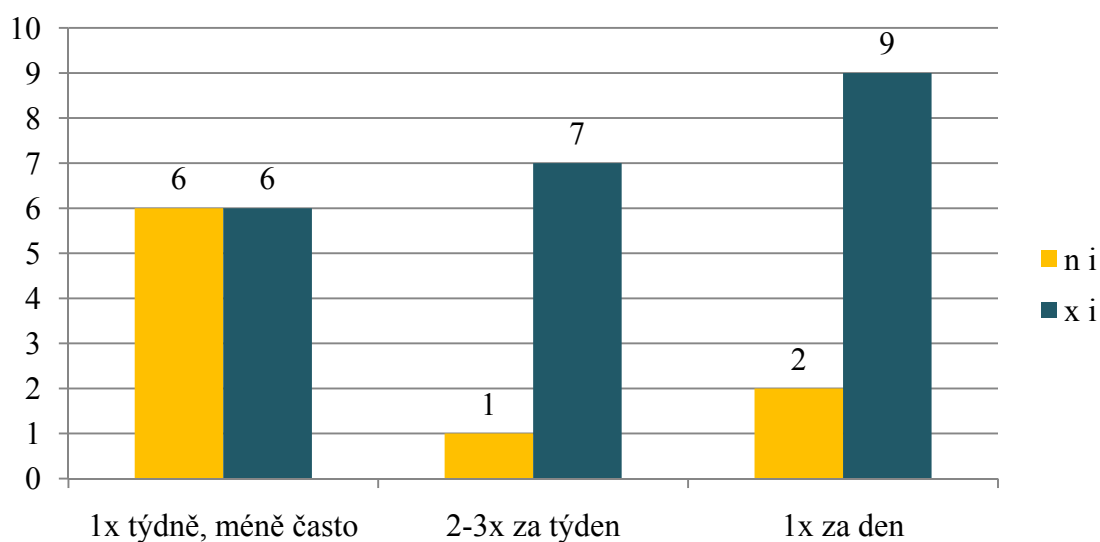
Obrázek č. 5.1 - Četnost samovolného úniku moči

Pátou otázkou jsem chtěla zjistit, jak často ženám samovolně uniká moč. Pro ty ženy, které netrpí žádným únikem moči byla připravena poslední možnost. Šesti (17,6 %) ženám

uniká moč samovolně jednou týdně a méně, jedna (2,9 %) žena uvedla samovolný únik moči 2-3x za týden, 2 (5,9 %) respondentky pocítují únik moči 1x za den. Až 25 (73,5 %) dotázaných netrpí žádným samovolným únikem moči. (Tab. č. 5.1, Obr. č. 5.1)

Tabulka č. 5.2 – Četnost úniku moči u inkontinentních žen

kolikrát uniká moč – inkontinentní	n_i	x_i	$f_i\%$
1x týdně, méně často	6	6	66,7%
2-3x za týden	1	7	11,1%
1x za den	2	9	22,2%
Σ	9		100,0%



Obrázek č. 5.2 - Četnost úniku moči u inkontinentních žen

Z celkové počtu 9 inkontinentních žen uvádí 6 (66,7 %) respondentek únik moči jednou týdně a méně. Jedna (11,1 %) žena uvedla únik moči 2-3x za týden, denně uniká samovolně moč 2 (22,2 %) z dotazovaných žen. (Tab. č. 5.2, Obr. č. 5.2)

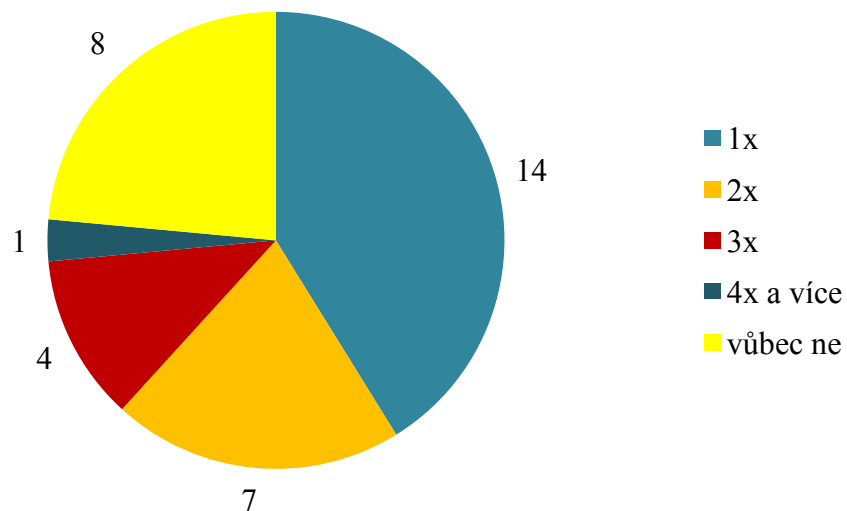
Otázka č. 6

Kolikrát musíte v noci vstát z lůžka, abyste se vymočila?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x a více
- vůbec ne

Tabulka č. 6 – Vstávání z lůžka kvůli močení

vstávání z lůžka	n_i	$f_i\%$
1x	14	41,2%
2x	7	20,6%
3x	4	11,8%
4x a více	1	2,9%
vůbec ne	8	23,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 6 - Vstávání z lůžka kvůli močení

Touto otázkou jsem zjišťovala počet vstávání z lůžka kvůli potřebě se jít vymočit během noci. Až 14 (41,2 %) dotázaných uvedlo, že musí vstávat jednou za noc. 7 (20,6 %)

žen vstává za noc dvakrát, 4 (11,8 %) respondentky musí vstát 3x během noci, jedna žena uvedla 4 a více vstávání pro potřebu vymočit se. Klidnou noc bez vyrušení potřebou močit zažívá 8 (23,5 %) respondentek. (Tab. č. 6, Obr. č. 6)

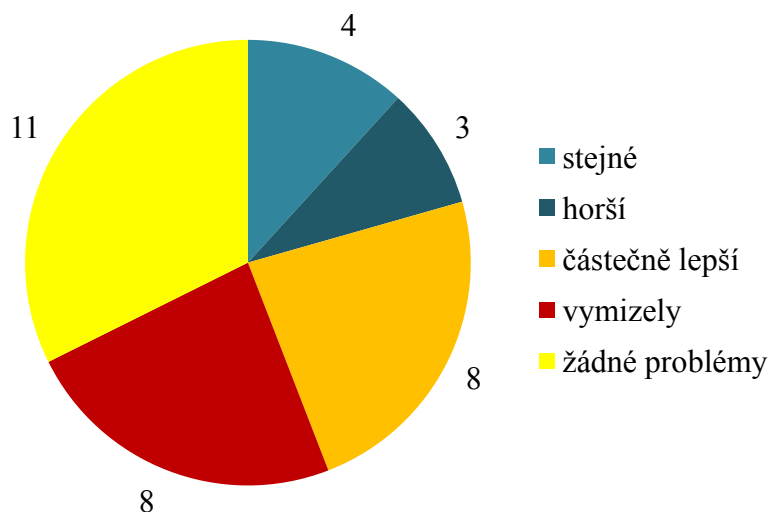
Otázka č. 7

Máte pocit, že problémy s močením jsou lepší než před porodem?

- ne, jsou stejné
- ne, jsou horší
- jsou částečně lepší
- vymizely
- neměla jsem nikdy a nemám žádné problémy s močením
-

Tabulka č. 7 – Problémy s močením po porodu

problémy po porodu	n_i	$f_i\%$
stejně	4	11,8%
horší	3	8,8%
částečně lepší	8	23,5%
vymizely	8	23,5%
žádné problémy	11	32,4%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 7 - Problémy s močením po porodu

V rámci otázky číslo 7 jsem se chtěla dozvědět od žen to, zda zaznamenaly po porodu jakoukoliv změnu v problémech s močením. Toto si můžeme vyložit jakkoliv, protože každá

žena může za problém s močením považovat ledacos. Důležitá je pro nás informace, zda a jaké nastaly změny po porodu. 4 (11,8 %) ženy uvedly, že nepocítují žádnou změnu. Horší problémy s močením mají 3 (8,8 %) z dotázaných žen. Částečné zlepšení pocítuje 8 (23,5 %) respondentek. Stejný počet (8, 23,5 %) žen uvádí vymizení problémů. Žádné potíže nemá a nikdy nemělo 11 (32,4 %) dotázaných. (Tab. č. 7, Obr. č. 7)

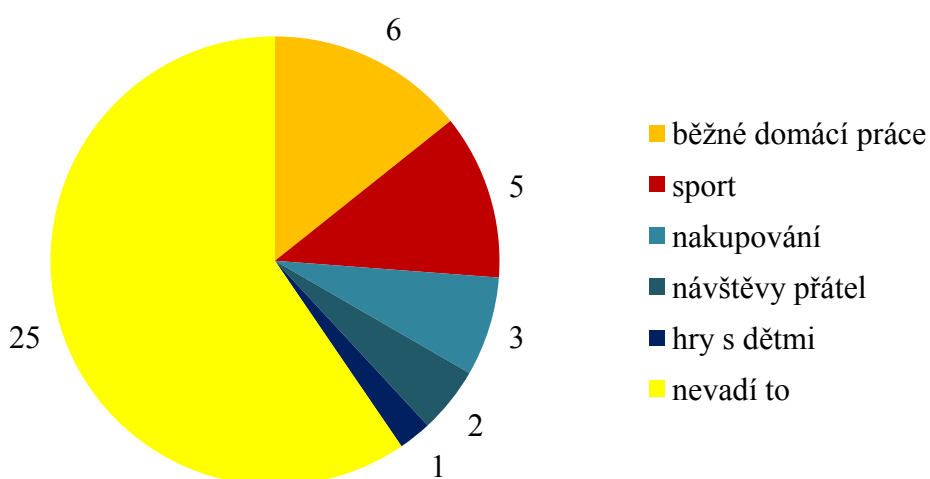
Otázka č. 8

Během kterých aktivit Vám vadí problémy s močením?

- běžné domácí práce
- sport
- nakupování
- návštěvy přátel
- hry s dětmi
- nevadí Vám, protože problémy nemáte

Tabulka č. 8 – Aktivita během kterých ženám vadí únik moči nejvíce

aktivity	n_i	$f_i\%$
běžné domácí práce	6	14,3%
sport	5	11,9%
nakupování	3	7,1%
návštěvy přátel	2	4,8%
hry s dětmi	1	2,4%
nevadí to	25	59,5%
Σ	42	100,0%



Obrázek č. 8 - Aktivita během kterých ženám vadí únik moči nejvíce

Na otázku č.8 mohly ženy odpovědět více odpověďmi. Získaných odpovědí tak bylo celkem 42. Procentuálně jde tedy o odpovědi ze všech získaných odpovědí. Během běžných domácích prací únik moče překáží 6 (14,3 %) ženám, 5 (11,9 %) respondentek omezuje během sportu, při nakupování obtěžuje inkontinence 3 (7,1 %) ženy. Dvě z dotázaných obtěžuje únik moči při návštěvách přátel, pouze jedna žena uvedla hry s dětmi. Ženy, které v otázce č.4 uvedly, že netrpí inkontinencí moče zvolily odpověď, že jim to nevadí. Tuto možnost si vybralo 25 (59,5%) žen. (Tab. č. 8, Obr. č. 8)

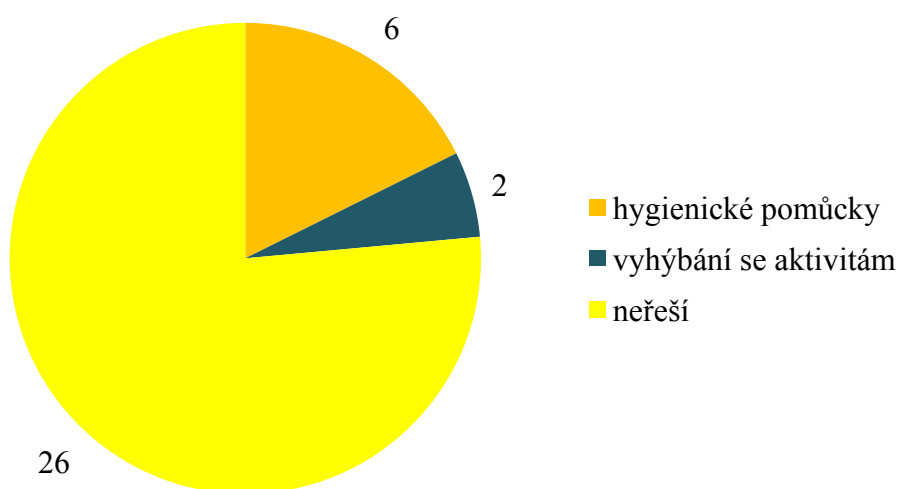
Otázka č. 9

Jak tyto situace řešíte?

- užíváte hygienické pomůcky
- vyhýbáte se těmto aktivitám, pokud to jde
- neřešíte
-

Tabulka č. 9 – Řešení situací, během kterých dochází k úniku moči

řešení	n_i	$f_i\%$
hygienické pomůcky	6	17,6%
vyhýbání se aktivitám	2	5,9%
neřeší	26	76,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 9 - Řešení situací, během kterých dochází k úniku moči

Otázkou č.9 jsem zjišťovala od žen jak řeší problémy s únikem moči. Zajímalo mě, kolik žen své potíže vůbec řeší. Vzhledem k tomu, že z otázky č.4 jsme zjistily, že 25 respondentek netrpí inkontinencí, tak jedna z inkontinentních žen svůj problém neřeší. Zjistila jsem to tak, že 26 (76,5 %) žen takto odpovědělo, z toho 25 dotázaných se žádným problémem zabývat ani nemusí. Dalších 6 (17,6 %) žen uvedlo užívání hygienických

pomůcek, na závěr 2 (5,9 %) respondentky odpověděly tak, že se vyhýbají aktivitám způsobujících únik moči. (Tab. č. 9, Obr. č. 9)

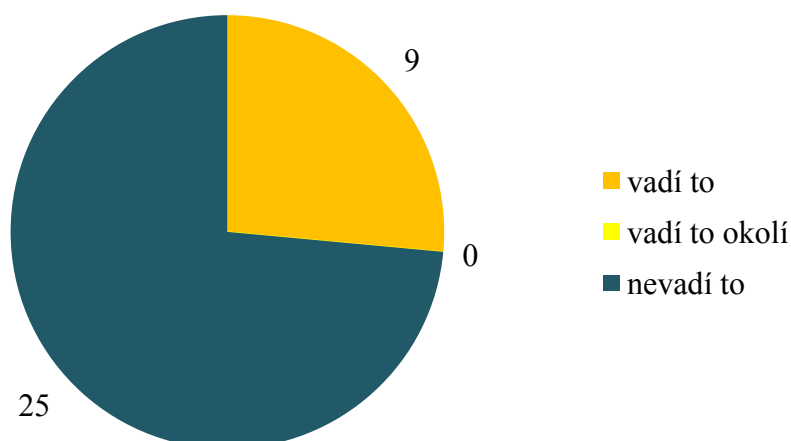
Otázka č. 10

Jak tyto situace působí na Vaši psychiku?

- vadí Vám to
- vadí to Vašemu okolí
- nevadí Vám to
-

Tabulka č. 10 – Působení situací s únikem moči na psychiku

působení na psychiku	n_i	$f_i\%$
vadí to	9	26,5%
vadí to okolí	0	0,0%
nevadí to	25	73,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 10 - Působení situací s únikem moči na psychiku

V rámci 10. otázky jsem se chtěla dozvědět, zda situace, během kterých dochází k úniku moči ženám vadí, zda je omezují. Nakonec se to ukázalo jako zbytečná otázka. Dalo se předpokládat, že ženy trpící únikem moči toto vnímají negativně. 9 (26,5 %) respondentek uvedlo, že jim situace s únikem moči vadí. Odpovědi, že by únik moči u jedné osoby vadil okolí se mi naštěstí nedostalo vůbec. Tyto situace nevadí 25 (73,5 %) ženám, protože žádným únikem moči netrpí. (Tab. č. 10, Obr. č. 10)

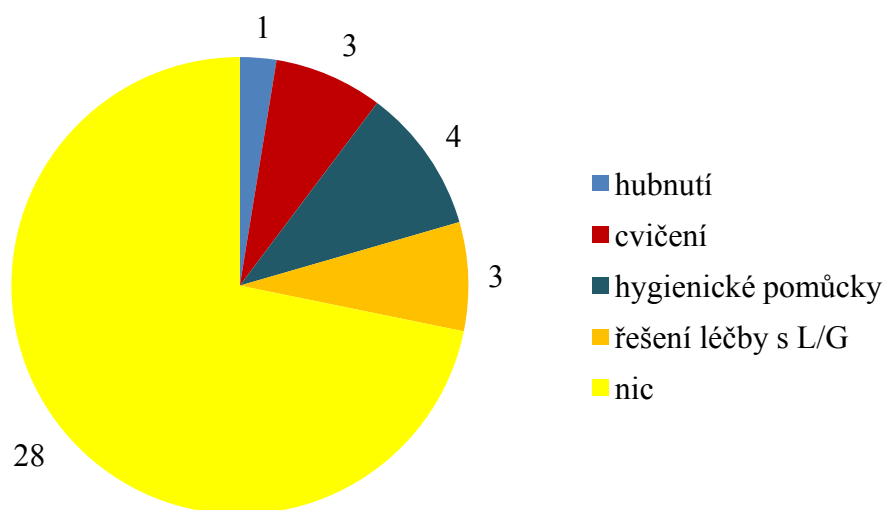
Otázka č. 11

Pokud Vám to vadí, co děláte pro zlepšení?

- hubnete
- cvičíte
- užíváte hygienické pomůcky
- řešíte léčbu s lékařem/gynekologem
- nic
-

Tabulka č. 11 – Aktivity pro zlepšení inkontinence

aktivity pro změnu	n_i	$f_i\%$
hubnutí	1	2,6%
cvičení	3	7,7%
hygienické pomůcky	4	10,3%
řešení léčby s L/G	3	7,7%
nic	28	71,8%
Σ	39	100,0%



Obrázek č. 11 - Aktivity pro zlepšení inkontinence

U otázky č.11 byla možnost více odpovědí. Celkem jsem získala 39 odpovědí, proto procentuálně vycházím ze získaných odpovědí celkem. Jen jedna (2,6 %) žena uvedla jako aktivitu pro zlepšení problému hubnutí. 3 (7,7 %) respondentky řeší únik moči cvičením, 4

(10,3 %) uvádějí užívání hygienických pomůcek, opět 3 (7,7 %) ženy řeší svůj problém s lékařem či gynekologem. Nic nedělá 28 (71,8 %) dotázaných. (Tab. č. 11, Obr. č. 11)

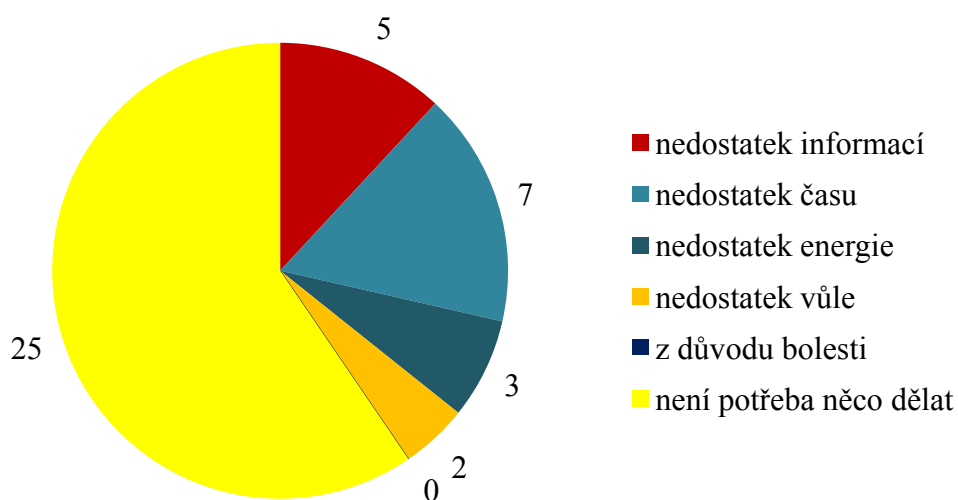
Otázka č. 12

Pokud neděláte nic pro zlepšení, z jakého důvodu?

- nemáte dostatek informací
- nedostatek času
- nedostatek energie
- nedostatek vůle
- z důvodu bolesti, která Vám brání v cvičení (např. bolest vzniklá porodním poraněním)
- nepotřebujete nic dělat

Tabulka č. 12 – Důvody, proč ženy problémy s inkontinencí neřeší

důvody	n_i	$f_i\%$
nedostatek informací	5	11,9%
nedostatek času	7	16,7%
nedostatek energie	3	7,1%
nedostatek vůle	2	4,8%
z důvodu bolesti	0	0,0%
není potřeba něco dělat	25	59,5%
Σ	42	100,0%



Obrázek č. 12 - Důvody, proč ženy problémy s inkontinencí neřeší

Cílem otázky č.12 bylo zjistit, jaké důvody vedou ženy k pasivnímu chování ohledně řešení problému s únikem moči. Opět zde byla možnost více odpovědí. Celkový počet všech odpovědí získaných touto otázkou byl 42. Nedostatek informací byl důvod 5 (11,9 %) žen. Nedostatek času uvedlo jako důvod pasivity 7 (16,7 %) respondentek. Nedostatek energie brání 3 (7,1 %) ženám v řešení daného problému. K nedostatku vůle se přiznaly pouze 2 (4,8 %) z celkového počtu dotázaných. Žádná respondentka neuvedla jako důvod svého počínání bolest. Opět 25 dotázaných vybralo odpověď poslední, určenou pro ženy netrpící únikem moči a tou je odpověď, že nepotřebují nic dělat. (Tab. č. 12, Obr. č. 12)

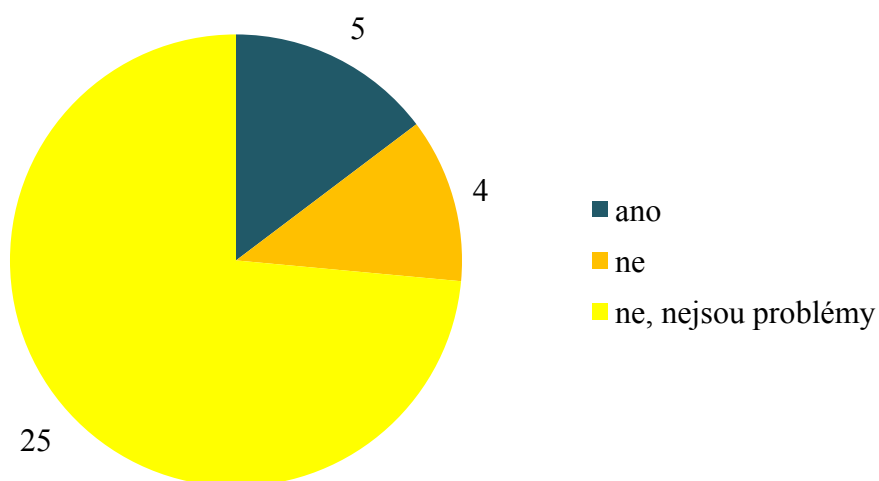
Otázka č. 13

Svěřila jste se s problémy ohledně inkontinence?

- ano
- ne
- ne, nebylo třeba, protože problémy nemám
-

Tabulka č. 13 – Svěřit se někomu s problémy úniku moči

svěření s problémy	n_i	$f_i\%$
ano	5	14,7%
ne	4	11,8%
ne, nejsou problémy	25	73,5%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 13 - Svěřit se někomu s problémy úniku moči

V rámci otázky č.13 jsem se chtěla dozvědět, zda se ženy svěřují, mají-li potíže s inkontinencí. S problémem inkontinence se svěřilo 5 (14,7 %) respondentek a 4 (11,8 %) se nsvěřily. Celkem 25 (73,5 %) žen uvedlo, že se nesvěřilo nikomu, protože netrpí žádnými obtížemi. (Tab. č. 13, Obr. č. 13)

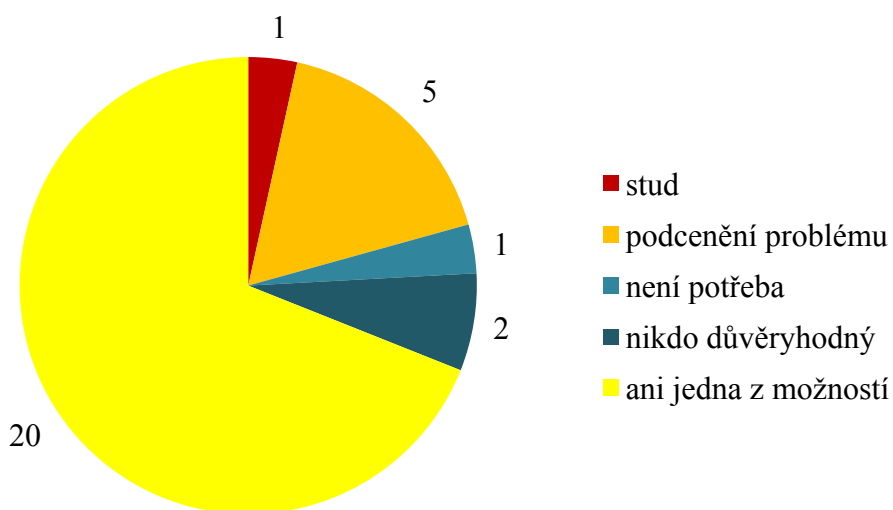
Otázka č. 14

Pokud ne, z jakého důvodu jste tak neučinila?

- stydíte se
- nepovažujete to za tak velký problém
- nemáte potřebu se svěřovat
- nemáte nikoho komu důvěřujete
- ani jedna z možností
-

Tabulka č. 14 – Důvody, proč se ženy nikomu nesvěřily se svými potížemi

proč se nesvěřují	n_i	$f_i\%$
stud	1	3,4%
podcenění problému	5	17,2%
není potřeba	1	3,4%
nikdo důvěryhodný	2	6,9%
ani jedna z možností	20	69,0%
Σ	29	100,0%



Obrázek č. 14 - Důvody, proč se ženy nikomu nesvěřily se svými potížemi

Tato 14.otázka přinesla zajímavé výsledky. Očekávala jsem jiné odpovědi. Na tuto otázku nemusely odpovídat všechny respondentky. Odpověděly tak pouze ty, které se opravdu nikomu nesvěřily. Pouze jedna (3,4 %) žena uvedla jako důvod, proč se nikomu

nesvěřila stud. Až 5 (17,2 %) respondentek podceňuje problém úniku moči. Jedna (3,4 %) žena nemá potřebu se nikomu svěřovat. 2 (6,9 %) z dotázaných žen nemá ve svém okolí nikoho důvěryhodného, komu by se mohly svěřit. Na závěr 20 (69,0 %) respondentek uvedlo jako odpověď ani jednu z nabídnutých možností. (Tab. č. 14, Obr. č. 14)

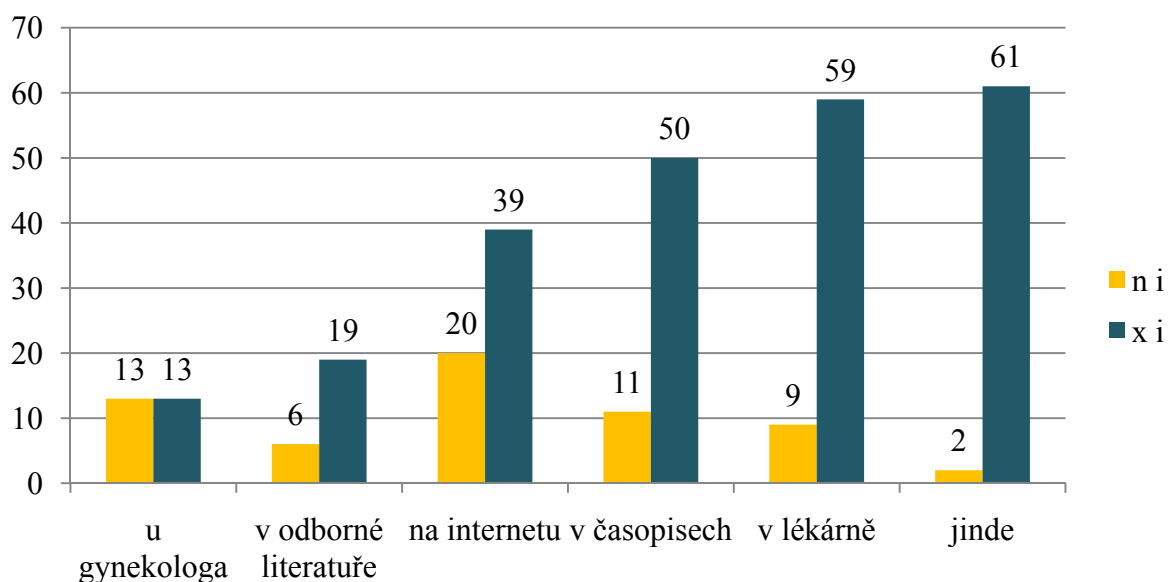
Otázka č. 15

Kde byste hledala informace k tomuto tématu?

- u gynekologa
- v odborné literatuře
- na internetu
- v časopisech
- v lékárně
- jinde
-

Tabulka č. 15 – Místa, kde lze vyhledat informace

vyhledání informací	n_i	x_i	$f_i\%$
u gynekologa	13	13	21,3%
v odborné literatuře	6	19	9,8%
na internetu	20	39	32,8%
v časopisech	11	50	18,0%
v lékárně	9	59	14,8%
jinde	2	61	3,3%
Σ	61		100,0%



Obrázek č. 15 - Místa, kde lze vyhledat informace

Odpovědi na otázku č. 15 mě nijak nepřekvapily. Možných odpovědí zde bylo více na výběr. Celkem jsem na tuto otázku získala 61 odpovědí. Procentuálně tedy vycházím z tohoto celkového počtu získaných odpovědí od dotázaných žen. Ženy nejčastěji vyhledávají informace na internetu. Takto odpovědělo 20 (32,8 %) respondentek. Druhým, nejčastějším zdrojem informací je gynekolog – zde hledá informace k tématu 13 (21,3 %) dotázaných. V časopisech hledá odpovědi na své otázky 11 (18,0 %) žen. Do lékárny zajde pro informace 9 (14,8 %) respondentek. Jen 6 (9,8 %) žen by hledalo informace v odborné literatuře. Což je na pováženou, oproti časopisům, které jsou zjevně populárnější. Jen 2 (3,3 %) dotázaných si z nabídnutých možností nevybralo a zvolily jiný zdroj. (Tab. č. 15, Obr. č. 15)

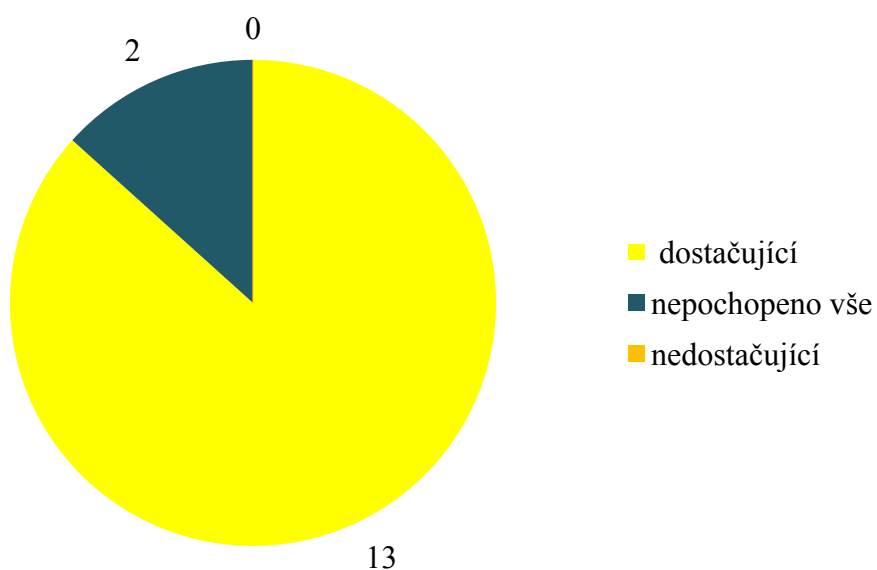
Otázka č. 16

Získané informace byly pro Vás přínosné?

- ano, byly dostačující, vše jsem pochopila
- ano, ale nepochopila jsem vše, mám ještě pár nezodpovězených otázek
- ne, nebyly dostačující
-

Tabulka č. 16 – Přínosnost získaných informací

vlastnost informací	n_i	$f_i\%$
dostačující	13	86,7%
nepochopeno vše	2	13,3%
nedostačující	0	0,0%
Σ	15	100,0%



Obrázek č. 16 - Přínosnost získaných informací

Na otázku č. 16 měly odpovídat pouze ženy, které opravdu vyhledávaly informace k danému tématu. Proto mi odpovědělo jen 15 žen z celkového počtu dotázaných. Celkem 13 (86,7 %) odpovědí bylo absolutně kladných, kdy ženy shledaly vyhledávaná informace dostačující a srozumitelné. Další 2 (13,3 %) odpovědi byly částečně kladné. Informace byly pro dotázané ženy přínosné, ale nebyly zcela pochopeny a nepřinesly odpovědi na všechny

otázky. Kupodivu žádná z žen nevedla, že by pro ni byly získané informace nedostačující. (Tab. č.16, Obr. č.16)

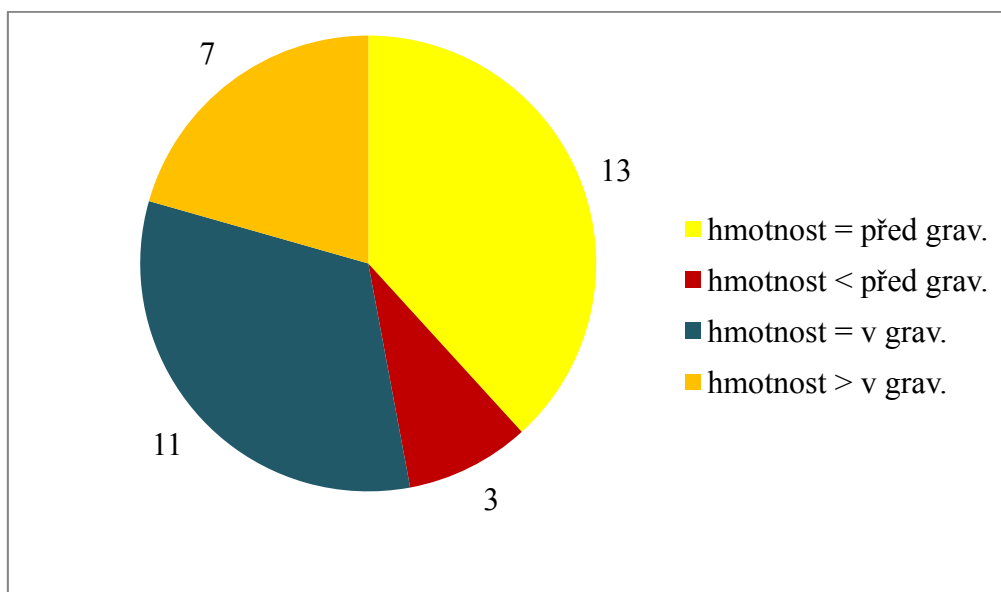
Otázka č. 17

Během těhotenství jste jistě přibrala. V současné době jste na tom s hmotností jak?

- máte stejnou hmotnost jako před graviditou
- zhubla jste oproti dřívějšímu (oproti stavu před těhotenstvím)
- vážíte přibližně stejně jako v graviditě
- znatelně jste přibrala oproti vaší váze v graviditě
-

Tabulka č. 17 – Aktuální hmotnost ženy 24 týdnů po porodu

aktuální hmotnost	n_i	$f_i \%$
hmotnost = před grav.	13	38,2%
hmotnost < před grav.	3	8,8%
hmotnost = v grav.	11	32,4%
hmotnost > v grav.	7	20,6%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 17 - Aktuální hmotnost ženy 24 týdnů po porodu

Otázkou č. 17 jsem se snažila zjistit aktuální hmotnostní stav ženy. Je totiž známo, že vyšší váhové přírůstky mohou mít vliv na rozvoj inkontinence moči. Z celkového počtu 34 dotázaných odpovědělo 13 (38,2 %) žen, že má stejnou hmotnost jako před otěhotněním. Jedná se tak o většinu. Až 11 (32,4 %) respondentek váží nyní, půl roku po porodu, stejně jako v graviditě. Dokonce 7 (20,6 %) žen uvedlo aktuální znatelný přírůstek oproti váze

během těhotenství. Pouze 3 (8,8 %) dotázaným se podařilo shodit oproti stavu před otěhotněním. (Tab. č. 17, Obr. č. 17)

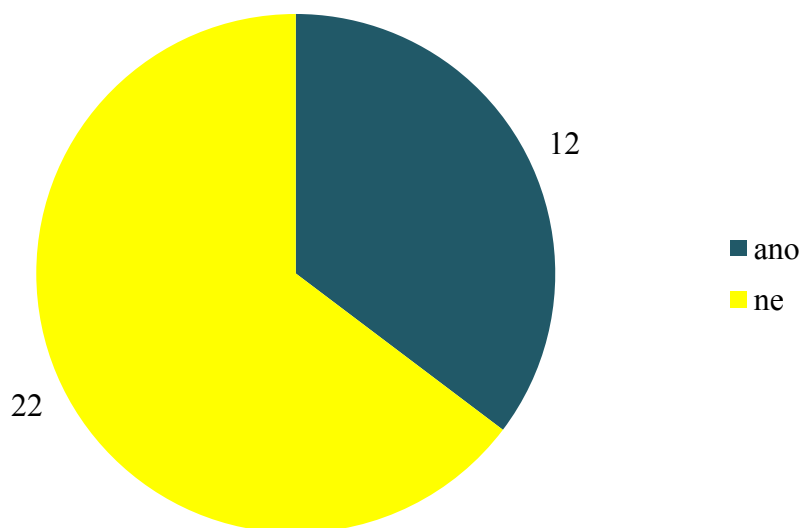
Otázka č. 18

Přemýšlela jste nad řešením problémů s inkontinencí?

- ano
- ne

Tabulka č. 18 – Kolik žen přemýšlelo nad řešením problému s únikem moči

řešení problémů	n_i	$f_i\%$
ano	12	35,3%
ne	22	64,7%
Σ	34	100,0%



Obrázek č. 18 - Kolik žen přemýšlelo nad řešením problému s únikem moči

U otázky č. 18 bylo na výběr pouze ze dvou odpovědí. Nejvíce odpovědí – 22 (64,7 %) bylo negativních, tolik žen nepřemýšlelo o problematice inkontinence. Pouze 12 (35,3 %) respondentek se danou problematikou někdy zabývalo. (Tab. č. 18, obr. č. 18)

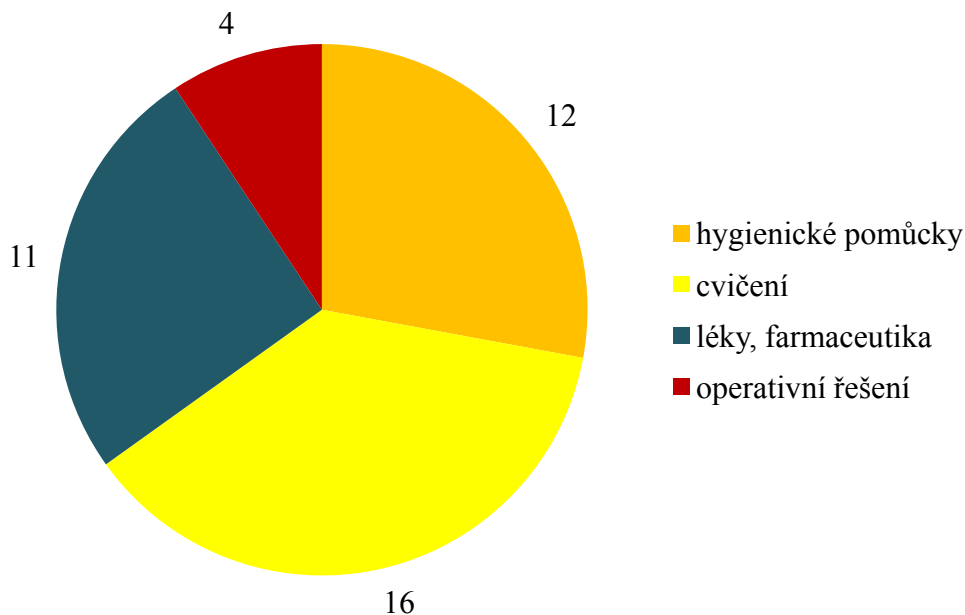
Otázka č. 19

Co myslíte, jaké jsou možnosti léčby inkontinence, která přetrvává půl roku po porodu?

- užívání hygienických pomůcek (vložky)
- cvičení (posilování pánevního dna), fyzioterapie
- léky, farmaceutika, případně vitamíny
- operativní řešení

Tabulka č. 19 – Možnosti léčby inkontinence přetrvávající půl roku po porodu

možnosti léčby	n _i	f _i %
hygienické pomůcky	12	27,9%
cvičení	16	37,2%
léky, farmaceutika	11	25,6%
operativní řešení	4	9,3%
Σ	43	100,0%



Obrázek č. 19 - Možnosti léčby inkontinence přetrvávající půl roku po porodu

U této otázky byla opět možnost více odpovědí najednou. Celkem jsem získala 43 odpovědí. Nejčastěji si ženy myslí, že možností léčby je cvičení. Tato možnost získala 16

(37,2 %) odpovědí. Dalším nejčastějším řešením je užívání hygienických pomůcek. Získaných odpovědí bylo 12 (27,9 %). Jen o jednu odpověď méně získala možnost užívání léků, farmaceutik a vitamínů – tedy 11 (25,6 %). Nejméně odpovědí pak získalo operační řešení inkontinence, kdy jsem získala jen 4 (9,3 %) odpovědí. Dá se z toho usuzovat jako povědomí o možnostech léčby, tak nejčastěji preferovaná možnost.

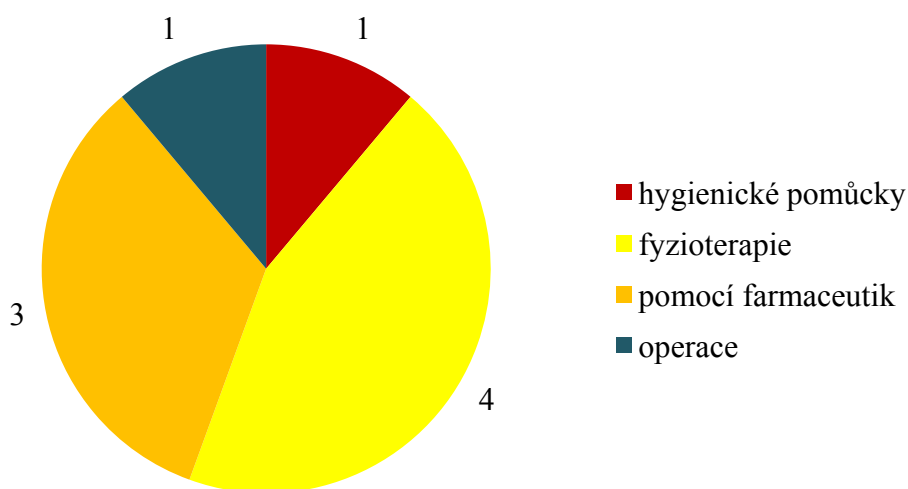
Otázka č. 20

Jakou možnost léčby byste preferovala?

- hygienické pomůcky
- fyzioterapii
- léčbu pomocí farmaceutik (léky)
- operaci
-

Tabulka č. 20 – Preferovaná možnost léčby

preferovaná léčba	n_i	$f_i\%$
hygienické pomůcky	1	11,1%
fyzioterapie	4	44,4%
pomocí farmaceutik	3	33,3%
operace	1	11,1%
Σ	9	100,0%



Obrázek č. 20 - Preferovaná možnost léčby

Na tuto otázku měly odpovídat pouze ty ženy, které trpí dosud inkontinencí moče. Celkem tedy odpovědělo 9 respondentek, což je rovno počtu inkontinentních žen podle otázky č. 4 v začátku dotazníku. Nejpreferovanější možností léčby je fyzioterapie, zvolily by ji 4 (44,4 %) ženy. Další nejčastěji zvolenou léčbou je užívání léků, byly by volbou pro 3 (33,3 %) respondentky. Jako definitivní řešení problémů s únikem moči bylo rovnocenně

zvoleno užívání hygienických pomůcek a operační řešení. Pouze jedna (11,1 %) žena by si zvolila operaci a jedna (11,1 %) by se spokojila s trvalým užíváním vložek. (Tab. č. 20, Obr. č. 20)

12 DISKUZE

Výzkumný záměr č. 1

Mým prvním výzkumným záměrem bylo zjistit, kolik žen dosud trpí únikem moče nebo jakýmkoliv obtěžujícím problémem spojeným s močením. Tímto jsem se zabývala v rámci prvních sedmi otázek. Častější nucení na močení je pro ženy obtěžující, přestože nemusí trpět inkontinencí moče. Zjistila jsem, že půl roku po porodu většina žen nepocítuje náhlé nutkání. Pokud bychom uvažovaly nad tím, že občasné náhlé nutkání na močení není již tolik obtěžující, tak bychom z vybraných odpovědí od 34 dotazovaných žen získaly pouze 8, které uvádějí náhlou potřebu neustále nebo většinou ano. Četnost cholení na toaletu pro nutnost vymočení je také parametrem souvisejícím s únikem moči. I zde jsem zjistila, že většina žen navštěvuje toaletu maximálně 8x denně, což je norma. Dalšími posuzovanými informacemi byly námaha při močení a četnost vstávání z lůžka během noci kvůli močení. Dá se ze získaných odpovědí odvodit, že vybraný vzorek žen trpí na potíže spojené s močením minimálně. Otázkou, zda žena trpí únikem moči či ne, jsem získala jednoznačné odpovědi. Z vybraného vzorku tak trpělo inkontinencí 26,5 % žen, kdy většinou unikala moč 1x týdně či méně často. Oproti stavu v graviditě hodnotí většina žen svůj současný stav pozitivně. Z 34 respondentek uvádí celkem 7 žen, že jsou jejich potíže ohledně močení stejné či dokonce horší. Je to tedy menšina pro daný vzorek.

Výzkumný záměr č. 2

Druhým záměrem bylo získání informací, kdy ženám únik moči nejvíce vadí, při kterých činnostech. Domnívala jsem se, že nejvíce to bude při běžných denních pracích. Což je pravda, protože z celkového počtu 9 inkontinentních žen uvedlo 6 tuto možnost. Očekávala jsem, že další aktivitou, při které je únik moči nejvíce obtěžující bude hra s dětmi. Ale ta se umístila až na posledním místě. Až pěti ženám vadí inkontinence moči nejvíce při sportu. Při nakupování či při návštěvách přátel je o to o něco méně.

Výzkumný záměr č. 3

Mým dalším výzkumným záměrem bylo zjistit, zda a jak ženy trpící únikem moči tento problém řeší a pokud ne, tak z jakého důvodu. Zjistila jsem tak, že 8 žen řeší inkontinenci dvojím způsobem a to užíváním hygienických pomůcek, či se aktivitám vyhýbají. Jedna žena dokonce neřeší svoji situaci vůbec. Což je zajímavé, protože všechny inkontinentní uvedly, že jim toto vadí. Nejčastější volbou je pro ženy užívání hygienických pomůcek, což je logické,

protože se jedná o nejdostupnější metodu a navíc si je ženy mohou pořídit celkem anonymně. Jedná se o rychlé řešení s okamžitým účinkem. Avšak nemohu opomenout, že cvičení je na druhém místě v možnostech řešení. Je to chvályhodné, protože jde o metodu s vysokou účinností, která však pro dosažení dobrých výsledků vyžaduje zodpovědný přístup a důslednost. Na stejné úrovni získaných odpovědí se také umístilo řešení léčby s lékařem, gynekologem. To znamená, že tyto ženy jsou odhodlané s únikem moči bojovat, odhodlaly se svěřit. Pokud respondentky nic pro zlepšení potíží nedělají je to nejčastěji z důvodu nedostatku času a informací. Nedostatek času a vůle je až druhotným důvodem.

Výzkumný záměr č. 4

Cílem čtvrtého záměru bylo získat informace o tom, zda se ženy svěřují s problémy s únikem moči. Také mě zajímalo, proč se nesvěřují. Z 9 inkontinentních žen se svěřilo pouze 5. Díky otázce, proč se ženy nesvěřily, jsem získala rozporuplné odpovědi, protože zde bylo více možností. Kupodivu jsem zaznamenala 5 názorů, že se vlastně nejedná o žádný velký problém. Původně jsem myslela, že se budou ženy stydět, ale toto se mi nepotvrdilo. Pouze jedna uvedla jako důvod stud. Také nepřítomnost důvěryhodné osoby v okolí je problémem.

Výzkumný záměr č. 5

V rámci dalšího výzkumného záměru jsem zjišťovala, zda ženy mají povědomí a přístup k informacím o dané problematice. Nejvíce informací by dotazované ženy čerpaly z internetu (32,8 %) a dále u gynekologa (21,3 %). Což není překvapivé vzhledem k dobré přístupnosti internetu. Výsledky týkající se dostatečnosti získaných informací jsou dobré. Posouzení přínosu informací jsem chtěla pouze po těch ženách, které skutečně nějaké informace vyhledávaly. Celých 87,6 % žen uvádí spokojenost se získanými informacemi, kdy je považují za dostatečné. Pouze 13,7 % respondentek uvedlo, že mají ještě doplňující otázky k získaným informacím. Potěšilo mě zjištění, že je veřejnost informovaná dostatečně.

Výzkumný záměr č. 6

Dalším výzkumným záměrem bylo informovat se o tom, jak jsou na tom ženy se svojí hmotností. Zda-li zde bude spojitost mezi počtem žen, které přibraly v těhotenství nebo po porodu s počtem inkontinentních žen. Z celkového počtu dotazovaných žen trpí inkontinencí 26,5 %, přičemž žen, které nyní váží stejně jako v graviditě je 32,4 % a nyní vážících více než v graviditě je 20,6 %. Určitě má tento faktor jistý vliv na únik moče.

Výzkumný záměr č. 7

Mým posledním záměrem bylo zjistit, zda-li ženy přemýšlí nad možnou léčbou inkontinence a jakou možnost by případně preferovaly. Mojí původní myšlenkou bylo, že většina by preferovala konzervativní fyzioterapii oproti radikálnějším operacím. Což se mi potvrdilo. Nad problematikou inkontinence přemýšlelo pouze 35,3 % respondentek, však je to dáno tím, že inkontinentních je v daném souboru 26,5 %. Cvičení, jako léčebná metoda, je nejčastěji zvolenou možností léčby ze všech zodpovězených dotazníku. Na dalších místech je užívání hygienických pomůcek, poté užívání léků a operační řešení na místě posledním. Ženy nejčastěji tedy zvolily neinvazivní metodu. Poslední otázkou v dotazníku jsem se chtěla dozvědět to, jakou možnost léčby by ženy preferovaly. Toto jsem požadovala pouze po těch ženách, které dosud inkontinencí trpí. Celých 44,4 % respondentek uvedlo fyzioterapii jako možnost první volby. Léčba farmaceutiky si získala přízeň 33,3 % žen. Užívání hygienických pomůcek s operačním řešením by zvolilo 11,1 % žen. Můj výzkumný záměr se tak potvrdil.

ZÁVĚR

Během tvorby této práce jsem získala mnoho vědomostí, které jsem si uvědomila i během své praxe. Na porodním sále se občas setkávám se ženami, které se přiznají k inkontinenci moči. Ačkoliv je naším cílem porod zdravého potomka a toto by mě tedy v tu chvíli zajímat nemělo, neubráníla jsem se bližšímu prozkoumání anamnézy. Sice jsem již měla svůj výzkum ukončený, ale fascinace tímto problémem přetrvává. V praxi jde hlavně o mladé ženy, které toto postihuje. Hledala jsem proto v těhotenských průkazkách, zda mají zaznamenán okamžik, kdy k inkontinenci vzniklo. Nenašla jsem žádnou zmínku. V poradnách gynekologů jsem nenarazila ani na jeden letáček. To spíš u praktického lékaře lze občas zahlédnout leták týkající se inkontinence. Ale hned při prvním pohledu je zřejmé, že je věnován ženám zralého věku. Ačkoliv se možná jedná o přechodný stav, tak myslím, že by tomuto tématu měl být věnován větší prostor. Výsledky z mého dotazníku mi poskytly dobrý podklad pro tuto práci, ale nyní vím, že pokud bych něco takového měla tvořit znovu, určitě bych přidala více otázek. Až v průběhu zpracování výsledků dotazníku a při tvorbě teoretické části jsem si uvědomovala, že by toto téma zasloužilo mnohem více otázek a hlavně větší výzkumný soubor.

Moje práce zahrnuje jak anatomii dolních cest močových, tak informace o rozdělení inkontinence, jejích příznacích. Dále jsem definovala inkontinenci moči jako takovou. Snažila jsem se rozebrat vyšetřovací metody a léčbu poruch. Popsala jsem příznaky různých inkontinencí, jejich patofyziologii a faktory vzniku. Vliv těhotenství a porodu na močový trakt je nosným bodem této práce. Dále jsem se zaměřila na vyšetřovací metody. Zvláště jsem si přála popsat urodynamické metody, které jsou hojně využívány. Léčba inkontinencí je stručně popsána. V praktické části jsem se zabývala zpracováním výsledků dotazníků, které jsem rozesílala formou internetového odkazu pomocí e-mailu na počátku ledna 2011. Výsledky jsem pak graficky znázornila a popsala. Mé výzkumné záměry se mi víceméně potvrdily. Počet inkontinentních žen mě velmi zajímal, ale zároveň mě nepřekvapil. Aktivity, během kterých ženám únik moči vadí nejvíce mě překvapily částečně. Získala jsem tak poučující informace. To, že ženy budou svůj problém s únikem moči řešit primárně užíváním vložek není novinkou. Ale mrzí mě, že se vyhýbají aktivitám souvisejícím se zvýšenou tendencí k úniku moči. Je to pro život omezující. Potěšilo mě, že je pro ženy metodou řešení inkontinence cvičení. Jde o levnou a účinnou metodu, je dobré, že to ženy vědí. Otázkou ale je, kolik z nich toto opravdu praktikuje v běžném životě. Dále jsme zjistila, že se ženy nespěšují, protože podceňují důležitost problému. Nejspíše je samy vyřeší koupí

hygienických pomůcek. Bohužel toto neřeší problém trvale. Určitě by bylo zajímavé tento samý vzorek žen pozorovat déle a zjistit, zda-li cvičením, při současném užívání vložek dosáhly změny. Informovanost veřejnosti je, zdá se, dobrá. I o možnostech léčby mají ženy povědomí. Vítězství fyzioterapie nad operativou bylo nasnadě. Mohlo by to znamenat i jistou vůli ke změně vlastní aktivitou, kterou by ženy vynaložily k léčbě. Pokud bych měla shrnout svoji práci, tak byla přínosná pro mě a možná bude přínosem i pro jiné, které zajímá tato tematika.

POUŽITÉ ZKRATKY

BMI	Body Mass Index
C	compliance
CDV	Color Doppler Velocity, barevné dopplerovské vyšetření
CLPP	Cough Leak Point Pressure, únikový tlak při kašli
C_{max}	maximální cystometrická kapacita, maximální náplň MM
EA	epidurální analgezie
EMG	elektromyografie
FDV	First Desire Value, první nucení na moč
FUL	funkční délka uretry
GIT	gastrointestinální trakt
GSI	Genuine Stress Incontinence, pravá stresová inkontinence
ICS	International Continence Society
ISD	Intrinsic Sphincter Deficiency, defekt sfinkteru uretry
LUTD	Lower Urinary Tract Dysfunction, projevy dysfunkce dolního močového traktu
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms, příznaky dolního močového traktu
MM	močový měchýř
MUCP	Maximal Urethral Closure Pressure, maximální uretrální uzávěrový tlak
OAB	Overactive Bladder, hyperaktivní močový měchýř
p	tlak
p_{abd}	tlak v dutině břišní
p_{det}	detruzorový tlak
p_{ura, max}	maximální uretrální tlak

p_{ves}	tlak v močovém měchýři
Q	močový proud
Q_{ave}	průměrná rychlost proudu
Q_{max}	maximální rychlost proudu
t	čas močového proudu
TF	faktor přenosu
t_{max}	čas do maximální rychlosti proudu
TOT	tension-free obturator tape
TVT	tension-free vaginal tape
UVJ	uretrovezikální junkce
UPP	uretrální tlakový profil
UZ	ultrazvuk
V	objem
VLPP	Valsalvův manévr
VUPP	Voiding Urethral Pressure Profile

LITERATURA

1. ABRAMS, Paul, a kol. Clinical manual of incontinence in women. [s.l.]: Health Publications, 2005. ISBN 0-9546956-3-1.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. Funkční anatomie. Praha 7: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. HALAŠKA, Michael, a kol. Urogynekologie. Praha 5: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
4. KAWACIUK, Ivan. Urologie. Praha 5: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
5. KRHUT, Jan. Hyperaktivní močový měchýř. Praha 4: Jesenius Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha 7: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. MARTAN, Alois, a kol. Inkontinence moči u žen. Praha 4: Jesenius Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
8. MARTAN, Alois, a kol. Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen. Praha 8: PanMed, 2001. ISBN 80-903049-0-7.
9. ROB, Lukáš, a kol. Gynekologie. Praha 5: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
10. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha 7: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3373-9.
11. ZIKMUND, Jiří. Inkontinence moči u žen. Praha 1: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Vendula Petrová a jsem studentkou oboru porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci, která je zaměřená na vznik inkontinence moči (samovolný únik moči) v těhotenství a její další vývoj po porodu. V mém případě na vývoj inkontinence 6 měsíců po porodu. Toto téma je velice intimní a je potřeba delší časový úsek na posouzení. Zamyslete se přitom nad tím, jak jste se v průměru cítila za poslední 2 týdny. Na některé otázky jste odpovídala již v průběhu předchozích dvou dotazníků, které se Vám dostaly do rukou. Tyto otázky musí být stejné abychom mohli monitorovat vývoj inkontinence. U každé otázky je na výběr z možností i pro ty z Vás, které potížemi s močením netrpí. Jde o poslední odpověď z nabídnutých možností za každou otázkou.

- 1. Máte problémy s náhlou potřebou rychle jít na toaletu, abyste se vymočila?**
 - a) neustále
 - b) většinou ano
 - c) občas
 - d) zřídka
 - e) vůbec ne

- 2. Jak často chodíte močit během dne?**
 - a) do 8x
 - b) 9-12 x
 - c) 13-16x
 - d) více jak 16 x

- 3. Musíte se namáhat, abyste se vymočila?**
 - a) neustále
 - b) většinou ano
 - c) občas
 - d) zřídka
 - e) vůbec ne

- 4. Uniká Vám samovolně moč?**
 - a) ano
 - b) ne

- 5. Jak často Vám samovolně uniká moč?**
 - a) 1x za týden, nebo méně často
 - b) 2-3x za týden

- c) 1x za den
- d) vůbec ne

6. Kolikrát musíte v noci vstát z lůžka, abyste se vymočila?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více
- e) vůbec ne

7. Máte pocit, že problémy s močením jsou lepší než před porodem?

- a) ne, jsou stejné
- b) ne, jsou horší
- c) jsou částečně lepší
- d) vymizely
- e) neměla jsem nikdy a nemám žádné problémy s močením

8. Během kterých aktivit Vám vadí problémy s močením?

- a) běžné domácí práce
- b) sport
- c) nakupování
- d) návštěvy přátel
- e) hry s dětmi
- f) nevadí Vám , protože problémy nemáte

9. Jak tyto situace řešíte?

- a) užíváte hygienické pomůcky
- b) vyhýbáte se těmto aktivitám, pokud to jde
- c) neřešíte

10. Jak tyto situace působí na Vaši psychiku?

- a) vadí Vám to
- b) vadí to Vašemu okolí
- c) nevadí Vám to

11. Pokud Vám to vadí, co děláte pro zlepšení?

- a) hubnete
- b) cvičíte
- c) užíváte hygienické pomůcky
- d) řešíte léčbu s lékařem / gynekologem
- e) nic

12. Pokud neděláte nic pro zlepšení, z jakého důvodu?

- a) nemáte dostatek informací
- b) nedostatek času
- c) nedostatek energie
- d) nedostatek vůle
- e) z důvodu bolesti, která Vám brání v cvičení (např. bolest vzniklá porodním poraněním)
- f) nepotřebujete nic dělat

13. Svěřila jste se s problémy ohledně inkontinence?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, nebylo třeba, protože problémy nemám

14. Pokud ne, z jakého důvodu jste tak neučinila?

- a) stydíte se
- b) nepovažujete to za tak velký problém
- c) nemáte potřebu se svěřovat
- d) nemáte nikoho, komu důvěřujete
- e) ani jedna z možností

15. Kde byste hledala informace k tomuto tématu?

- a) u gynekologa
- b) v odborné literatuře
- c) na internetu
- d) v časopisech
- e) v lékárně
- f) jinde

Na otázku č. 16 odpovězte pouze pokud jste vyhledávala informace o inkontinenci:

16. Získané informace byly pro Vás přínosné?

- a) ano, byly dostačující, vše jsem pochopila
- b) ano, ale nepochopila jsem vše, mám ještě pár nezodpovězených otázek
- c) ne, nebyly dostačující

17. Během těhotenství jste jistě přibrala. V současné době jste na tom s hmotností jak?

- a) máte stejnou hmotnost jako před graviditou
- b) zhubla jste oproti dřívějšímu (oproti stavu před těhotenstvím)
- c) vážíte přibližně stejně jako v graviditě
- d) znatelně jste přibrala oproti vaší váze v graviditě

18. Přemýšlela jste nad řešením problémů s inkontinencí?

- a) ano
- b) ne

19. Co myslíte, jaké jsou možnosti léčby inkontinence, která přetrvává půl roku po porodu?

- a) užívání hygienických pomůcek (vložky)
- b) cvičení (posilování pánevního dna), fyzioterapie
- c) léky, farmaceutika, případně vitamíny
- d) operativní řešení

Na tuto otázku odpovězte, pouze trpíte-li dosud inkontinencí moče:

20. Jakou možnost léčby byste preferovala?

- a) hygienické pomůcky
- b) fyzioterapii
- c) léčbu pomocí farmaceutik (léky)
- d) operaci

Srdečně Vám děkuji za Vaše odpovědi, čas a ochotu při vyplnění dotazníku. Vaše odpovědi nám pomohou zjistit nové skutečnosti potřebné ke zlepšení péče o ženy trpící inkontinencí