

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Petra BORŮVKOVÁ**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Psychosomatická problematika inkontinentních žen**

**Petra Borůvková**

**Bakalářská práce**  
**2011**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra BORŮVKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z07057**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Psychosomatická problematika inkontinentních žen**  
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 na téma: Psychosomatická problematika inkontinentních žen.
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. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. Inkontinence moči. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
2. GALAJDOVÁ, L. O nemocech močového měchýře : aneb léčba inkontinence. 1. vyd. Praha 7 : Grada, 2000. ISBN 80-7169-950-0.
3. MARTAN, A. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba : průvodce ošetřujícího lékaře. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
4. MORSCHITZKY, H.; SATOR, S. Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
5. TRESSS, W.; KRUSSE, J.; OTT, J. Základní psychosomatická péče. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Věra Erbenová**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **18. července 2011**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. května 2011

## **Čestné prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny, které jsem v této 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 19. 5. 2011

Petra Borůvková

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Věře Erbenové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady při jejím zpracování.

Dále bych chtěla poděkovat klientkám za jejich ochotu a čas. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

V Pardubicích dne 19. 5. 2011

Petra Borůvková

## **SOUHRN**

Tématem bakalářské práce je psychosomatická problematika inkontinentních žen. V teoretické části je definován pojem inkontinence moči, dále jsou zde popsány rizikové faktory, diagnostika, pojem psychosomatika, konzervativní a operační léčba inkontinence.

Výzkumná část obsahuje výzkumné otázky a výsledky dotazníkového šetření. Dotazník byl určen ženám, které trpí inkontinencí moče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Inkontinence, ženy, psychosomatika, diagnostika, léčba

## **TITLE**

Psychosomatic problems of incontinent women

## **ABSTRACT**

The theme of the thesis is a psychosomatic problems of incontinent women. The theoretical part is to define the term urinary incontinence, as described here are risk factors, diagnosis, the term psychosomatic, conservative and surgical treatment of incontinence.

In addition, I deal with the concept of psychosomatic and treatment of incontinence.

The research section contains research issues and results of the survey. The questionnaire was designed for women who suffer from incontinence of urine.

## **KEYWORDS**

Incontinence, women, psychosomatics, diagnosis, treatment

# Obsah

ÚVOD.....	10
CÍLE .....	11
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
1 Inkontinence moči .....	12
1.1 Urgentní inkontinence.....	13
1.2 Stresová inkontinence.....	14
1.3 Reflexní inkontinence .....	15
1.4 Paradoxní inkontinence (inkontinence z přetékání – paradoxní ischurie).....	15
1.5 Smíšená inkontinence.....	15
1.6 Přejídná inkontinence.....	15
2 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	16
3 DIAGNÓZA INKONTINENCE.....	17
3.1 Anamnéza.....	17
3.2 Fyzikální vyšetření.....	17
3.3 Klinické testy.....	18
3.3.1 Pad - weight test.....	18
3.3.2 Q-tip test .....	19
3.3.3 Marshallův test.....	19
3.3.4 Stres test.....	19
3.4 Zobrazovací metody.....	19
3.5 Urodynamicke vyšetřovací metody.....	20
3.5.1 Uroflowmetrie.....	20
3.5.2 Plnicí cystometrie.....	20
3.5.3 Uretrální tlakový profil .....	21
3.5.4 Elektromyografie.....	21
4 PSYCHOSOMATIKA.....	22
5 KONZERVATIVNÍ LÉČBA INKONTINENCE.....	24
5.1 Léčba stresové inkontinence.....	24
5.1.1 Gymnastika svalů pánevního dna – Kegelovy cviky.....	24
5.1.2 Biofeedback.....	26
5.1.3 Elektrostimulace.....	26
5.1.4 Mechanické prostředky.....	27
5.1.5 Poševní pesary.....	27
5.1.6 Farmakoterapie u stresové inkontinence.....	28
5.2 Léčba urgentní inkontinence moči.....	28
5.2.1 Behaviorální léčba UI.....	28
5.2.2 Medikamentózní léčba urgentního typu inkontinence.....	29
6 OPERAČNÍ LÉČBA INKONTINENCE.....	30
6.1 Závěsné suprapubické operace (vezikopexie).....	30
6.2 Vaginální operace (kolpoplastiky).....	30
6.3 Operace volnou vaginální páskou – TVT.....	30
6.4 Injekční implantáty.....	31
6.5 Umělý svěrač uretry (AUS).....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>32</b>
7 METODIKA VÝZKUMU.....	32
7.1 Četnostní veličiny .....	32
7.2 Výzkumné otázky.....	33
7.3 Analýza a interpretace výsledků.....	34
8 DIZKUZE.....	62
ZÁVĚR.....	64



SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	67
SEZNAM ZKRATEK.....	72

## Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám psychosomatickou problematikou inkontinentních žen. Podle mého názoru inkontinence moči ovlivňuje fyzickou, psychickou i sociální stránku ženy. Mnohé nevědí jak se s problémem vypořádat, stydí se o svých obtížích mluvit a řeší je samy použitím v dnešní době snadno dostupnými absorpčními pomůckami. Je pro ně těžké věnovat se každodenním činnostem. I mírné obtíže úniku moči ženy pocítují jako společenský problém, který má dopad na kvalitu jejich života. Ženy se z důvodu studu, obavy ze zápachu vyhýbají společnosti. Některé považují inkontinenci moči za součást stárnutí, jiné mají strach z operační léčby, nebo o této možnosti léčby nevědí.

Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že únik moči je častým problémem v dnešní společnosti. Přesto, že se vyskytuje často, není mu věnována dostatečná pozornost. Zjišťuji, jestli existuje vztah mezi příznaky a stresujícími podněty, jakými mohou být manželské problémy, chirurgický zákrok, emocionální stres nebo nadměrně zatěžující situace.

Práce je rozdělena na dvě části. V první části se věnuji vysvětlení pojmu inkontinence moči, popisují jednotlivé typy, rizikové faktory a diagnostiku inkontinence moči. Dále se zabývám psychosomatickým pohledem na toto onemocnění, konzervativní a operační léčbou inkontinence moči.

Výzkumná část slouží k interpretaci výsledků, které vyplynuly z dotazníkového šetření.

## Cíle

1. Zjistit, ve kterém věku se inkontinence moči vyskytuje nejčastěji.
2. Zjistit, kterým typem inkontinence trpí ženy nejvíce.
3. Zjistit, jestli se ženy se svými problémy o úniku moči někomu svěřují nebo se za své potíže stydí.
4. Zjistit, ve které oblasti nejvíce snižuje inkontinence moči kvalitu života člověka.
5. Zjistit, zda symptomy IM mají vliv na psychiku ženy.

# I Teoretická část

## 1 Inkontinence moči

Nejčastější poruchou funkce močového měchýře a uretry je **inkontinence moči**. Inkontinence není choroba, ale je symptomem, který má různé příčiny. Onemocněním se stane ve chvíli, kdy pacientce způsobí zdravotní, psychické, hygienické, společenské a jiné obtíže. Inkontinence je také úzce spojena s otázkou kvality života. Většina postižených pomoc nehledá, za své potíže se stydí a skrývají je, nebo nevědí o možnosti obrátit se na lékaře. Dlouhodobé neřešení tohoto problému může pacientce působit diskomfort, ale také ji vyloučit ze společenských, pracovních a osobních aktivit. V některých případech může vést až k tělesné a duševní invalidizaci. Samovolný únik moči může postihovat děti, ženy i muže v jakémkoli věku. (4, 18)

Zmínky o inkontinenci moči je možné nalézt v dílech antických lékařů a to v souvislosti s prolapsem pánevních orgánů. Rozvoj chirurgické léčby úniku moči nastal v průběhu 19. století a v první polovině 20. století. Zásahu na tomto rozvoji mají zakladatelé moderní gynekologie James M. Sims a Howard A. Kelly. Problematika psychosociálního a ekonomického významu byla vnímána koncem 40. let 20. stol., kdy gynekolog Arnold Kegel začal léčit inkontinenci moči cvičením svalů pánevního dna. (12)

V roce 1971 byla založena Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS – International Continence Society), která se zabývá problematikou poruch funkce dolních močových cest. ICS sdružuje odborníky z oborů gynekologie a urologie. Tato společnost vytvořila definici inkontinence moči: „*Inkontinence moči je stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné.*“ (Halaška, 2004, s. 5)

Termínem inkontinence označujeme příznak (symptom), projev (sign) a stav (condition). **Příznak** je subjektivní hodnocení nemoci nebo změny stavu vnímané pacientkou a vede k vyhledání pomoci. **Projevy** jsou objektivní průkazy úniku moči pozorovány lékařem pomocí vyšetřovacích metod, mikčních deníků, kvantifikačních testů a dále dotazníků. **Stav** je určen urodynamickým pozorováním s charakteristickými příznaky a projevy. (10)

Močovou inkontinenci rozeznáváme extrauretrální a uretrální.

- **Extrauretrální** inkontinence pochází z latinského slova extra (mimo) a uretra (močová trubice), jedná se o trvalý únik moče jinými cestami než uretrou. Může být vrozená nebo získaná. Vrozená může být důsledkem vrozené vývojové vady např. extrofie (rozštěp močového měchýře), ektopický ureter, hypospadiie (rozštěp močové trubice). Tento typ inkontinence trápí pacienty od narození a léčba je často operační v raném dětství. Mezi získané formy patří píštěle – ureterální, vezikální a uretrální.
- **Uretrální** inkontinence, kdy moč uniká močovou trubicí, dělíme na urgentní, stresovou, reflexní, paradoxní. (4, 5)

## 1.1 Urgentní inkontinence (UI)

Urgentní inkontinence je nechtěný únik moče spojený s náhlým, neovladatelným, silným nucením na močení. V současné době se používá termín hyperaktivní močový měchýř (OAB – overactive bladder). Tento typ inkontinence se následně dělí na dvě formy podle příčiny: motorická forma urgencye a senzorická forma urgencye. (2, 10, 12)

- a) **Motorická forma UI** je charakterizována motorickým dráždivým měchýřem. K úniku moči dochází následkem netlumených vypuzovacích kontrakcí detruzoru (hyperaktivita detruzoru). V anglické literatuře se pro tento stav používá výraz nestabilita detruzoru. Netlumené kontrakce detruzoru jsou u tohoto stavu vyvolány provokačními momenty např. kašel, smích, kýchnutí, změna polohy. Po provokačním podnětu dochází po krátké latenci k odtoku moči, který je provázen imperativním nucením na močení. Symptomy urgentní motorické inkontinence jsou polakisurie, nykturie, imperativní nucení na močení. Vznik této inkontinence souvisí s psychickými dispozicemi. K urgenci mohou vést i vědomí, že v blízkosti je WC, zvuk tekoucí vody apod. Příčiny jsou neurologické, ztížený odtok moči – např. důsledkem vrozených nebo získaných organických vad, rovněž v důsledku porušené koordinace funkce močového měchýře a uretry. Další příčinou jsou idiopatické formy, u kterých je neurologický nálezný v normě. Původ může být v měchýři např. atrofie sliznice močového měchýře po ozařování, tumory, cizí tělesa v močovém měchýři, velká cystokéla aj.

- b) **Senzorická forma UI** způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru. Příznaky jsou stejné jako u motorické formy inkontinence, jen únik moči je méně častý. Rozlišujeme *primární a sekundární senzorickou* urgentní inkontinenci. U primární je etiologie neznámá. Sekundární se vyskytuje u zánětu, nádoru stěny močového měchýře či u litiázy. (2, 4, 10, 12, 18)

## 1.2 Stresová inkontinence

K mimovolnému úniku moči dochází při fyzických aktivitách v důsledku zvýšení intraabdominálního tlaku a to při kašli, smíchu, kýchání, běhání, skákání, zvedání předmětů apod. Dělí se podle závažnosti do 3 stupňů:

- **I. stupeň (lehká forma)** – inkontinence při náhlém, velkém zvýšení nitrobřišního tlaku (při kašli nebo kýchnutí), moč odtéká přerušovaně,
- **II. stupeň (střední forma)** – únik moči při pohybech, které nejsou spojené s výrazným vzestupem nitrobřišního tlaku (při běhu, rychlé chůzi, chůzi po schodech),
- **III. stupeň (těžká forma)** – k úniku moči dochází při minimální fyzické námaze nebo i vleže na lůžku.

Příčinou je většinou oslabení svalstva pánevního dna, dále dochází k sestupu dělohy a také močového měchýře. Druhým důvodem je porucha uretry jako sfinkteru. Obě tyto příčiny se mohou kombinovat. Dalšími faktory, které ovlivňují vznik této inkontinence, jsou porodní poranění pánevního dna, obezita, chronický kašel, poruchy prokrvení a neuroendokrinní změny v klimakteriu. V patofyziologii se uplatňuje snížení uretrálního uzávěrového tlaku v souvislosti s věkem. Tento typ inkontinence se vyskytuje častěji u starších žen, které mají nedostatek hormonů.

Únik moči je zatěžující, ženy mívají strach z problémů, proto málo pijí a mohou se vyhýbat společnosti. Prevencí je posilování svalstva pánevního dna. (2, 4, 12, 18)

### **1.3 Reflexní inkontinence**

Za reflexní inkontinenci označujeme nechtěný únik moči následkem abnormální reflexní aktivity míšního centra společně s vymizením pocitu nucení na močení. Pokud pacientka trpí onemocněním nebo poškozením centrálního nervového systému, tak ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu. K mikci dochází bez předchozího pocitu na močení. Varovným signálem před nežádoucím únikem moči může být pocení. (4, 12, 18)

### **1.4 Paradoxní inkontinence (inkontinence z přetékání – paradoxní ischurie)**

Jedná se o mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři, který je způsobený pasivním přepětím stěny močového měchýře. V těchto případech chybí aktivita detruzoru. Často dochází k únikům malého množství moči i po několika minutách. Aspekci, palpaci a také ultrazvukovým vyšetřením podbříšku zjistíme naplněný močový měchýř, který může dosahovat až k pupku. (2)

### **1.5 Smíšená inkontinence**

Současný výskyt stresové a urgentní inkontinence označujeme pojmem smíšená inkontinence.

### **1.6 Přejídná inkontinence**

Dalším typem je přejídná inkontinence, která se může vyskytnout v bezvědomí, při atrofické uretritidě, kolpitudě, při uroinfekci, při užívání léků jako jsou hypnotika, diuretika, spazmolytika, atd. Psychické příčiny jsou demence u starých pacientů, těžké deprese. U ležících, nepohyblivých pacientů, vlivem omezené mobility, může dojít k dysfunkci dolních močových cest. Také problémy s defekací jako jsou obstipace, hemeroidy, zánět konečníku se někdy podílí na poruchách močení. (2)

## 2 Rizikové faktory

Rizikové faktory pro vznik inkontinence moči jsou predisponující, vyvolávající, podporující a dekompenzující.

Mezi **predisponující** rizikové faktory patří genetické faktory, pohlaví, rasa, anatomické, neurologické a svalové abnormality. Genetické faktory a dědičnost souvisí s rozvojem urgentní a stresové inkontinence. U žen, jejichž matku nebo sestru trápí únik moči, je větší riziko pro vznik a rozvoj inkontinence. Nejvíce prozkoumaný faktor je pohlaví. Prevalence stresové inkontinence je vyšší u žen. Oproti mužům je výskyt tohoto onemocnění u žen nad 60 let 1,5 – 2 krát vyšší. Vrozené defekty dělohy, močové trubice nebo píštěle, dále vrozené neurologické poruchy, traumata mozku a míchy (úrazy, krvácení) mohou způsobit inkontinenci.

Mezi **vyvolávající** faktory patří těhotenství a porody, které mohou poškodit strukturu pánevního dna. Větší riziko se vyskytuje v souvislosti s epiziotomií a porodem vedeným císařským řezem. Na vzniku následné inkontinence má největší vliv průběh prvního těhotenství a porodu. Souvislost se vznikem této problematiky mají radikální hysterektomie, chirurgie rekta, rozsáhlé pánevní operace či ozařování malé pánve.

**Podporujícím** faktorem zvláště stresové inkontinence je obezita. S nárůstem obezity souvisí zvyšování intraabdominálního tlaku, napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna. Vliv na kontinenci má i obstipace. Poruchu vyprazdňování až močovou retenci a následně inkontinenci z přetékání může způsobit skybala v rektu. Vznik tohoto onemocnění podporuje životní styl, výživa, kouření, plicní onemocnění, léky – diuretika mohou způsobit nykturie a vznik inkontinence u žen s hyperaktivním detruzorem, poruchy pánevního dna, infekce močových cest. Častý je výskyt úniku moči v souvislosti s neurologickými onemocněními např. Parkinsonova choroba, roztroušená mozkomíšní skleróza.

Dočasnou nebo trvalou poruchu kontinence mohou vyvolat **dekompenzující** faktory. Mezi tyto rizikové faktory zahrnujeme věkem sníženou kapacitu měchýře i změny pánevního dna. Také mentální poruchy (demence), poškození pohybového aparátu a poruchy kognitivních funkcí souvisí s vyšším výskytem úniku moči.



## 3 Diagnóza inkontinence

Správně stanovená diagnóza má zásadní význam pro zvolení co nejvhodnějšího léčebného plánu a výsledek léčby. Důležité je zjistit příčinu samovolného odtoku moči. K diagnostice se využívá anamnéza, fyzikální vyšetření, klinické testy, laboratorní vyšetření, zobrazovací a urodynamické vyšetřovací metody. Základní vyšetření, které provádí praktický lékař je anamnéza, fyzikální vyšetření a biochemické vyšetření moče.

### 3.1 Anamnéza

Anamnézu tvoří otázky, které jsou zaměřené na nejčastější symptomy inkontinence. Při rozhovoru s pacientem zjišťujeme, při jakých stavech dochází k úniku moči, jaká je psychická aktivita během úniku moče, frekvence, pocity nucení na močení, přibližný objem moči a zda existují nějaké stavy, kdy dochází ke zlepšení nebo vymizení tohoto problému. Důležité jsou předchozí operace, hlavně v oblasti urogenitálního systému, vrozené vady, prodělané infekce močového ústrojí, psychický stav pacienta, současná medikace, funkce gastrointestinálního systému, gynekologicko – porodnická anamnéza, pracovní zařazení, rodinný a sexuální život.

Urologická anamnéza nám podává informace o bolesti nebo tlaku nad sponou, polakysurii, nykturii, imperativním nucení na moč, popřípadě hematurii. Důležitou pomůckou je **mikční deník**. Pacientka si pravidelně zapisuje příjem tekutin během 24 hodin, frekvenci močení, množství moči a taky situace, kdy došlo k nežádoucímu úniku moči. Mikční deník pomáhá lékaři v zjištění příčiny, volbě léčby a následně ke srovnání s kontrolou po léčbě.

Anamnéza může být doplněna dotazníkem pro stanovení inkontinence, které pacientka vyplní doma. Nejznámější je **Gaudenzův dotazník**. Ten obsahuje 26 otázek, které jsou hodnoceny bodově a výsledek umožňuje rozlišit urgentní a stresovou inkontinenci. (2, 12, 6)

### 3.2 Fyzikální vyšetření

Společně s celkovým vyšetřením pacientky se provádí i gynekologické vyšetření. Mezi základní patří **vyšetření břišní stěny, rektální vyšetření, vyš. zevního genitálu, vaginální a orientační neurologické vyšetření**. Při aspekci zevního genitálu lékař zhodnotí stav kůže a typ pubického ochlupení, výšku hráze, jizvy po epiziotomii či rupturách. Dále se

vyšetřuje zevní ústí uretry, stav poševní sliznice a kvalita závěsu poševních stěn, v klidu i při zatlačení. Také si všímáme kontrakční schopnosti svalů pánevního dna. Na závěr fyzikálního vyšetření se provádí orientační neurologické testy a to vyšetření análního a bulbokavernózního reflexu. Hodnocení tohoto vyšetření je klinicky obtížné a hůře výbavné reflexy mohou být i u kontinentních žen. (2, 5, 12)

Laboratorní vyšetření moči chemicky, močového sedimentu a mikrobiologické vyšetření moči se provádí vyloučení močové infekce. U pacientů kde se předpokládá operační léčba inkontinence je doporučeno biochemické vyš. renálních funkcí. Léčba infekce močových cest může vést k odstranění nebo zmírnění příznaků.

### 3.3 Klinické testy

Pomocnými vyšetřovacími testy v urogynékológii jsou **pad – weighing test, Q-tip test, Marshalův test a stres-test.**

#### 3.3.1 Pad - weight test

Nejrozšířenějším testem je test vážení vložek (pad-weighing test, PWT, pad test). PWT je výrazná pomůcka k určení množství uniklé moči. Mezinárodní společnost pro kontinenci doporučuje tento test využívat k hodnocení inkontinentních pacientek před zahájením léčby a také ke zhodnocení výsledku po skončení terapie. Test vážení vložky určuje ztrátu moči pomocí vážení vložek za určité časové období, před aktivitami a po nich. Pacientka během testu vypije stanovené množství tekutiny a následně vykoná aktivity, při kterých dochází k úniku moči. Existují 2 skupiny pad testů: kvalitativní a kvantitativní. V praxi se nejvíce užívají kvantitativní testy. Existuje řada variant, které se liší dobou užití vložek a různými schématy aktivit k vyvolání úniku moče (např. 1hodinový, 48 hodinový, 40 minutový test).

Jednohodinový test doporučila k užívání International Continence Society. Tento jednoduchý test, sloužící k objektivnímu měření ztrát moči, může být využit u všech pacientek. Vyšetření se provádí bez předchozího vymočení vložky. Nejprve se zvážené vložky nebo pleny vloží do nepropustných spodních kalhotek a pacientka vsedě, max. v 15. minutovém intervalu, vypije 500 ml tekutiny. Poté 30 minut chodí, včetně chůze po schodech, pak během 15 minut provádí: stoj ze sedu a to 10 krát, kašle – 10 krát, 1 minutu běh na místě, dále se musí ohnout a zvednout předmět z podlahy – 5krát a umýt si ruce

v proudící vodě (1 min.).

Po provedení pad testu se zváží vložky a provede se vyhodnocení testu podle nárůstu váhy. Při ztrátě moči menší než 2g/h se nejedná o inkontinenci. Jestli je únik moči do vložky větší než 2 g, je test pozitivní. (5, 12)

### 3.3.2 Q-tip test

Q-tip test slouží k orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Nejprve se do uretry zavede navlhčená vatová štětička, žena zatlačí a v případě uvolněné uretrovezikálního spojení štětička opisuje polokruh směrem vzhůru. Pohyb štětičky o více než 30 stupňů se klasifikuje jako patologický a svědčí o hypermobilitě uretry. (5, 10)

### 3.3.3 Marshallův test

Během Marshallova testu se měchýř naplní 200 ml sterilní tekutiny. Jestliže pacientka trpí stresovou inkontinencí, při zakašlání odtéká moč. (12)

### 3.3.4 Stres test

Pomocí Stres testu lékař objektivizuje únik moče při stresové inkontinenci. Klientka ve stoji rozkročněm, s plným močovým měchýřem je pobídnuta ke kašli. Pokud dojde k úniku moče je test pozitivní. (18)

## 3.4 Zobrazovací metody

Dominantní zobrazovací technikou v urogynekologii byla **řetízková uretrocystografie**. Informovala o patologiích v okolí uretry a močového měchýře. Tato metoda sloužila k měření a zobrazení zadního uretrovezikálního úhlu a poklesu hrdla močového měchýře. Zvětšení uretrovezikálního úhlu až na 180° je známkou stresové inkontinence. Močový měchýř je naplněn 200 ml kontrastní látkou, do uretry se zavede řetízek a poté je proveden boční snímek v klidu a druhý při maximálním zatlačení. Vzhledem k zátěži pacientky při zavedení řetízku, rentgenové zátěži, dále nemožnosti sledovat dynamické změny při zatlačení nebo stahu pánevního dna se dnes přechází na UZ vyšetření.

Pomocí **UZV** hodnotíme uložení a mobilitu uretry, hrdla močového měchýře, tloušťku detruzoru, únik moči barevným dopplerovským vyšetřením a postmikční reziduum. UZV můžeme vizualizovat močový měchýř, uretru, stydkou kost, pochvu, konečník a dělohu. UZ vyšetření je jednoduché, může se častěji opakovat, využívá se k hodnocení efektu léčby a určení možných komplikací po operační léčbě inkontinence. (2, 12)

Pomocí endoskopické metody, **uretrocystoskopie**, lze vyšetřit močový měchýř a močovou trubici, vyloučit obstrukci vývodných močových cest, tumoru, cizího tělesa, ulcerací a sliznici močových cest. Provádí se ambulantně za aseptických podmínek v lokální anestezii. (10)

### 3.5 Urodynamické vyšetřovací metody

Speciální vyšetření, které provádí urogynekolog nebo urolog. Tato vyšetření slouží k určení typu inkontinence a pomáhají stanovit vhodnou léčbu.

Urodynamické vyšetřovací metody lékaři poskytují informace o transportu a shromažďování moči a jeho poruchách. Základními metodami jsou uroflowmetrie, cystometrie, měření tlakového profilu a elektromyografie.

#### 3.5.1 Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je neinvazivní urodynamická metoda odhalující poruchy močení. Měří objem tekutiny vyprázdněné uretrou za jednotku času. Posuzujícími parametry jsou doba mikce, mikční objem, maximální a střední hodnota močového proudu a postmikční reziduum. Hodnotí se také proud moče, zda je kontinuální nebo přerušovaný. (5)

#### 3.5.2 Plnicí cystometrie

Je nejužívanější metodou, kterou se zhodnotí vztah mezi tlakem a objemem močového měchýře během plnění. K plnění močového měchýře se používá speciální katétr, naplněný fyziologickým roztokem nebo oxidem uhličitým. Rychlost plnění je obvykle kolem 100ml/min. Během vyšetření se provádějí provokační manévry (zakašlání, poklep nad symfýzou, atd.), které slouží k vyvolání netlumené kontrakce detruzoru. Pacientka musí ohlásit první pocit nucení na močení, silný pocit nucení na močení a taky když cítí, že už

nemůže odkládat mikci – tzv. maximální kapacita měchýře. Dalšími parametry k posouzení jsou subjektivní pocity pacientky, jakými jsou tlak, bolest, vnímání tepla a chladu. Cystometrie se používá ke stanovení nestability detruzoru. (2, 5)

### 3.5.3 Uretrální tlakový profil

Slouží k měření tlaku po celé délce uretry za současného měření tlaku v měchýři. Užitečnější je měření stresového profilu uretry, kdy se měří tlaky při zvýšeném abdominálním tlaku (kašel apod.). U kontinentních pacientů je vzestup tlaku v uretře tak i v močovém měchýři stejný. Pokud je tlak v močovém měchýři vyšší než tlak v močové trubici jedná se o diagnózu stresová inkontinence moči. (2)

### 3.5.4 Elektromyografie

K diagnostice neurogenně podmíněných funkčních poruch dolních močových cest se používá elektromyografie. Provádí se pomocí rektálních, vaginálních nebo povrchových nalepovacích elektrod. Elektromyografie odráží aktivitu svěračů při plnění močového měchýře, zvyšujícím nitrobřišním tlaku a při močení. Tato metoda pomáhá při hodnocení efektu elektrostimulační léčby nebo gymnastiky svalů pánevního dna. (12)

## 4 Psychosomatika

Psychosomatika pochází ze starověké řečtiny a skládá se ze slov psýché = duše a sóma = tělo a znamená souhru tělesných a duševních procesů. Psychosomatika se zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch a také jejich působením na vztah mezi pacientem a lékařem. Patologické formy vztahu mezi tělem a duší se označují pojmy psychosomatické choroby. Při vzniku a průběhu nemocí působí fyzické a psychické faktory a psychosomatika zdůrazňuje význam duševních faktorů. (3, 13)

Psychosomatiku můžeme chápat jako samostatný klinický obor, jehož hlavním úkolem je zkoumání a léčba působení těla a duše při určitých nemocech. Tento psychosomatický pohled nemoci a následná terapie tvoří samostatný lékařský obor, který se uplatňuje na speciálních psychosomatických klinikách.

Poprvé slovo psychosomatika použil lékař **Heinroth** v roce 1818 ve své knize Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens (Učebnice poruch duševního života) a to v souvislosti s poruchami spánku. Myslel si, že tyto poruchy jsou způsobeny duševními stavy a náladami. Sigmund Freud a jeho žáci v pracích poukazovaly na význam duše při vzniku a vývoji tělesných poruch.

Nejvýznamnější je německý internista a psychoanalytik **Franz Alexander**, který ve svém díle Psychosomatische Medizin (Psychosomatické lékařství) popisuje tzv. sedmero psychosomatických onemocnění – peptický vřed, asthma bronchiale, vysoký krevní tlak, revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa a neurodermitis. Psychoanalytická koncepce psychosomatických poruch Franze Alexandera podpořila vývoj psychosomatiky jako samostatné disciplíny v medicíně. Zastával teorii, že určité tělesné poruchy vznikají jako následek psychického konfliktu. Například pokud jsou blokovány touhy po ochraně a zaopatření, může aktivace parasympatického nervstva způsobovat poruchy – vřed na dvanáctníku nebo astma. Alexandrova koncepce, teorie specifčnosti, je výzkumem nepotvrzena. Psychosomatická porucha není výsledkem určitého konfliktu, ale naopak může být vyvolána, udržována a zhoršována psychickými a psychosociálními faktory.

V roce 1977 americký lékař a psychoanalytik **George Engel** navrhl biopsychosociální model nemoci, který je základem moderní psychosomatiky. Podle tohoto modelu dochází k vzájemnému ovlivňování těla, duše a sociálního okolí. G. Engel vysvětluje, že pokud je člověk v situaci extrémní psychické a psychosociální zátěže může tělesně onemocnět, a také stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc.

Rozlišujeme čtyři hlavní skupiny psychosomatických chorob. První skupinou jsou poruchy celkového tělesného schématu, převážně psychicky nebo psychosociálně podmíněné. Nejběžnějšími potížemi jsou bolesti hlavy, obtíže se žaludkem. Dalšími jsou funkční poruchy, poškození tělesných funkcí bez organické příčiny. Na vzniku těchto poruch se podílejí často psychické příčiny, projevují se jako bušení srdce, nadměrné pocení, potíže s dýcháním nebo střevní potíže. Rozlišujeme funkční poruchy somatoformní a disociativní. Příčinou somatoformních poruch je stres, tělesné a psychické přepínání. Symptomy jsou bolesti břicha, častá potřeba močení, bolesti končetin nebo kloubů. Sigmund Freud označil disociativní poruchy jako konverzní poruchy, u kterých zdůrazňuje neřešitelné konflikty a potíže, vyvolaly nepříjemné emoce, které se změnily v určité symptomy. Při vyšetření tělesných orgánů symptomy nesouhlasí s lékařským nálezem. Mezi disociativní poruchy patří neorganická poškození v oblasti motoriky a smyslového vnímání. Třetí skupinou jsou psychosomatické poruchy v užším slova smyslu a poslední jsou somatopsychické choroby, onemocnění s psychosociálními následky. (1, 3, 4, 13)

Psychické faktory jsou důležitým faktorem při rozvoji močové inkontinence. Partnerské problémy, emocionální stres a nadměrně zatěžující situace mohou vyvolat symptomy inkontinence. Urgentní inkontinence může být důsledkem trvalého napětí svalstva pánevního dna, jehož příčinou mohou být úzkost, chronický stres, vnitřní napětí, sexuální problémy, sexuální násilí.

Inkontinence omezuje pacientku v pracovním, společenském, rodinném životě. Symptomy způsobují problémy ženám v práci, kde se obtížně soustředí na práci, chodí preventivně na toaletu. Ženy ze strachu a obavy z častého nutkání močit, obavy že moč zapáchá, nechodí do kina, na koncerty, společenské akce, na nákupy do města, vyhýbají se delšímu cestování. Také omezují fyzickou aktivitu. Symptomy inkontinence moči mají vliv na psychiku ženy, které se cítí méněcenné, uzavírají se do sebe, stydí se o svých problémech mluvit. Inkontinence může mít dopad i na sexuální život ženy – obávají se styku a současného úniku moči. Nutkání močit může zesilovat úzkost, strach a také nedosažitelnost toalety. Příznaky jsou posilovány zvýšenou potřebou zabezpečení a kontroly.

V situacích, které jsou pro ženu emocionálně zatěžující, může být nutkání na močení silnější, proto se žena soustřeďuje více na močový měchýř a tím stoupá úroveň vegetativního podráždění a dochází k silnějšímu nutkání močit.

Nechtěný únik moči je problémem, se kterým se ženy obávají svěřit svým blízkým nebo vyhledat pomoc lékaře. Ženy si myslí, že únik moči je součástí stárnutí, používají hygienické pomůcky a netuší, že je možné inkontinenci moči léčit. (4, 7, 8, 13, 14, 15, 16)

## 5 Konzervativní léčba inkontinence

Základem úspěšné léčby je nutné správně určit druh a stupeň úniku moči před zahájením terapie. Léčba se liší podle typu inkontinence a naléhavosti potíží pacientky. Rozlišení pomáhá pečlivá anamnéza, dotazníky, urodynamické a gynekologické vyšetření, ultrazvuk a mikroskopické vyšetření moči. Po stanovení diagnózy má následovat rozhovor s pacientkou s vysvětlením příčin obtíží a možné terapie.

Léčebnými postupy inkontinence moči jsou cvičení pánevního dna, biologická zpětná vazba, elektrostimulace, farmakoterapie a chirurgická léčba. Nejčastěji se vyskytuje urgentní a stresová inkontinence. (2)

### 5.1 Léčba stresové inkontinence

Léčba inkontinence by měla nejprve začít u co nejméně invazivního přístupu. Spolupráce a motivace pacientky jsou základem úspěšné léčby.

Léčba lehké formy inkontinence spočívá v omezení nadměrné fyzické práce, kontrola dostatečného příjmu tekutin a u obézních pacientek redukce tělesné hmotnosti. Zásadní vliv při vzniku stresové inkontinence má insuficience svalů pánevního dna. Příčinou ochablosti svalů pánevního dna mohou být spontánní porod většího plodu, rozsáhlejší porodní poranění, chronická obstrukce nebo těžká fyzická práce.

Mezi konzervativní metody léčby stresové inkontinence patří změna v životosprávě, gymnastika svalů pánevního dna – Kegelovy cviky, elektrostimulace, biofeedback a vaginální kónusy. (2, 18)

#### 5.1.1 Gymnastika svalů pánevního dna – Kegelovy cviky

Fyzioterapeutickou metodou je cvičení svalstva pánevního dna. *„Gymnastika svalů pánevního dna je definována jako opakovaná selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního dna. To vyžaduje povědomí o užití správného svalu a vyloučení nechtěné kontrakce připojených svalových skupin.“* (Halaška, 2004, s. 77)

Kegelovy cviky poprvé představil americký gynekolog Arnold. H. Kegel v roce 1948. Jde o soubor cviků zaměřených na procvičování a zpevnění svalů v oblasti pochvy, močové trubice, konečníku – pánevního dna. Svaly pánevního dna jsou diaphragma pelvis



a diaphragma urogenitale, m. levator ani a musculus coccygeus. Výsledkem léčby je zvýšení kontrakčních schopností a bazálního tonu svalů pánevního dna. Význam Kegelových cviků je nejen léčebný, ale je i prevencí před ochabnutím svalových a vazivových struktur pánevního dna.

Správný efekt léčby je závislý na instruktáži ženy a zpětné vazby, která pacientce umožňuje sledovat pokroky v terapii. Důležité je ve cvičení pokračovat i po vymizení potíží.

Kegelovo cvičení je rozdělené na 4 části – vizualizace, relaxace, izolace a vlastní posilování. První část vizualizace je potřebná k představě anatomických poměrů, žena ji provádí doma pomocí zrcátka. Během druhé fáze se žena soustředí na oblast pánevního dna při poloze na zádech a nohy pod kolena má vypodložené, kvůli snížení napětí břišních svalů. Dalším krokem je izolace, kdy pacientka provádí odděleně nácvik stahu konečníku a pochvy. Pro správný nácvik se doporučuje zadržení proudu moči při močení, či zavedení dvou prstů do pochvy. Poslední částí Kegelova cvičení je vlastní posilování. Žena cvičí stahy konečníku a pochvy na dobu 1-7 sekund 80-300 krát za den.

Gymnastika svalů pánevního dna obsahuje sérii 10 cviků. První dva cviky jsou soustředěné na posilování svěrače močové trubice a svěrač pochvy.

Po zvládnutí Kegelova cvičení je možné doplnit léčbu skupinovou léčebnou tělesnou výchovou. Tyto další cviky ovlivňují svaly hýžďové, stehenní, břišní a svaly v oblasti bederní páteře, které mají vliv na sklon pánve. Poskoky a cviky ve stoji rozkročném jsou kontraindikovány.

Gymnastiku pánevního dna je vhodné provádět denně ve vyvětrané místnosti podle aktuálního zdravotního stavu a po konzultaci s lékařem. Je nutné dodržovat předepsaný postup provádění cviků, řídit se pokyny lékaře nebo fyzioterapeuta. Pokud během cvičení dojde ke změně zdravotního stavu ihned upozornit lékaře. Před cvičením je důležité se vyprázdnit, jednotlivé cviky se opakují ze začátku 3-5x, později až 10x. Vhodné je posilovat 10, 15 až 20 minut denně po dobu alespoň 3 měsíců, na podložce, koberci nebo lůžku. Během cviků ženy koordinují dýchání - nadechnou nosem a vydechují ústy. Svěrač močových cest může pacientka posilovat i během močení, kdy při močení stáhne svěrač, přerušit proud moči a poté svěrač uvolní. Nevhodné je cvičit těsně po jídle. Součástí této léčebné metody je vhodná životospráva, redukce tělesné hmotnosti, správný pitný režim, vhodné fyzické aktivity jakými jsou jízda na kole nebo plavání. (2, 5, 11, 18)

Efekt konzervativní léčby se hodnotí subjektivně podle spokojenosti pacientky s jejím stavem kontinence pomocí různých dotazníků, dotazník kvality života, využívá se i pohovor lékaře s pacientkou. K objektivnímu hodnocení patří posouzení stavu síly svalů pánevního

dna pomocí perineometru, elektromyograficky. Perineometr je intravaginální sonda zaznamenávající zvýšenou kontrakční schopnost svalů pánevního dna. Další možností je srovnat výsledky pad weight testu před a po léčbě.

Vhodné je dělit léčbu na dvě části: individuální a skupinovou. Pomocí individuální části je možné pracovat s každou ženou samostatně, a také je krokem k navázání důvěry mezi pacientem a lékařem. Důvěra mezi lékařem a pacientem je u této léčby nezbytná. (5, 11, 18)

### 5.1.2 Biofeedback

Biofeedback je metoda založená na vytváření zpětné vazby. Využívá se společně s Keglovými cviky, při kterých jsou snímány biopotenciály svalů pánevního dna pomocí elektromyogramu. Pacientkám je pomocí zrakových, sluchových nebo taktilních vjemů podávána zpětná informace o jejich vlastních funkcích, normálně nevnímaných. Světelné či zvukové signály informují pacientku o síle kontrakce. Pacientka je poučena jak signál změnit a tím získat kontrolu nad fyziologickým procesem. Nejčastěji používá změny intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity. Cílem biofeedbacku je vybudovat reflexní reakci, při které kontrakce svalů pánevního dna posílí uzavírací funkci uretry před očekávaným zvýšením intraabdominálního tlaku a tím zabrání nechtěnému úniku moči. Kombinací s Keglovými cviky dochází ke zlepšení funkce pánevního svalstva, brání nesprávné technice volní kontrakce a následně neefektivnímu tréninku. (2, 5)

### 5.1.3 Elektrostimulace

Elektrostimulace je léčebná metoda používaná u všech typů inkontinence. Výsledkem je zlepšení svalového tonu pomocí nebolestivých slabých elektrických impulzů. Použití se odlišuje podle druhu inkontinence moči. Léčba stresové inkontinence moči spočívá ve stimulaci svalstva pánevního dna vaginálními sondami o frekvenci 50 Hz. Stimulace způsobuje kontrakci příčně pruhovaného svalu dna pánevního a zevního svěrače. Během této metody se může objevit iritace poševní sliznice a nevýhodou je dočasný efekt, který odezní s ukončením léčby. Jinou metodou elektrostimulace je tzv. Stollerova metoda. Prostřednictvím jehlových elektrod dochází ke stimulaci periferního nervu, při níž se stimuluje periferní nerv v oblasti nad vnitřním kotníkem (plexus sacralis). Pozitivní stránkou je neinvazivnost, ambulantní léčba i opakování terapie. Elektrostimulaci lze kombinovat s ostatními metodami

léčby inkontinence např. farmakoterapie. (2, 18)

#### 5.1.4 Mechanické prostředky

- a) **Vaginální konusy** jsou speciální pomůcky sloužící k posilování svalů pánevního dna. Vyrábí se ovoidní, na konci konické, kovové i umělohmotné válečky. Uvnitř kónusu je uloženo kovové závaží s různou hmotností. Kónus s nejlehčím závažím si klientka zavede do pochvy a musí ho v pochvě udržet alespoň 15 – 30 minut denně. Žena brání jejich vypadnutí, stahuje svaly pánevního dna a tím je posiluje. Poté, co udrží kónus bez obtíží, použije další o větší hmotnosti. (2)
- b) Mezi další prostředky patří dutá plastová kulička **Kolpexin**. Nejprve lékař změní prostornost pochvy a vybere vhodnou velikost. Kolpexin si žena zavede do pochvy a pohybuje s ním 2x denně po dobu 30 minut. Uvnitř Kolpexinu je menší kovová kulička, která se při pohybu klientky rozpohybuje a svými nárazy na zevní kouli dráždí svaly pánevního dna ke kontrakci. (2, 18)

#### 5.1.5 Poševní pesary

K redukci nebo odstranění příznaků stresové inkontinence se využívají poševní pesary. Vyrábějí se v různých tvarech, velikostech a z odlišných materiálů – silikon, plast, pryž. K léčbě stresové inkontinence se využívají kruhové uretrální pesary. Jejich úkolem je podpírání uretry. Pacientka musí být poučena o indikaci a manipulaci, očištěna. Nejlepší způsob použití je zavedení pesaru každý den ráno a z důvodu odpočinku tkání extrakce před spaním. Pesar lze potřít estriolovou mastí, nebo aplikovat mast aplikátorem do pochvy. U pacientek, které mají problémy s obtížnou manipulací s pesarem, je důležité důkladné vyšetření pochvy v gynekologických zrcadlech. Mezi komplikace související s poševními pesary patří nesprávně zvolená velikost, dlouhé ponechání, které může způsobit trofické změny sliznice pochvy a vytvoření dekubitu. Trofické změny se léčí antibakteriálními a hormonálními mastmi. Pokud se defekt dlouhodobě nehojí je nutné každodenní zavádění vaginálních tampónů s mastí (krátkodobá intenzivní léčba). (18)

### 5.1.6 Farmakoterapie u stresové inkontinence

Farmakologická léčba stresové inkontinence nabízí omezené možnosti. V současnosti neexistuje celosvětově schválená medikace pro léčbu žen trpící stresovou inkontinencí. Cílem medikamentózní léčby je zvýšit intrauretrální uzavírací síly. Tohoto cíle lze dosáhnout prostřednictvím zvýšení tonu hladkých svalů uretry nebo ovlivnit tonus příčně pruhovaných svalů uretry. Nejvíce užívanými léky jsou  $\alpha$ -adrenergních agonisté a estrogeny. Výsledky léčby nejsou přesvědčivé zejména kvůli nežádoucím účinkům. Další léky užívané k léčbě toho typu inkontinence jsou: agonisté adrenergních beta-receptorů, beta-adrenergní antagonisté, tricyklická antidepresiva a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. (12)

## 5.2 Léčba urgentní inkontinence moči (UI)

### 5.2.1 Behaviorální léčba UI

- Trénink močového měchýře vychází z předpokladu o psychosomatické etiologii obtíží. Cílem je obnovit volní kontrolu CNS nad aktivitou detruzoru močového měchýře pomocí nácviku pravidelných mikčních návyků. Trénink je většinou stanoven na dobu 7-10 dní. Pomůckou pacientky je mikční kalendář, do kterého si první den programu zaznamenává mikci a úniky moče. Následně lékař vybere nejkratší interval mezi mikcemi (mezi 30 a 120 minutami). Intervaly jsou postupně denně prodlužovány asi o 30 minut až do dosažení v rozmezí 4-6 hodin. Trénink močového měchýře je možný za hospitalizace pacientky i ambulantně. Provádění je jednoduché a šetrné pro klientku. Nevýhodou je vymizení vytrénovaných návyků po určité době. (2, 12)
- Psychoterapie – vznik urgentní inkontinence je spojován s psychickým konfliktem a naopak klientky s inkontinencí moče jsou častěji depresivní a anxiózní. Součástí psychoterapie je vstupní pohovor urogynekologa s pacientkou. Pohovor je důležitý k navázání lepšího vztahu mezi lékařem a pacientem. Důkladné poučení klientky o důvodech obtíží může být léčebnou metodou, dochází ke zlepšení urgentního nucení na močení, nykturie či inkontinence. Psychoterapie je vhodná u žen, u kterých v důsledku nechtěného úniku moče došlo ke vzniku emočních potíží. (5, 12)

- Jako podpůrné metody léčby lze využít hypnózu, autogenní trénink nebo akupunkturu. Akupunktura se aplikuje na paži, kde se nacházejí body ke drahám ledvin, močového měchýře. (12)

### 5.2.2 Medikamentózní léčba urgentního typu inkontinence

Hlavním cílem léčby je zvýšení celkové kapacity močového měchýře, zvětšení jeho objemu při prvním nucení k mikci, ale i snížení nadměrné aktivity svaloviny močového měchýře. Mezi hlavní léky k léčbě urgentní inkontinence se nejčastěji používají léky s anticholinergním nebo anticholinergním a současně spasmolytickým účinkem. Nevýhodou těchto léků jsou nepříjemné nežádoucí účinky jako sucho v ústech, mlhavé vidění, zácpa aj, které způsobuje nedostatečné zaměření na močový měchýř. Dále se k léčbě využívají tricyklická antidepresiva zvyšující intrauretrální tonus a podporující pokles intravezikálního tlaku. Vzhledem k účinku tricyklických antidepresiv je lze uplatnit při léčbě smíšené inkontinence. Blokátory vápníkových kanálů se jako medikamentózní léčba UI využívají minimálně. Estrogeny zmírňují příznaky urgentní inkontinence polakisurie, dysurie, urgence, nykturie a také snižují rozvoj infekce močových cest po menopauze. (12)

## 6 Operační léčba inkontinence

Při volbě operačního řešení lékař bere do úvahy celkový zdravotní stav a věk pacientky, zda bude plánovat graviditu a jestli už byla pro inkontinenci operovaná. Operace může pacientky zcela zbavit úniku moči, používání inkontinentních pomůcek a souvisejících problémů.

Nejúčinnější léčbou stresové inkontinence je chirurgická léčba. Cílem je navrátit nesprávně uložené a nadměrně pohyblivé hrdlo močového měchýře do původní polohy. Operačními technikami jsou retropubické kóposuspenze, pubovaginální smyčky tzv. „slingy“ nahrazeny metodou vaginální pásky – TVT, TVT-O a aplikace bioimplantátů (silikon) do submukózy uretry.

### 6.1 Závěsné suprapubické operace (vezikopexe)

Burchova retropubická operace se provádí u klientek s hypermobilitou uretry a malým descensem. Tento výkon se provádí v celkové anestezii, principem je elevace a závěs hrdla měchýře a proximální uretry pomocí nevstřebatelných stehů. Hospitalizace je nutná cca 7 dní, a klientkám je vystavena pracovní neschopnost na dobu 4-6 týdnů. Úspěšnost léčby se udává kolem 84 %.

### 6.2 Vaginální operace (kolpoplastiky)

- a) Přední kolpoplastika - „*Princip spočívá ve zřazení parauretrálního vaziva a pubovezikální fascie s elevací hrdla močové měchýře.*“ (Čermák, 2006, s. 70)
- b) Zadní poševní plastika většinou se spojuje s přední kolpoplastikou
- c) Jehlové vaginální závěsné operace – jsou nahrazeny metodou TVT (2)

### 6.3 Operace volnou vaginální páskou – TVT („Tension-free Vaginal Tape“ )

Nejrozšířenější minimálně invazivní metodou chirurgické léčby inkontinence je technika TVT. Podstatou TVT techniky je speciální síťová páska, která trvale podepírá močovou trubici a odolává zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel, kýčání). Výkon trvající 20-30 minut, je možný provádět v lokální i epidurální anestezii nebo v celkové narkóze. Operatér

pásku TVT umístí pod močovou trubici z malého řezu skrz poševní stěnu a konec pásky vyvede v podbřišku. Speciálně vyvinutá páska, která do tkáně časem vrostne, je tvořena z prolenu se síťovou strukturou. Operační technika TVT by se neměla používat u žen těhotných nebo těhotenství plánujících. Gravidita může snížit účinek zákroku. Po operaci jsou pacientky poučeny o vyloučení těžké fyzické námahy po dobu 4 týdnů. (2, 5)

#### 6.4 Injekční implantáty

Mezi injekční implantáty aplikované pod sliznici močové trubice se používá teflon, kolagen, silikon, kyselina hyaluronová. Aplikací těchto materiálů dochází ke změnám tvaru průřezu uretry a zvýšení uretrálního tlaku. Zúžením močové trubice zamezují úniku moči. Účinek implantátů je omezený a lze použít jen okrajově. (2)

#### 6.5 Umělý svěrač uretry (AUS)

Indikacemi této metody jsou vznik inkontinence po prostatektomii, inkompetence sfinkteru, kongenitální anomálie (epispadie, exstrofie), pacienti po míšních úrazech a po traumatické lézi svěrače v souvislosti s frakturou pánve. AUS se skládá z manžety, rezervoáru, pumpy a vše je propojeno hadičkami. Léčba inkontinence pomocí AUS se provádí častěji u mužů. (18)

## II Praktická část

### 7 Metodika výzkumu

K získání dat pro praktickou část mé bakalářské práce jsem využila metodu dotazníkového šetření. Na začátku jsem se seznámila s problematikou inkontinence moči a dále si stanovila cíle a výzkumné otázky ke svému výzkumu.

Vypracovaný dotazník byl zcela anonymní, vytvořen jen pro účely mé bakalářské práce a určen ženám, které trpí inkontinencí moči.

Dotazník slouží k zjišťování informací v populaci nebo menší skupině osob. Na jejich základě dochází k vyhodnocování určitých skutečností. (17)

Výzkumné šetření probíhalo na třech urologických ambulancích. Šetření bylo prováděno u žen, kterým jsem rozdala 50 dotazníků. Návratnost byla 80%, tedy 40 dotazníků. Výsledky výzkumu jsou zpracovány ze 40 dotazníků.

Dotazník se skládá z 28 otázek. Obsahuje otázky otevřené, na které odpovídaly respondentky vlastními slovy. Dále jsem zvolila otázky uzavřené, které mají předem připravené varianty odpovědí. Polozavřené otázky, kde mohly respondentky zvolit jednu odpověď z několika nabízených možností, ale i možnost vlastního vyjádření.

Získané údaje jsem vyhodnotila a následně zaznamenala do grafů v programu Microsoft Excel.

#### 7.1 Četnostní veličiny

$n_i$ .....symbol pro vyjádření absolutní četnosti

$f_i$ .....symbol pro vyjádření relativní četnosti

Suma ( $\Sigma$ ).....celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech:

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



## 7.2 Výzkumné otázky

1. Domnívám se, že inkontinencí trpí více ženy ve věku 50 let a více než ve věkové kategorii 41-49 let.
2. Předpokládám, že ženy trpí nejčastěji stresovou inkontinencí.
3. Myslím si, že více jak polovina respondentek se se svými potížemi svěřují kamarádce než lékaři.
4. Domnívám se, že nejvíce snižuje IM kvalitu života v oblasti společenské.
5. Myslím si, že více jak polovině žen působí IM psychické změny.

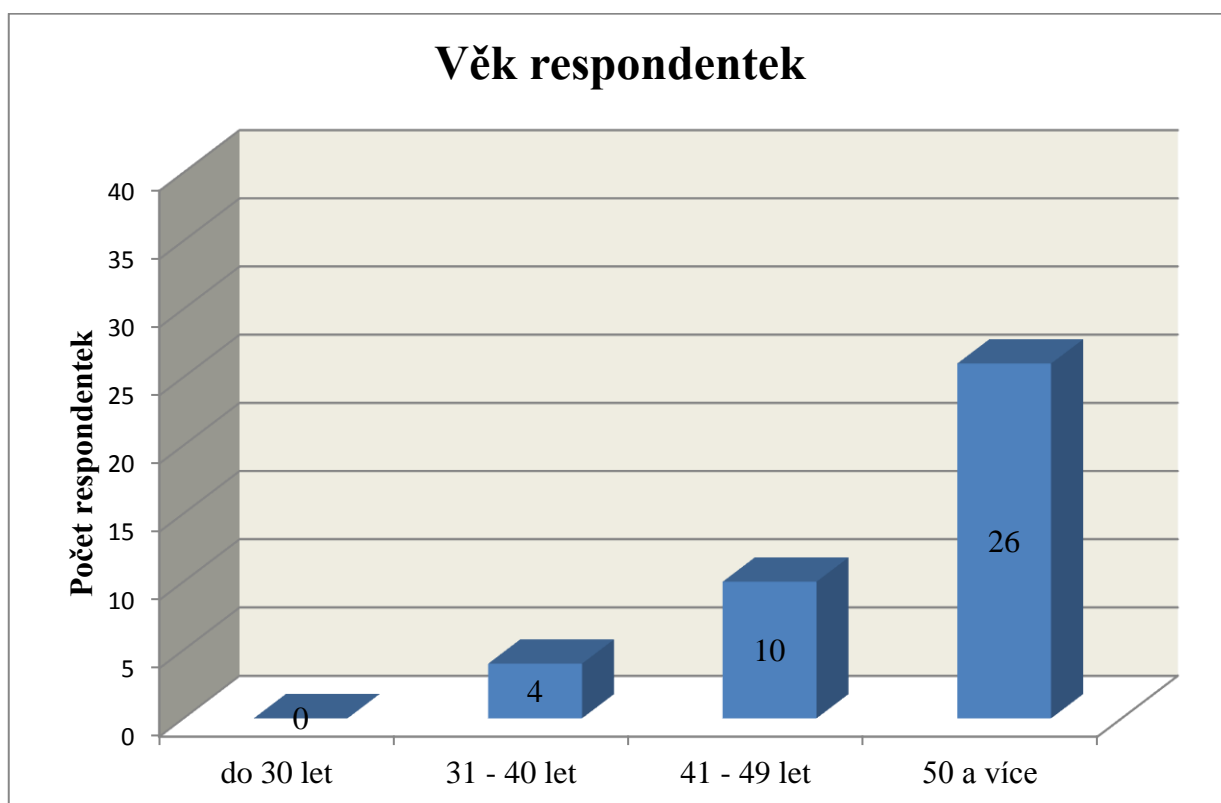
### 7.3 Analýza a interpretace výsledků

#### Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Možnosti odpovědí:

- a) do 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 49 let
- d) více než 50 let

První otázka v dotazníku slouží k určení věku respondentek. Žádné respondence nebylo do 30 let (0 %). Nejčetnější skupinu z celkového počtu respondentek tvoří ženy ve věku více než 50 let 26 (65 %). Do věkové skupiny 31- 40 let patřily 4 (10 %) respondentky. Ve věku 41 – 49 let bylo 10 (25 %) respondentek.



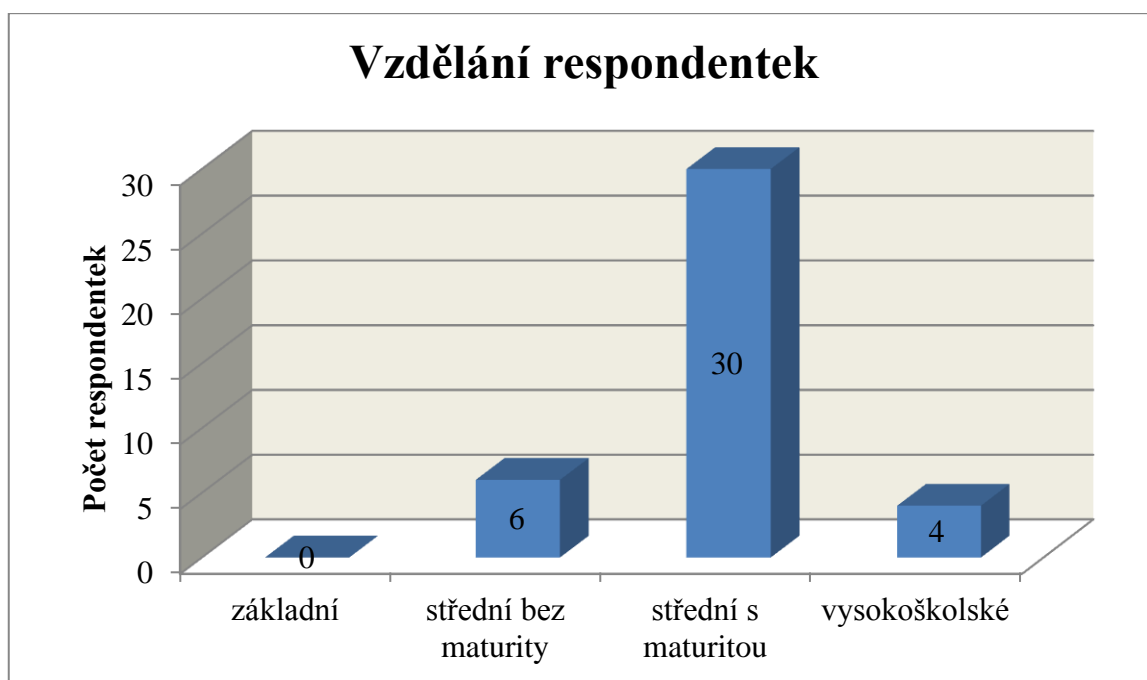
Obr. č. 1 – Věk respondentek

## Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání

Možnosti odpovědí:

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

Druhá otázka je zaměřená na nejvyšší dokončené vzdělání respondentek. Žádná respondentka nemá jen základní vzdělání (0%). Střední vzdělání bez maturity má 6 (15 %) respondentek, 30 (75 %) respondentek má vzdělání střední s maturitou a vysokoškolsky vzdělané jsou 4 (40 %) respondentky.

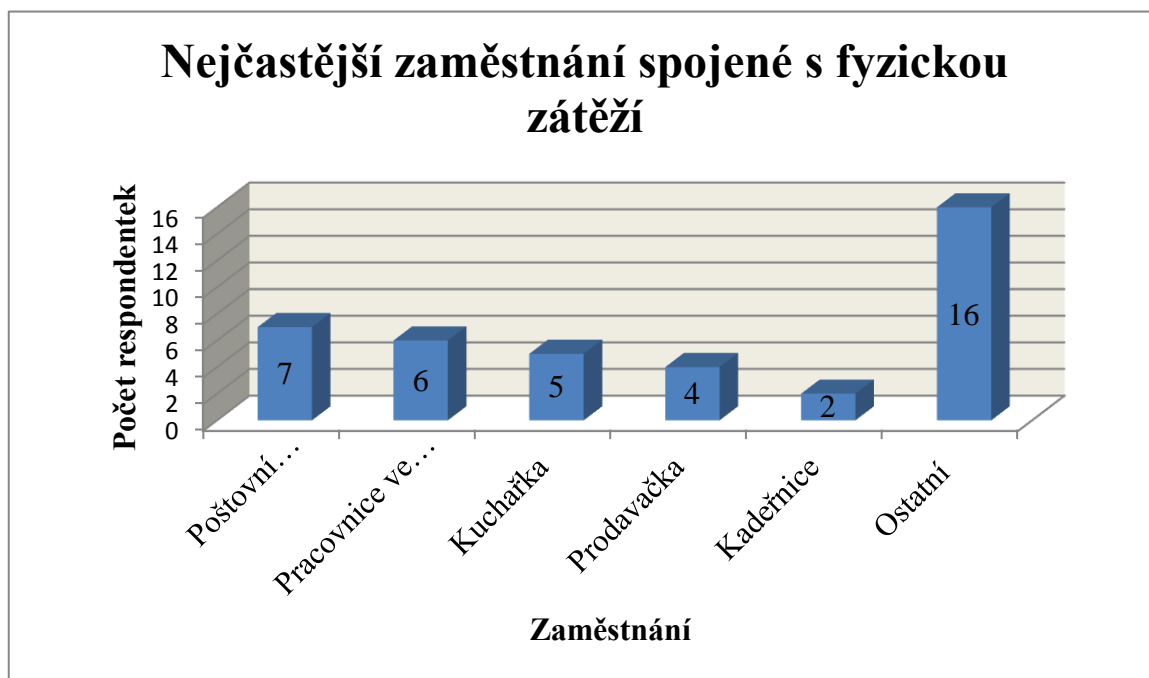


Obr. č. 2 – Nejvyšší dokončené vzdělání

### Otázka č. 3 – Jaké je Vaše zaměstnání?

Třetí otázka zjišťovala zaměstnání respondentek. U této otázky měly respondentky možnost volné odpovědi. Mezi nejčastější zaměstnání patřila poštovní manipulátka 7 (17,5%), pracovnice ve skladu 6 (15%), kuchařka 5 (12,5%), prodavačka 4 (10%), kadeřnice 2 (5%).

Následující graf znázorňuje nejčastější zaměstnání respondentek vzhledem k fyzické zátěži.



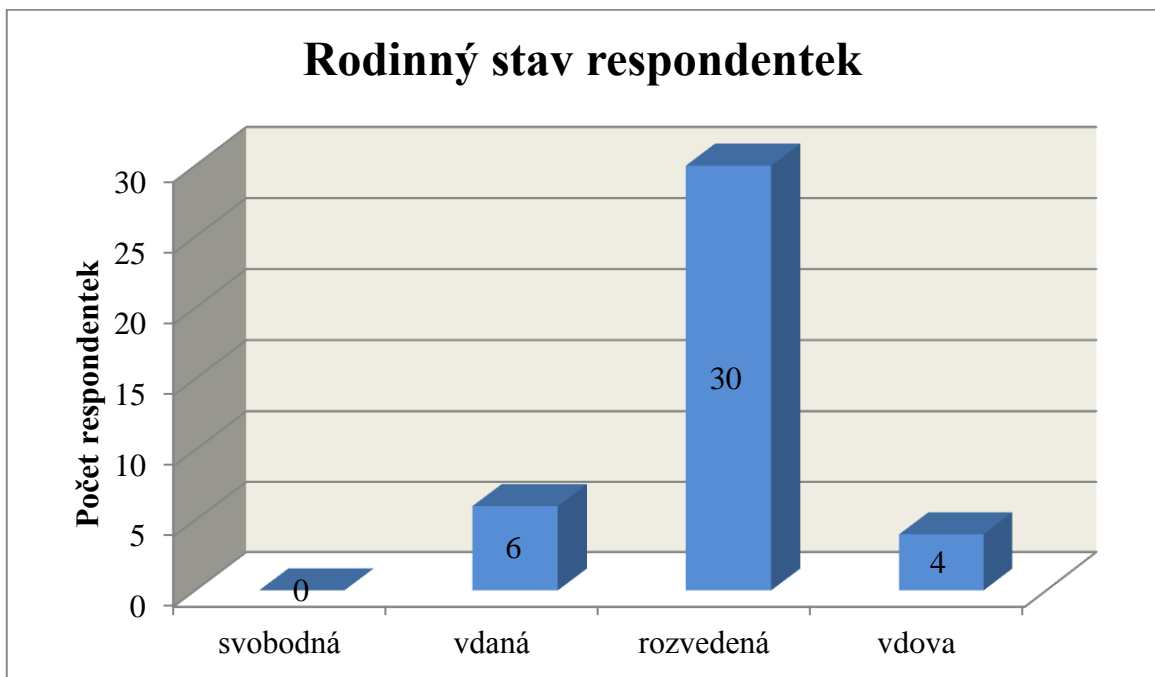
Obr. č. 3 – Nejčastější zaměstnání spojené s fyzickou zátěží

#### Otázka č. 4 – Jaký je Váš rodinný stav?

Možnosti odpovědí:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

Otázka č. 4 sloužila ke zjištění rodinného stavu respondentek. Nejvíce respondentek 30 (75 %) je rozvedených, dále 6 (15 %) respondentek vdaných a 4 (10 %) respondentky jsou vdovy.



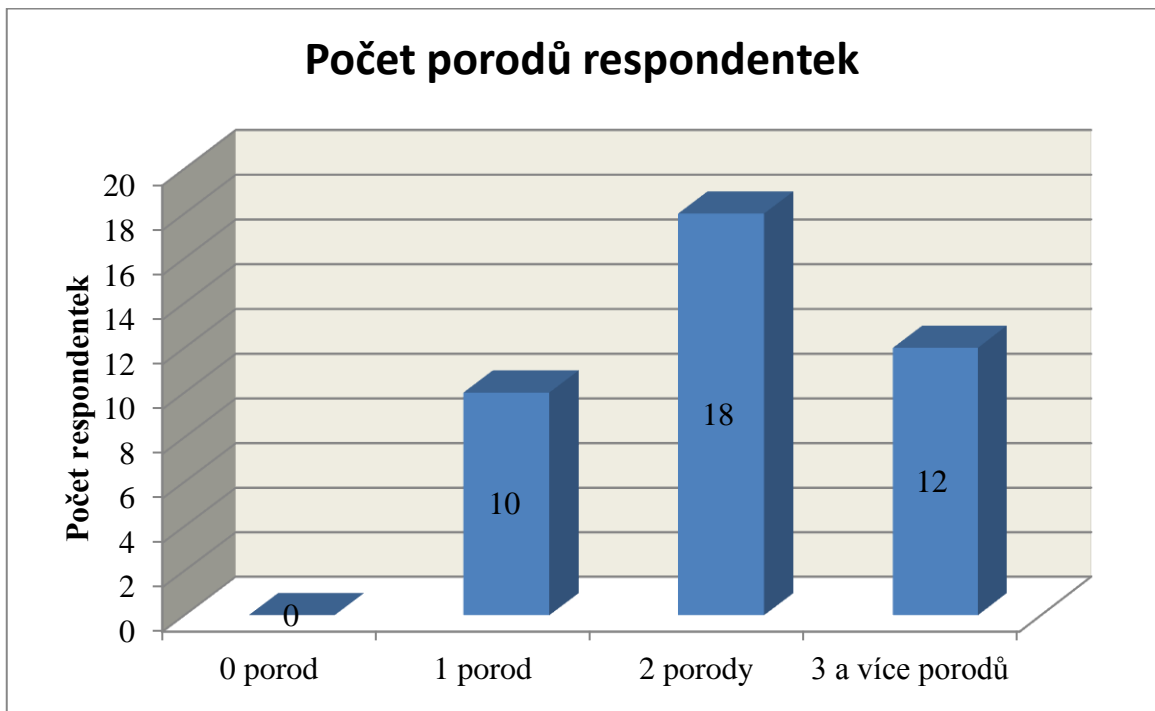
Obr. č. 4 – Rodinný stav respondentek

### Otázka č. 5 – Kolikrát jste rodila?

Možnosti odpovědí:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více

Na grafu můžeme vidět, že 18 (45 %) respondentek rodilo 2x a 12 (30 %) respondentek rodilo 3 a více krát a 10 (25 %) žen uvedlo 1 porod.



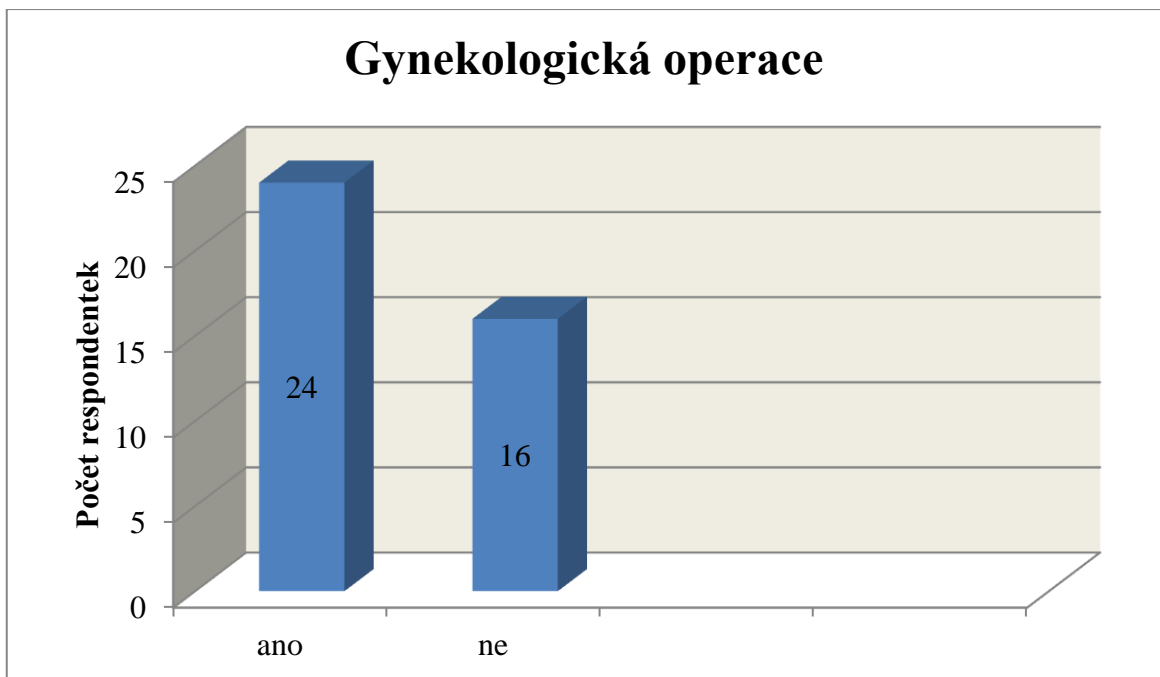
Obr. č. 5 – Počet porodů respondentek

### Otázka č. 6 – Prodělala jste gynekologickou operaci?

Možnosti odpovědí:

- a) Ano
- b) Ne

V šesté otázce měly ženy odpovědět, jestli prodělaly gynekologickou operaci. 24 (60 %) respondentek podstoupily gynekologickou operaci a 16 (40 %) žen odpovědělo na otázku ne.



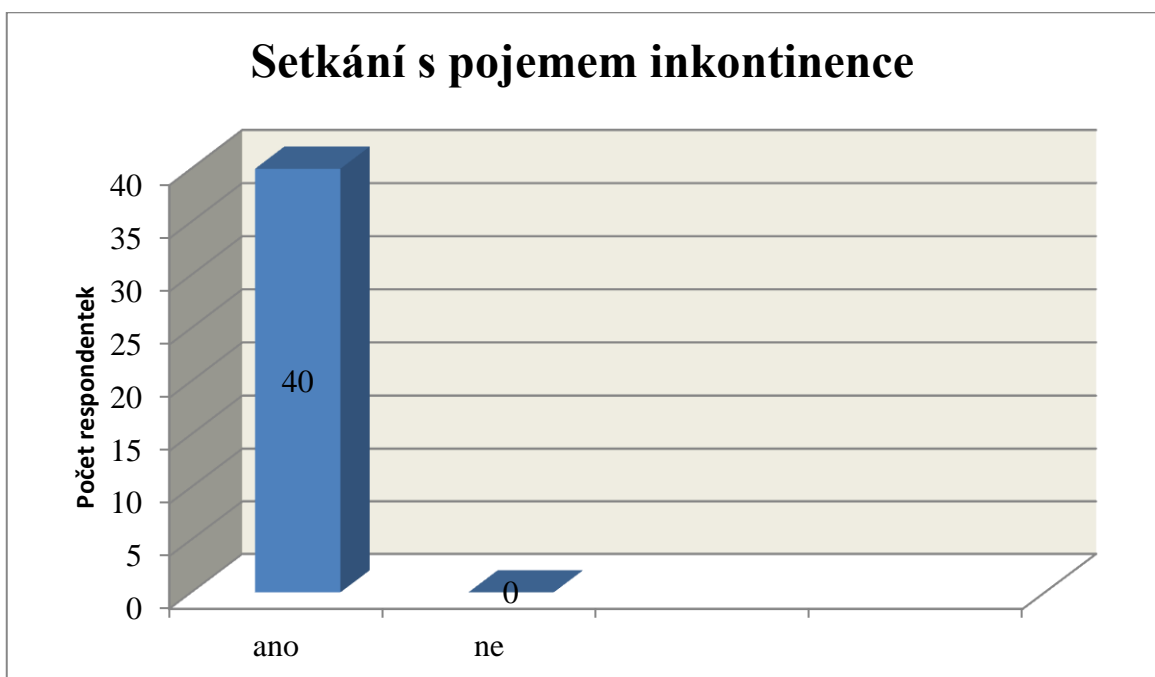
Obr. č. 6 – Gynekologická operace

### Otázka č. 7 – Setkala jste se s pojmem inkontinence?

Možnosti odpovědí:

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 7 zjišťovala, zda se respondentky setkaly s pojmem inkontinence. Z grafu vyplývá, že celkový počet 40 (100 %) tázaných žen se setkal s pojmem inkontinence.



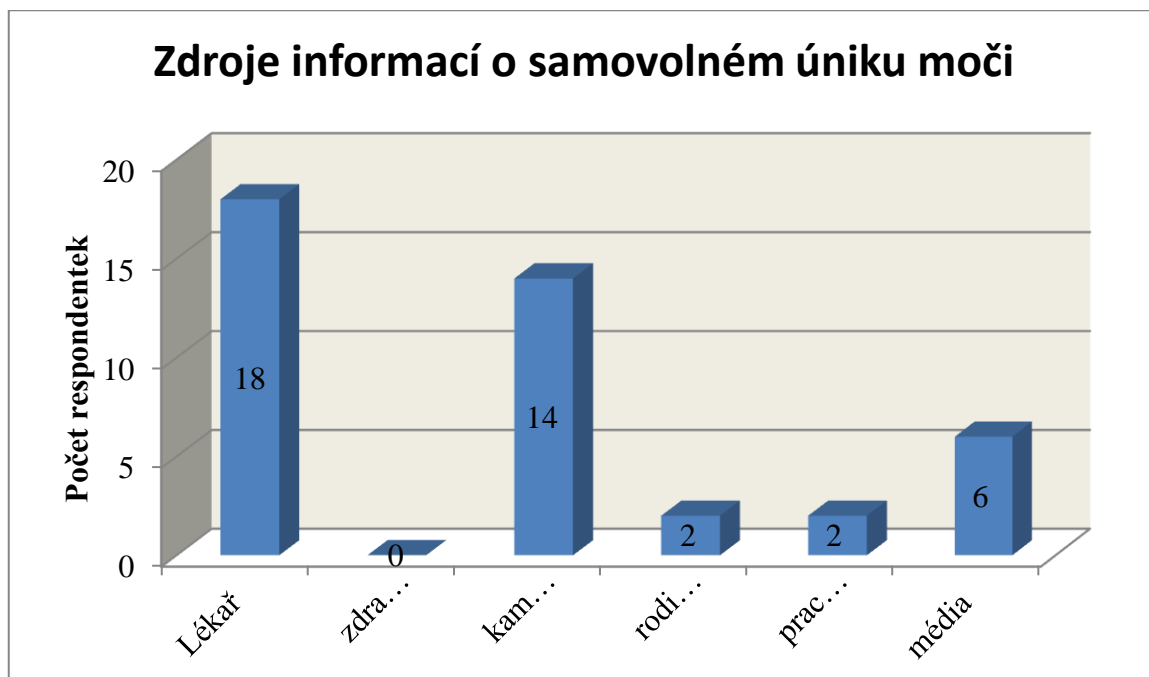
Obr. č. 7 – Setkání s pojmem inkontinence



**Otázka č. 8 – Informace o samovolném úniku moči jsem získala od:** (možnost více odpovědí)

- a) Lékaře
- b) Zdravotní sestry
- c) Kamarádky
- d) Rodinného příslušníka
- e) Pracovního kolektivu
- f) Z médií
- g) O tomto problému jsem neslyšela
- h) Jiné

Tato otázka měla za úkol zjistit, zdroje informací o samovolném úniku moči. Od lékaře získalo informace o úniku moči 18 (45 %) respondentek, 14 (35 %) se informovalo u kamarádky, v médiích hledalo informace 6 (15 %) žen. Od rodinného příslušníka získaly informace 2 (5%) respondentky a 2 (5 %) v pracovním kolektivu.



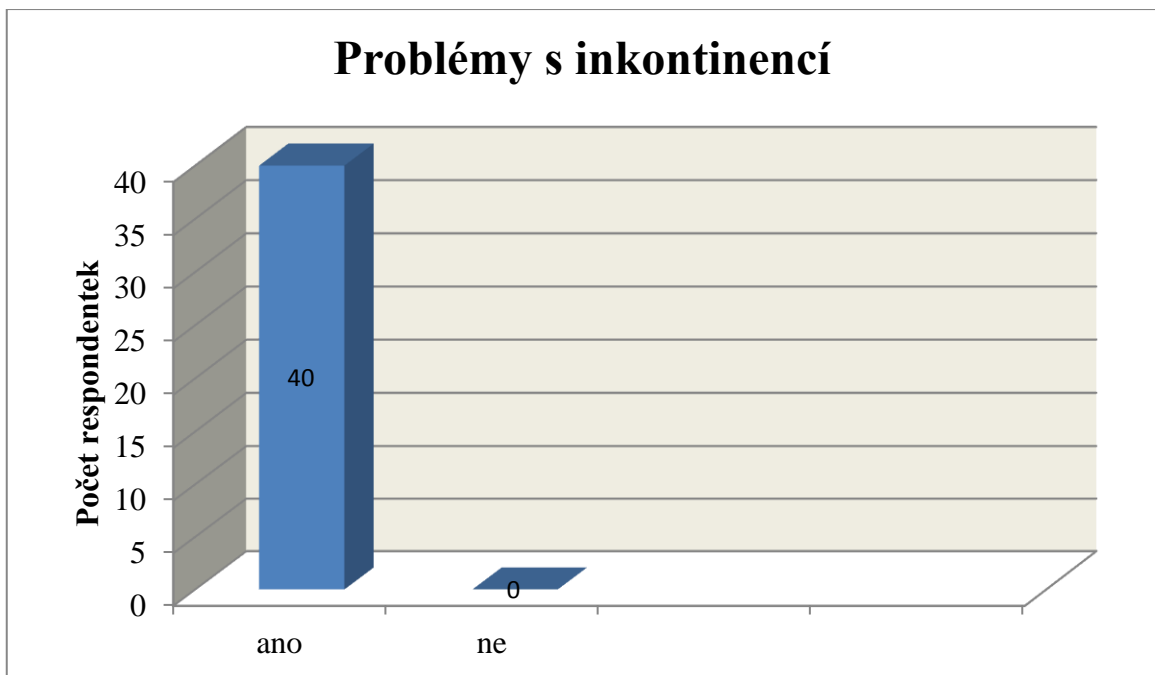
Obr. č. 8 – Zdroje informací o samovolném úniku moči

**Otázka č. 9 – Máte problémy s inkontinencí (nechtěným únikem moči)?**

Možnosti odpovědí:

- a) Ano
- b) Ne

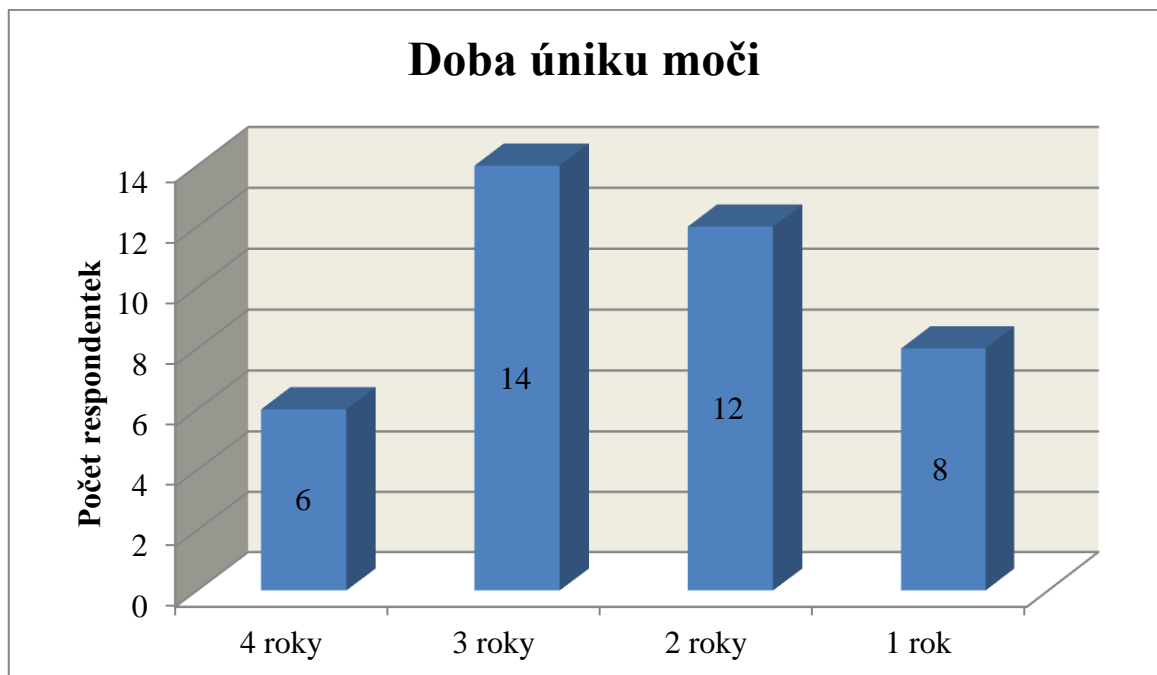
Všechny respondentky 40 (100 %), mají problémy s inkontinencí moče.



Obr. č. 9 – Problémy s inkontinencí moče

### Otázka č. 10 – Jak dlouho máte problémy s únikem moči?

Na otázku č. 10 respondenty odpovídaly vlastními slovy. Nejčastější odpovědí byly 3 roky a to 14 (35 %) respondentek, 6 (15%) respondentek 4 roky. 12 (30 %) žen má problémy s únikem moči 2 roky. Únik moči 1 rok udává 8 (20 %) žen.



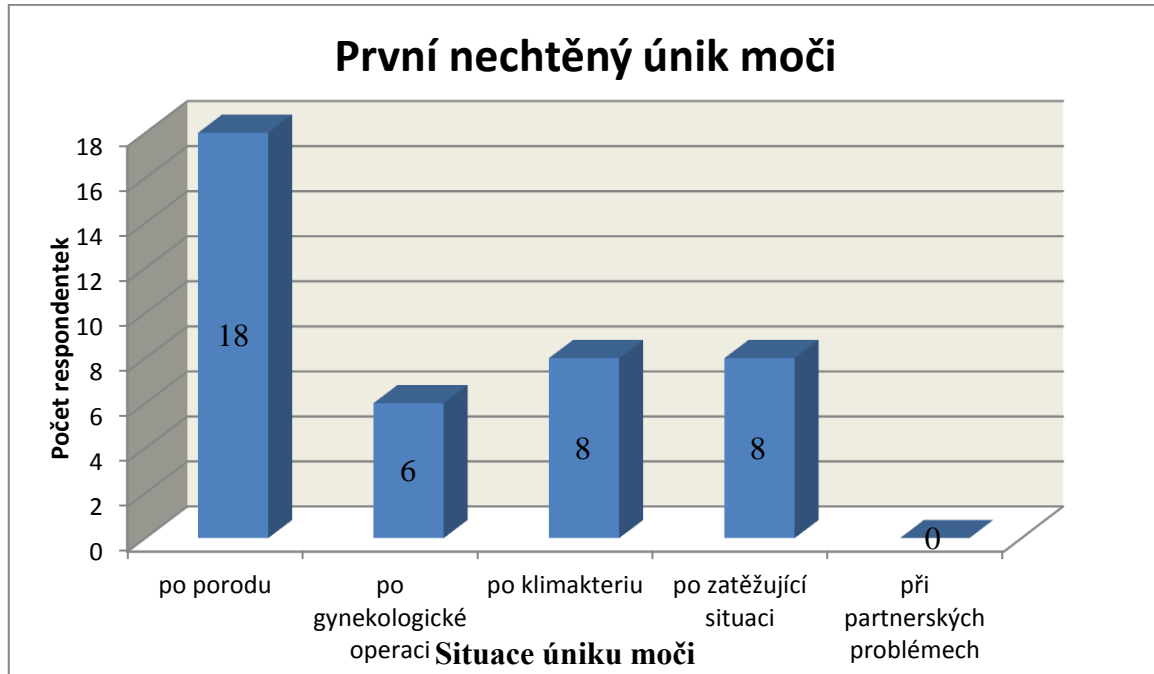
Obr. č. 10 – Doba úniku moči

### Otázka č. 11 - Po jaké události u Vás poprvé došlo k nechtěnému úniku moči?

Možnosti odpovědí:

- a) po porodu
- b) po gynekologické operaci
- c) po klimakteriu
- d) po zatěžující situaci
- e) při partnerských problémech
- f) jiné

Otázka č. 11 zjišťovala, kdy poprvé došlo u žen k nechtěnému úniku moči. K úniku moči po porodu došlo u 18 (45 %) respondentek, 8 (20 %) respondentek udává únik moči po klimakteriu a shodný počet žen udává po zatěžující situaci. U 6 (15 %) respondentek se únik moči objevil po gynekologické operaci.



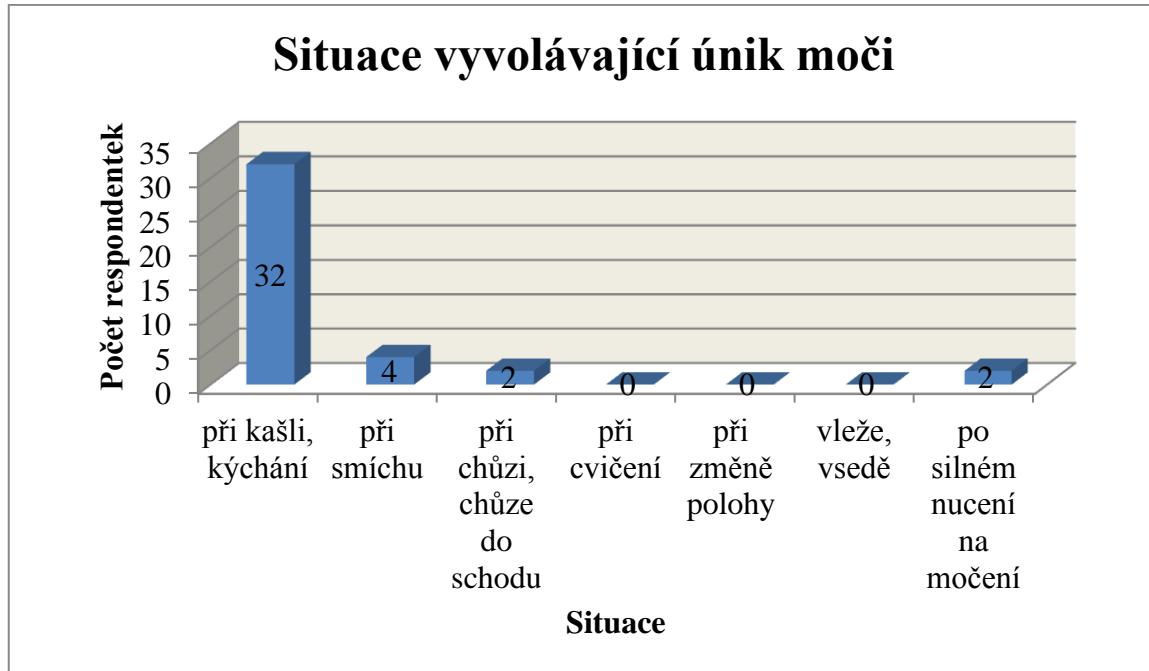
Obr. č. 11 – První nechtěný únik moči

### Otázka č. 12 - V jaké situaci u Vás dochází k úniku moči?

Možnosti odpovědí:

- a) při kašli, kýčání
- b) při smíchu
- c) při chůzi, chůze do schodu
- d) při cvičení
- e) při změně polohy
- f) vleže, vsedě
- g) po silném nucení na močení
- h) jiné

Otázka č. 12 byla zaměřená na situace, u kterých dochází k úniku moči. 32 (80 %) respondentek uvedlo při kašli, kýčání. U 4 (10 %) respondentek dochází k úniku moči při smíchu, při chůzi a chůze do schodu u 2 (5 %) žen a po silném nucení na močení udávají 2 (5%) respondentky.



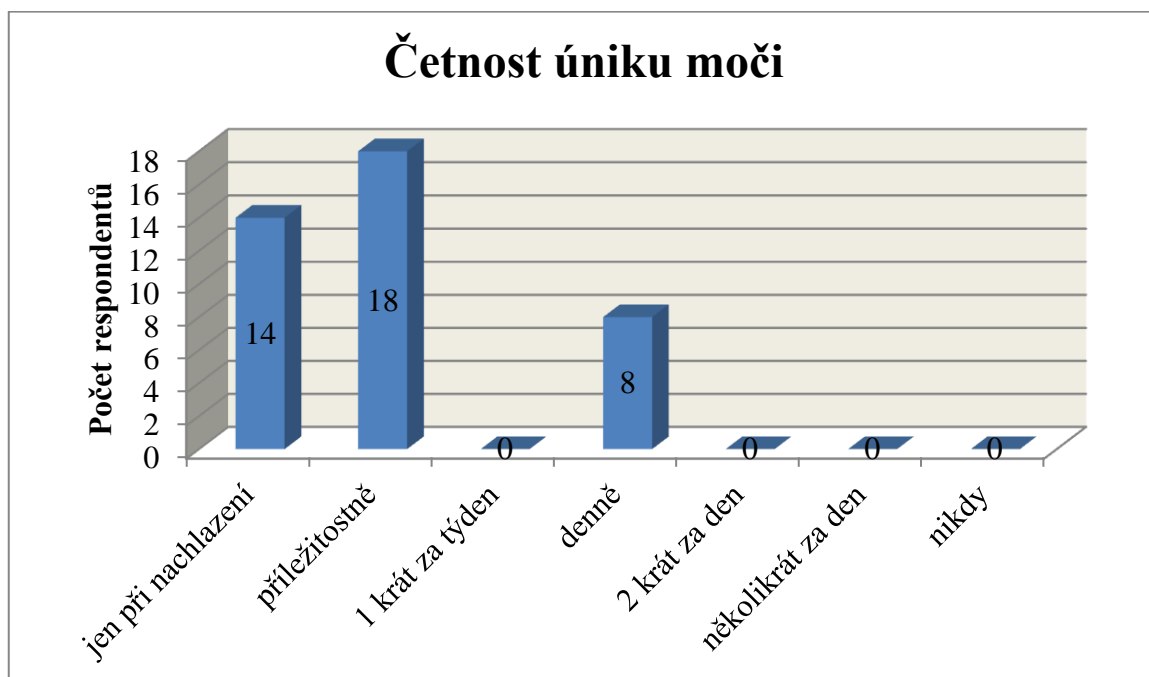
Obr. č. 12 – Situace vyvolávající únik moči

### Otázka č. 13 - Jak často se u Vás objevuje samovolný únik moči?

Možnosti odpovědí:

- a) jen při nachlazení
- b) příležitostně
- c) 1 krát za týden
- d) denně
- e) 2 krát za den
- f) několikrát za den
- g) nikdy
- h) jiné

Touto otázkou jsem zjišťovala častost úniku moči u žen. Příležitostně dochází k úniku moči u 18 (45 %) žen, jen při nachlazení se objevuje u 14 (35%) žen a 8 (20 %) tázaných respondentek pociťuje únik moči denně.



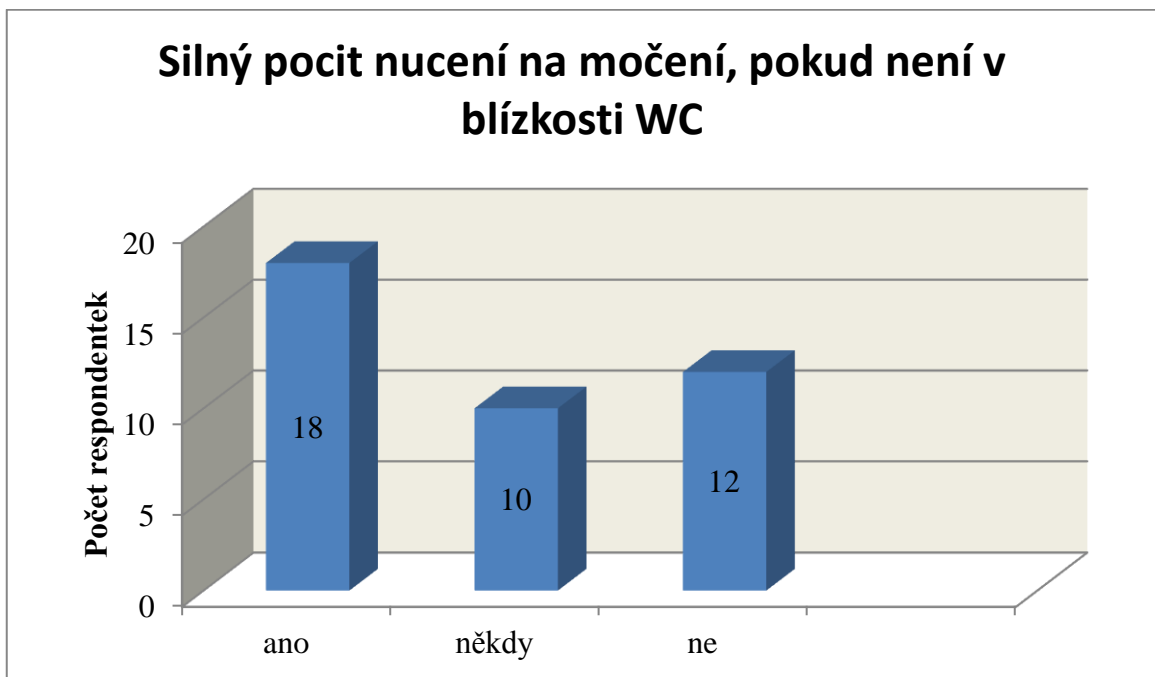
Obr. č. 13 – Četnost úniku moči

**Otázka č. 14 - Situace, kdy v blízkosti není WC, u mě vyvolávají silný pocit nucení na močení:**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) někdy
- c) ne

Na otázku č. 14 odpovědělo z celkového počtu 40 (100 %) respondentek následovně: 18 (45 %) ano, 12 (30 %) ne a 10 (25 %) respondentek někdy.



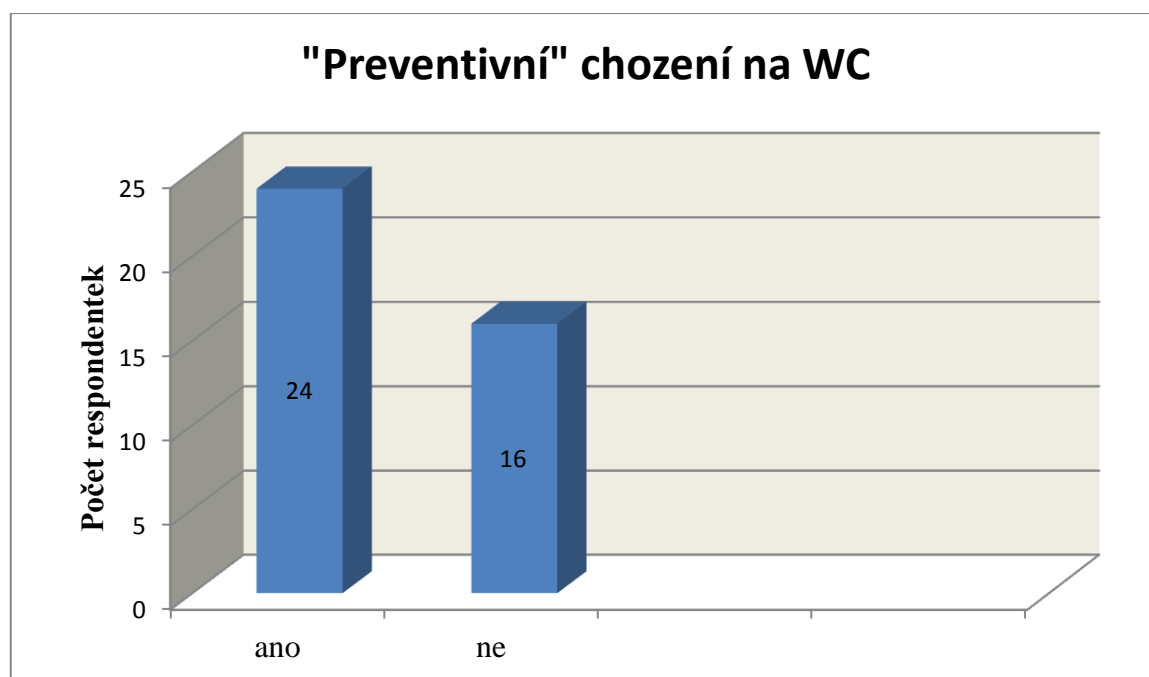
Obr. č. 14 – Silný pocit nucení na močení, pokud není v blízkosti WC

### Otázka č. 15 - Kvůli obavám z úniku moči, chodím „preventivně“ na WC?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne

24 (60 %) dotázaných chodí kvůli obavám z úniku moči „preventivně“ na WC a 16 (40%) zvolilo odpověď ne.



Obr. č. 15 – „Preventivní“ chození na WC

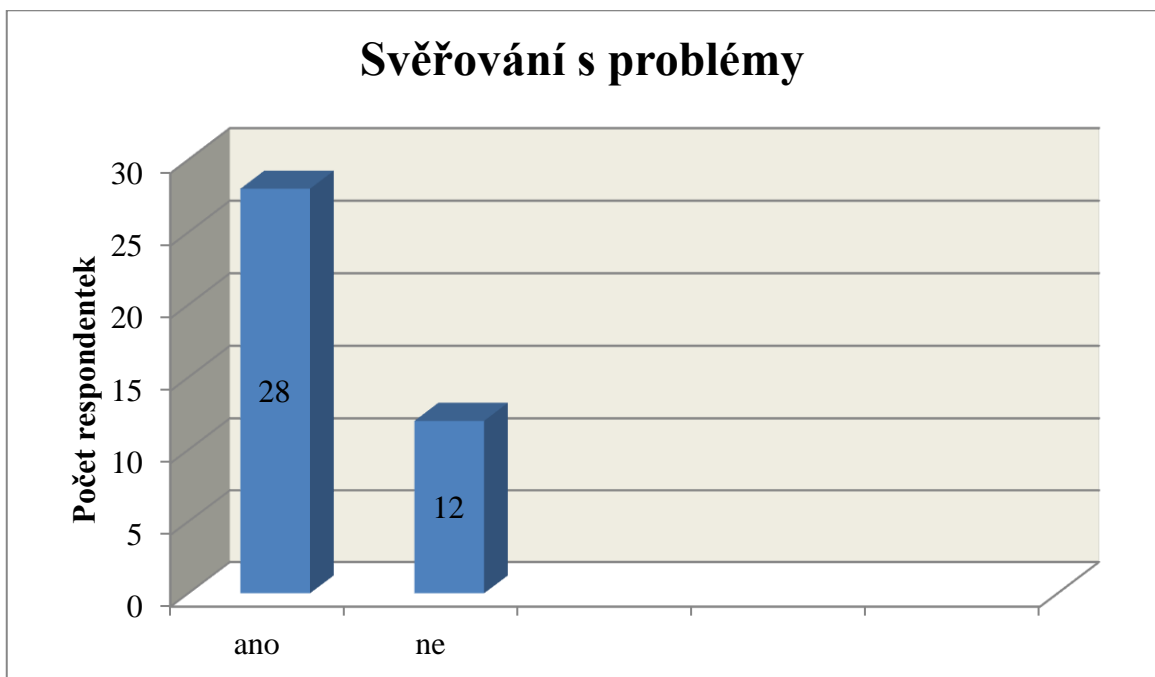


### Otázka č. 16 - Svěřila jste se někomu se svými problémy?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne

Z níže uvedeného grafu vyplývá, že 28 (70 %) respondentek se se svými problémy ohledně nechtěného úniku moči svěří a 12 (30 %) žen nikoliv.



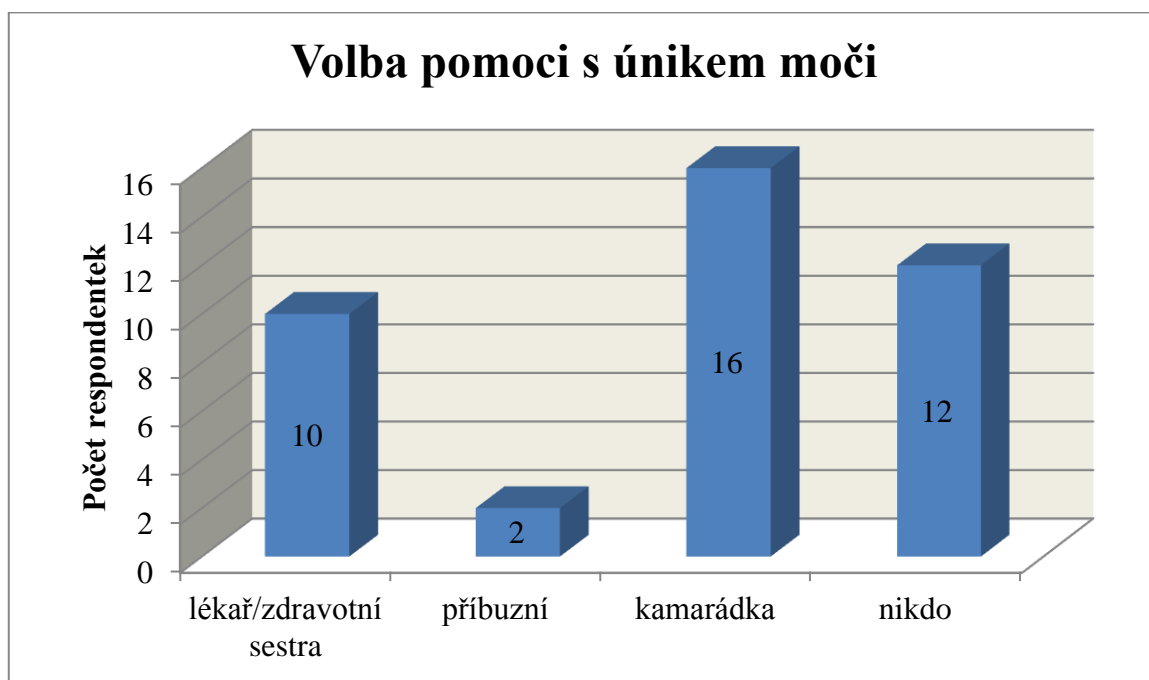
Obr. č. 16 – Svěřování s problémy

**Otázka č. 17 - Na koho jste se obrátila o pomoc? (možnost více odpovědí)**

Možnosti odpovědí:

- a) lékaře/ zdravotní sestru
- b) příbuzné
- c) kamarádku
- d) nikoho
- e) jiné

Otázka č. 17 zjišťovala, na koho se ženy s tímto problémem obrací o pomoc. Pomoc u lékaře nebo zdravotní sestry vyhledává 10 (25 %) žen a 2 (5 %) žen hledá pomoc u příbuzných. Kamarádka je nejčastější volbou pomoci u 16 (40 %) respondentek. 12 (30 %) respondentek se na nikoho o pomoc neobrací.



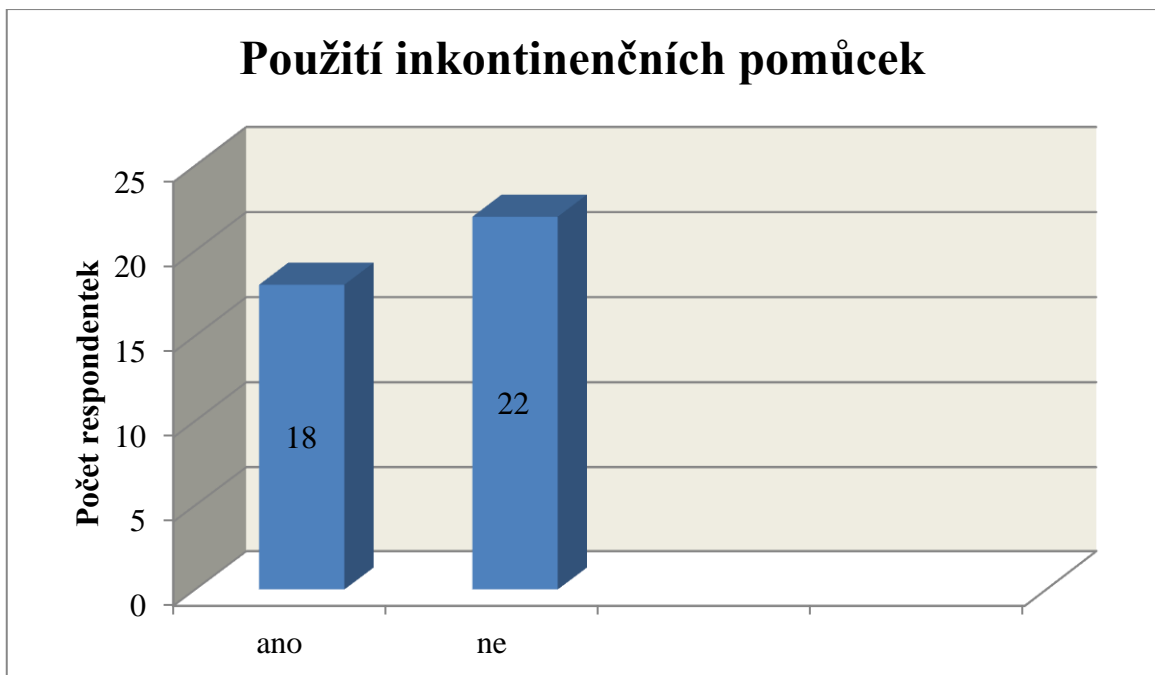
Obr. č. 17 – Volba pomoci s únikem moči

### Otázka č. 18 - Používáte inkontinenční pomůcky?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne, nepoužívám

Ze zkoumaného vzorku 18 (45 %) dotázaných žen používá inkontinenční pomůcky a 22 (55 %) žen tyto pomůcky nepoužívá.



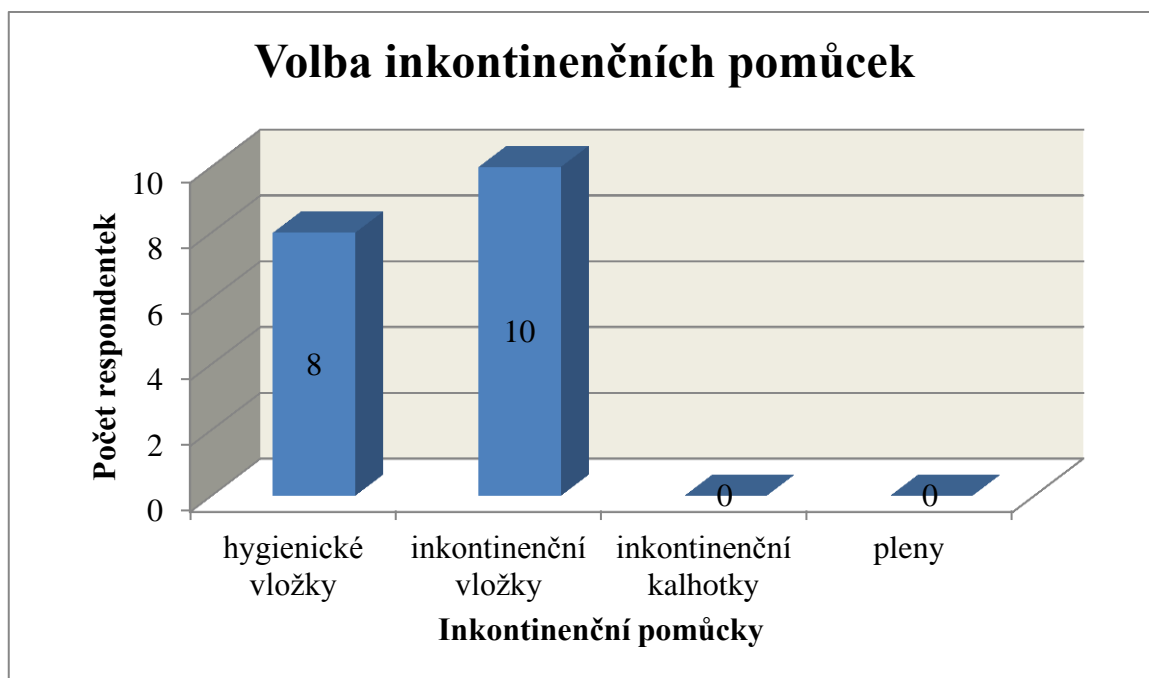
Obr. č. 18 – Použití inkontinenčních pomůcek

**Otázka č. 19 - Pokud byla Vaše odpověď ano, které používáte?**

Možnosti odpovědí:

- a) hygienické vložky
- b) inkontinenční vložky
- c) inkontinenční kalhotky
- d) pleny
- e) jiné

Z 18 (45 %) dotázaných respondentek, které používají inkontinenční pomůcky volí 10 (55,56 %) žen inkontinenční vložky a 8 (44,44 %) žen hygienické vložky.



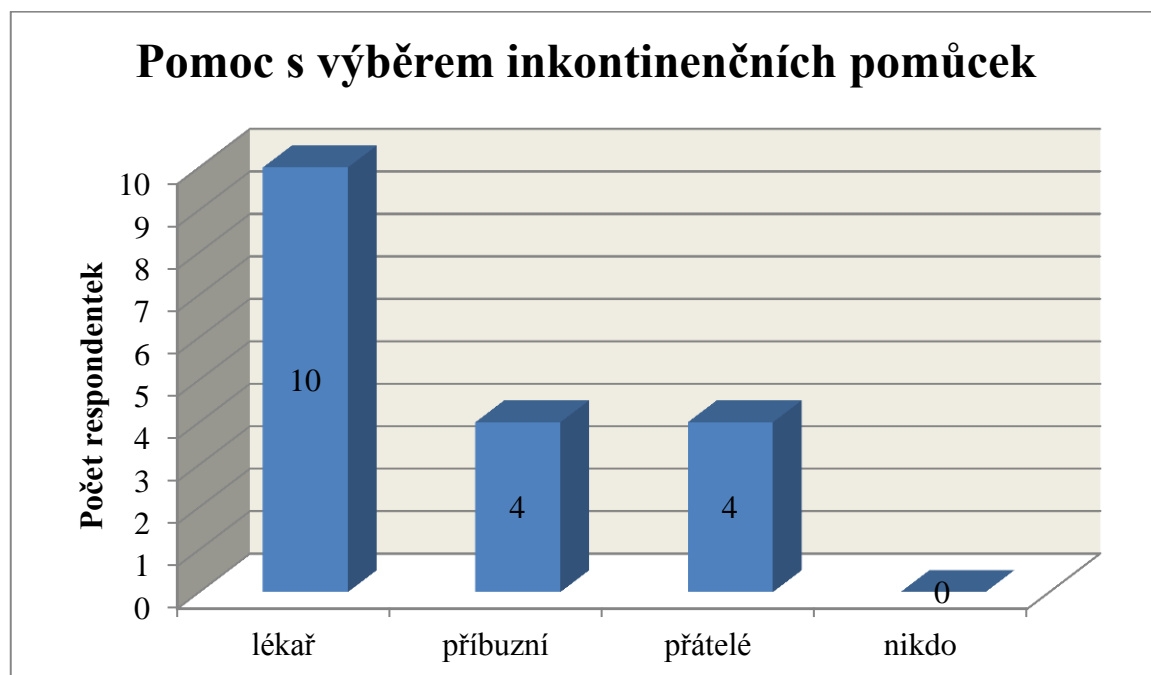
Obr. č. 19 – Volba inkontinenčních pomůcek

**Otázka č. 20 - Kdo Vám pomohl s výběrem inkontinenčních pomůcek?** (možnost více odpovědí)

Možnosti odpovědí:

- a) lékař
- b) příbuzní
- c) přátelé
- d) nikdo
- e) jiné

S výběrem vhodných inkontinenčních pomůcek pomohl 10 (55,56 %) respondentkám lékař, 4 (22,22 %) ženám pomohli příbuzní a 4 (22,22 %) přátelé.



Obr. č. 20 – pomoc s výběrem inkontinenčních pomůcek

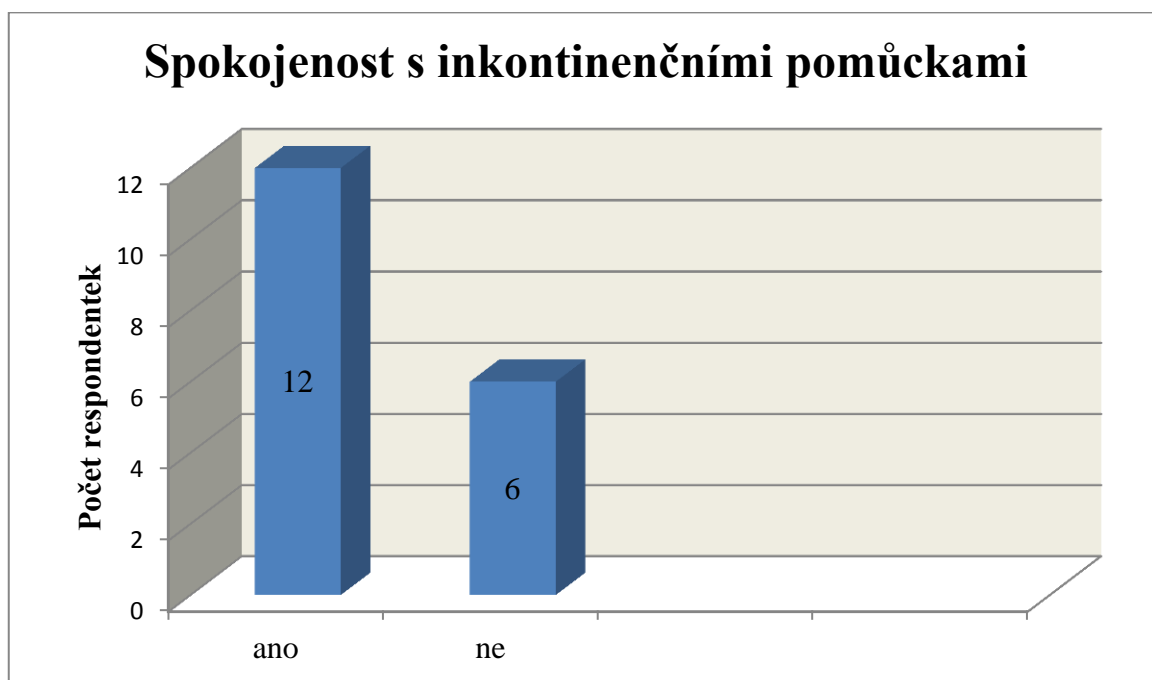
### Otázka č. 21 - Jste s inkontinenčními pomůckami spokojena? Proč?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne

Otázkou č. 21 jsem zjišťovala, zda jsou ženy, které inkontinenční vložky používají s těmito pomůckami spokojeny. Spokojenost s pomůckami udává 12 (30 %) respondentek a 6 (15 %) žen je nespokojeno.

Jako důvod spokojenosti s užíváním inkontinenčních pomůcek ženy uváděly pocit bezpečí, ochrany před prosáknutím, zápachem. Důvodem nespokojenosti byla alergická reakce a odpověď, že použití těchto pomůcek nevyřeší jejich problém



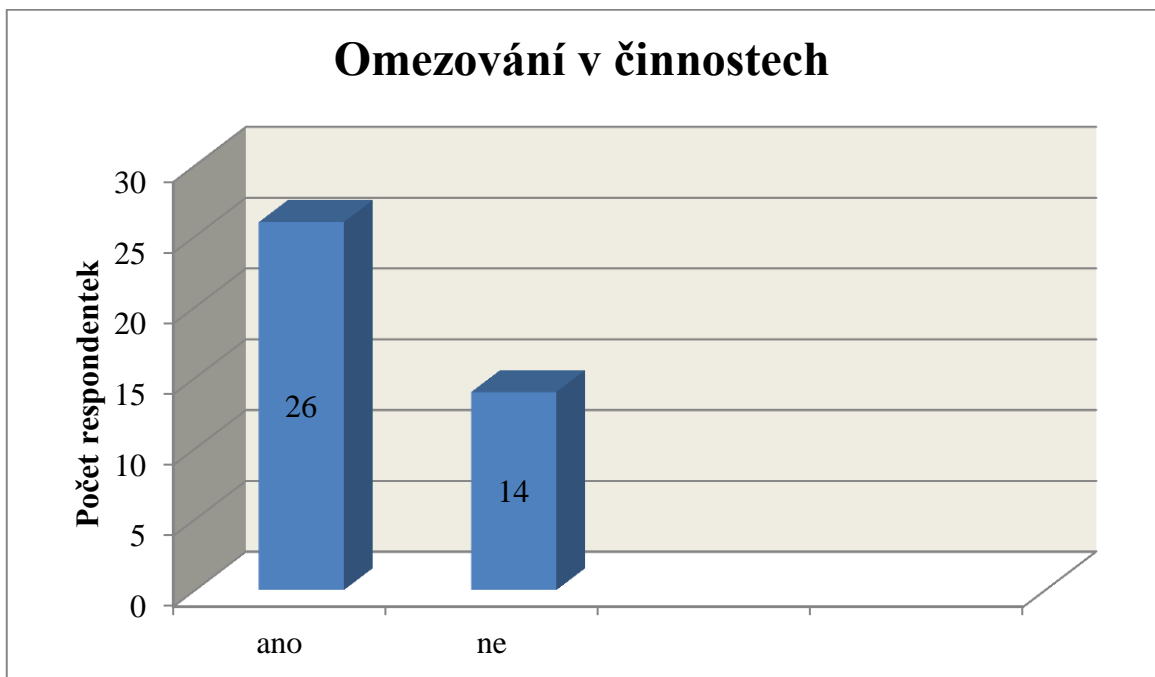
Obr. č. 21 – Spokojenost s inkontinenčními pomůckami

### Otázka č. 22 - Omezuje Vás nechtěný únik moče v činnostech?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda únik moči omezuje ženy ve všedním životě. Z celkového počtu 40 (100%) dotázaných 26 (65%) respondentek únik moči omezuje v činnostech a jen 14 (35%) tento problém neomezuje.



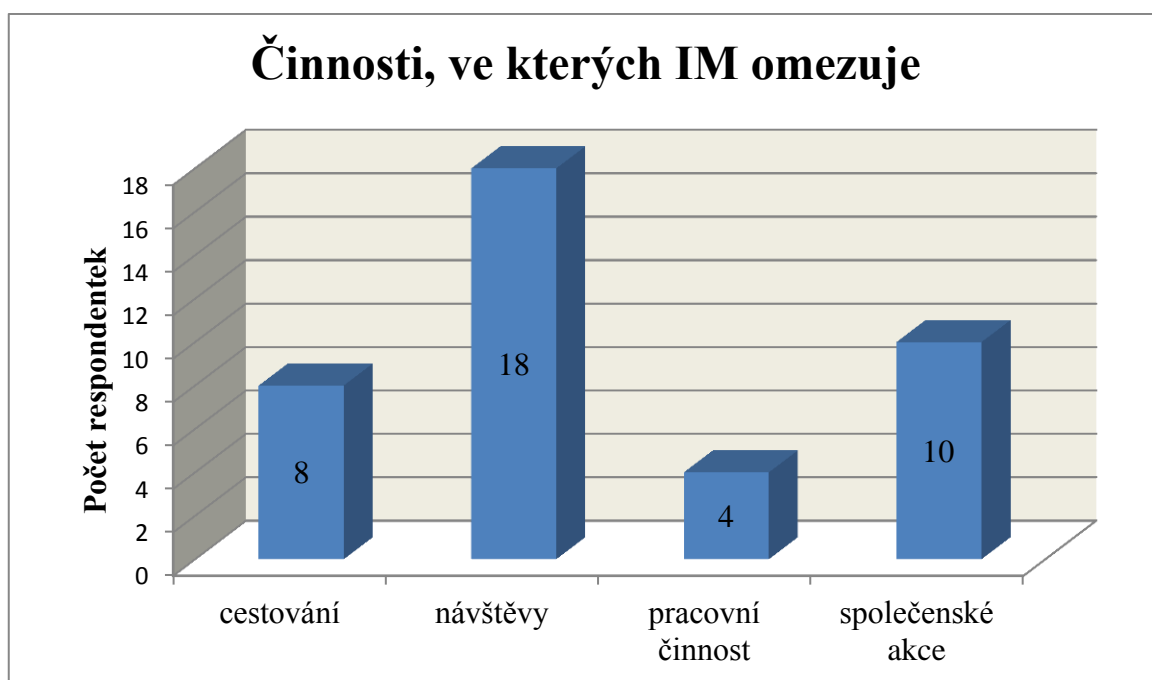
Obr. č. 22 – Omezování v činnostech

**Otázka č. 23 - Pokud ano, v jakém druhu činnosti? (možnost více odpovědí)**

Možnosti odpovědí:

- a) cestování
- b) návštěvy
- c) pracovní činnost
- d) společenské akce
- e) jiné

Nechtěný únik moči omezuje 8 (20 %) žen v cestování, 18 (45 %) žen během návštěv, 4 (10 %) během pracovních činností a 10 (25 %) při společenských akcích.



Obr. č. 23 – Činnosti, ve kterých IM omezuje

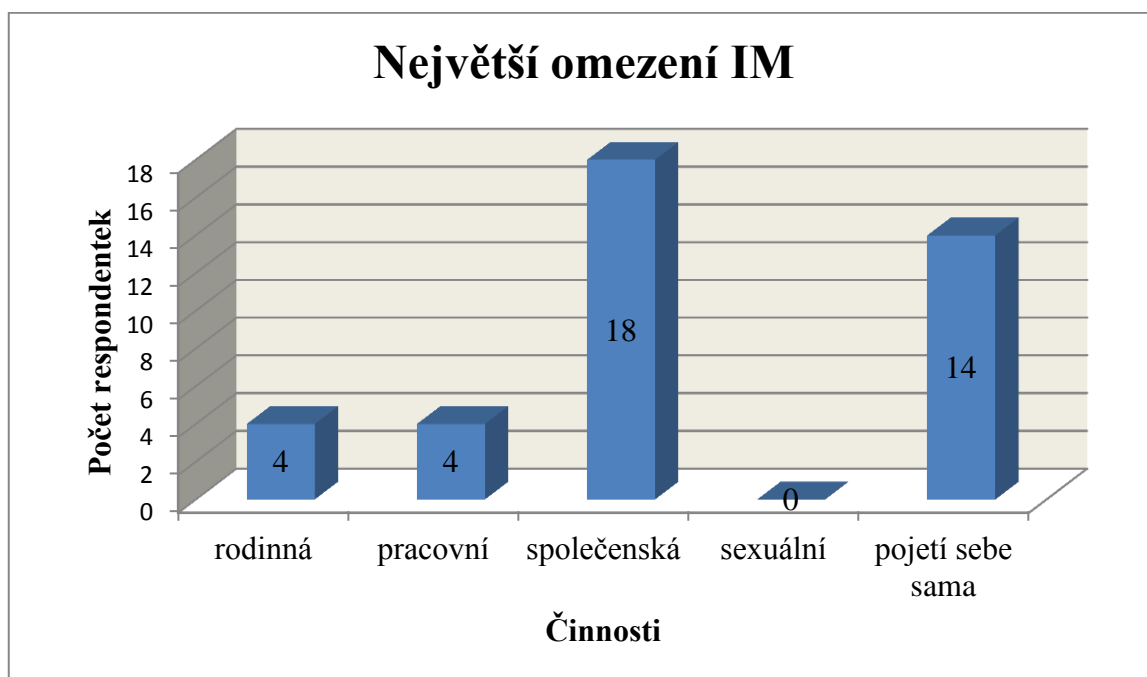


### Otázka č. 24 - Ve které oblasti Vás inkontinence omezuje nejvíce?

Možnosti odpovědí:

- a) rodinné
- b) pracovní
- c) společenské
- d) sexuální
- e) pojetí sebe sama
- f) jiné

V této otázce mě zajímalo, ve které oblasti inkontinence způsobuje ženám největší problémy. V rodinném životě uvedly 4 (10%) respondentky, v pracovní činnosti 4 (10 %) ženy. Nejvíce ve společenské oblasti 8 (45 %) a 14 (35 %) žen ve smyslu pojetí sebe sama.



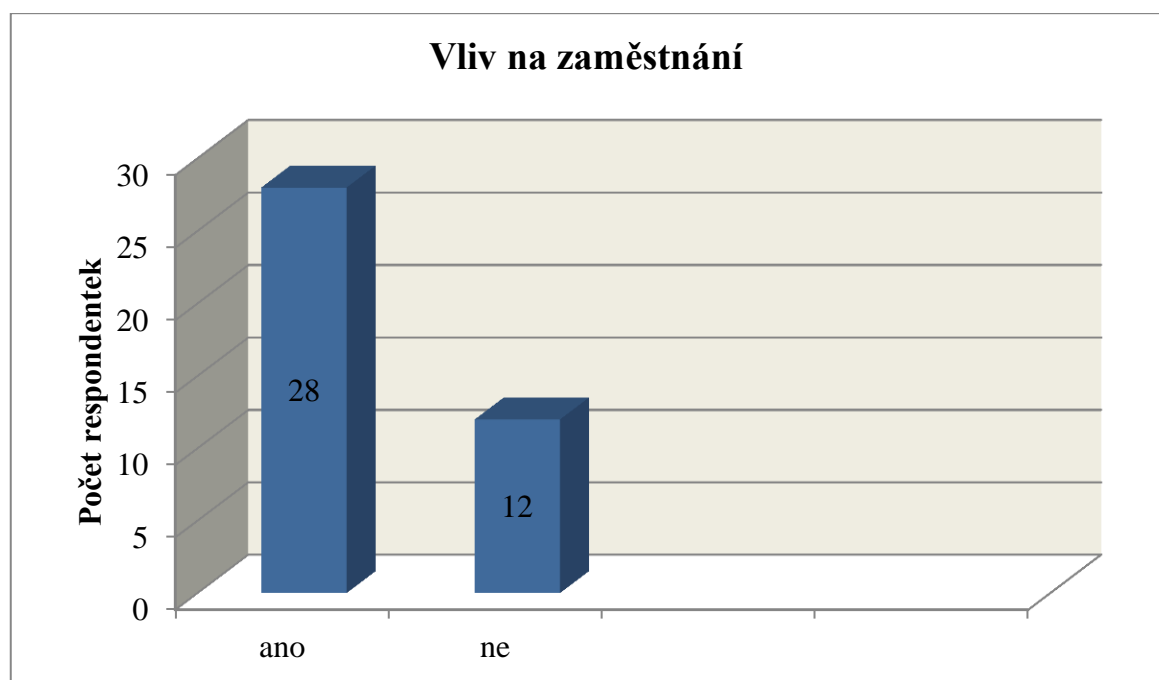
Obr. č. 24 – Největší omezení IM

**Otázka č. 25 - Ovlivnily Vaše potíže s únikem moči Vaše zaměstnání? Pokud ano, uveďte jak moc, do jaké míry?**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne

Únik moči ovlivňuje 28 (70 %) žen v zaměstnání. Respondentky uváděly obtížné vykonávání práce, nesoustředěnost, pocit nejistoty, „všichni na mě koukají“, nestihnu doběhnout na WC. 12 (30 %) respondentek neovlivňuje únik moči v zaměstnání.



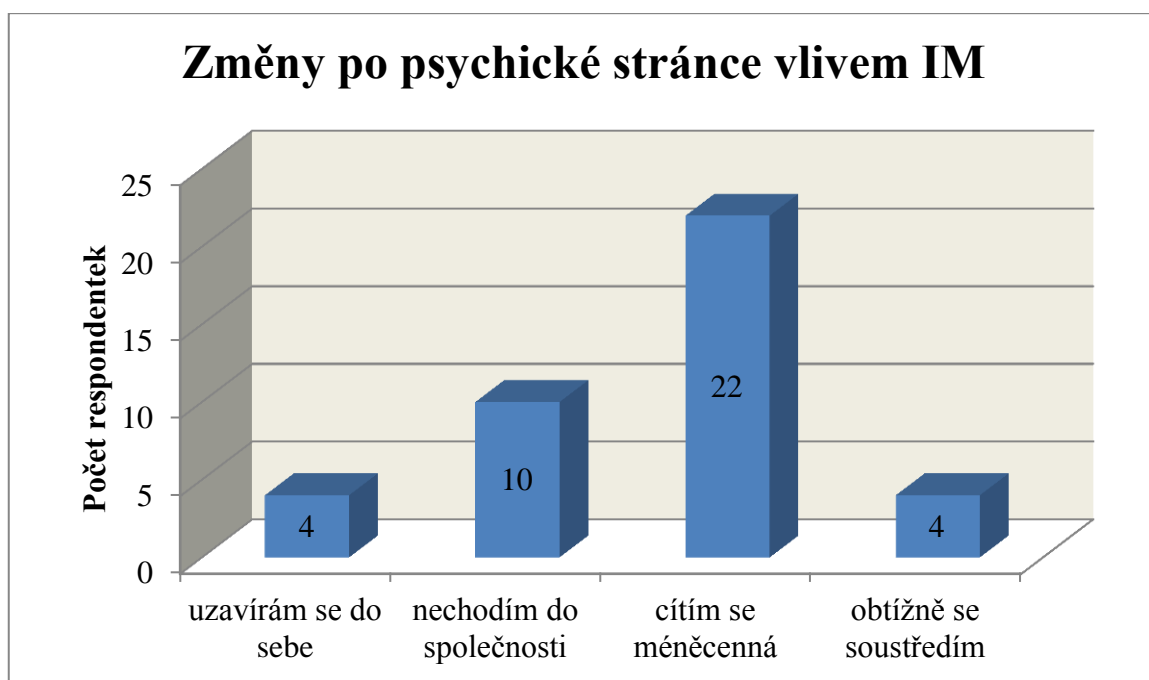
Obr. č. 25 – Vliv na zaměstnání

**Otázka č. 26 - Způsobuje Vám únik moči změny po psychické stránce? (možnost více odpovědí)**

Možnosti odpovědí:

- a) uzavírám se do sebe
- b) nechodím do společnosti
- c) cítím se méněcenná
- d) obtížně se soustředím na práci
- e) jiné

Otázka č. 26 zjišťovala, zda únik moči působí ženám psychické potíže. 4 (10 %) žen se uzavírá do sebe, 10 (25 %) nechodí do společnosti, 22 (55 %) respondentek se cítí méněcenně a 4 (10 %) se obtížně soustředí na práci.



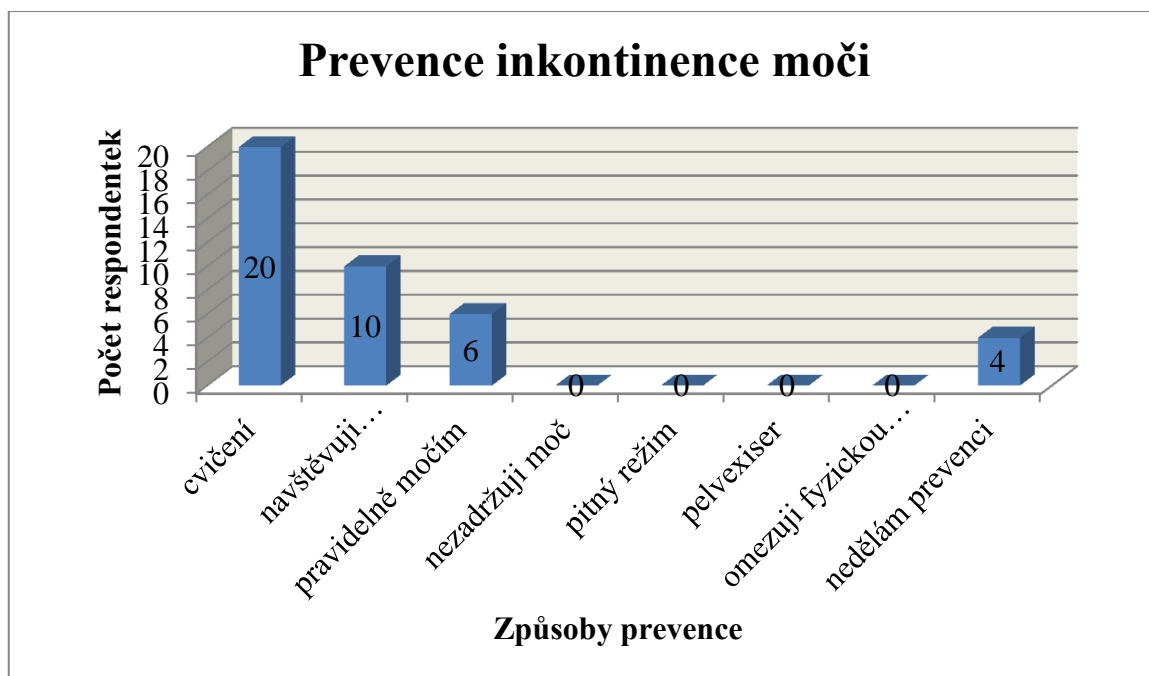
Obr. č. 26 – Změny po psychické stránce vlivem IM

**Otázka č. 27 - Děláte nějakou prevenci? Pokud ano, uveďte jakou.**

Možnosti odpovědí:

- a) cvičení
- b) navštěvuji lékaře
- c) pravidelně močím
- d) nezadržuji moč
- e) pitný režim
- f) pelvexiser
- g) omezují fyzickou aktivitu
- h) nedělám prevenci
- i) jiné

20 (50 %) respondentek volí jako prevenci úniku moči cvičení, 10 (25 %) navštěvuje lékaře, 6 (15 %) pravidelně močí a 4 (10 %) žen nedělá žádnou prevenci.

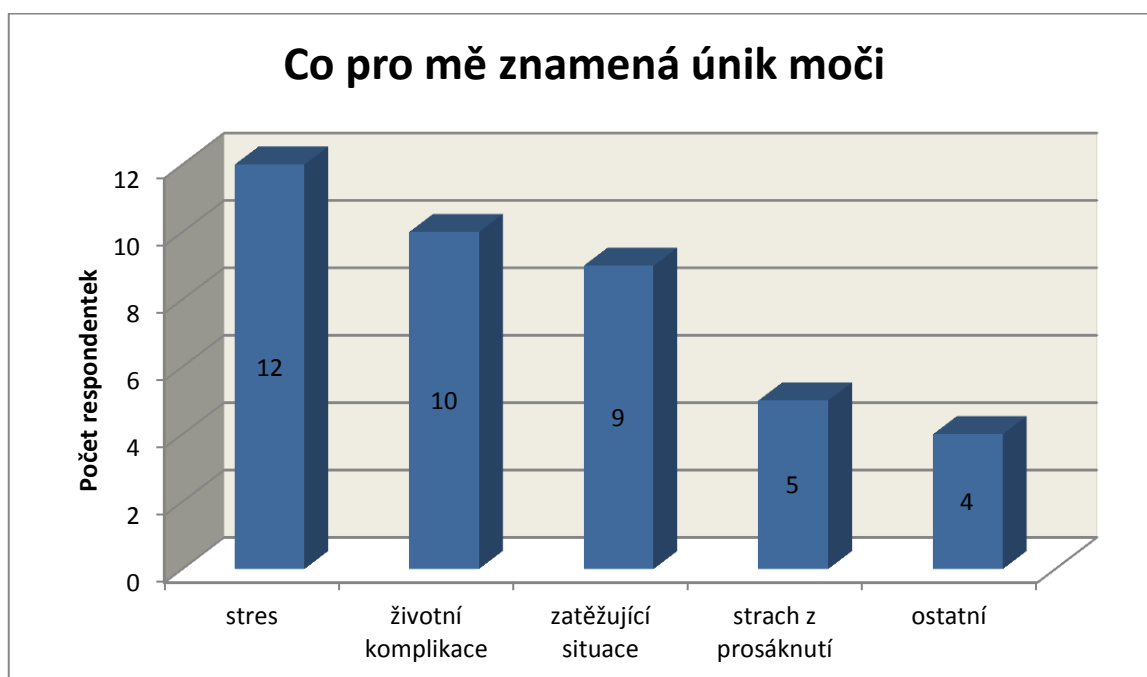


Obr. č. 27 – Prevence inkontinence moči

### Otázka č. 28 - Nechtěný únik moči pro mě znamená

Poslední otázkou dotazníku jsem chtěla zjistit, co znamená nechtěný únik moči pro ženy. Na tuto otázku mohly odpovídat vlastními slovy. Ženy nejčastěji uváděly stres 12 (30%), životní komplikace 10 (25%), pro 9 (22,5%) respondentek znamená únik moči zatěžující situaci a 5 (12,5%) žen uvedlo strach z prosáknutí. Ostatní ženy 4 (10%) uváděly obavu z prosáknutí, ze zápachu a také nevyspání.

Následující graf znázorňuje nejčastější odpovědi respondentek.



Obr. č. 28 – Co pro mě znamená únik moči

## 8 Diskuze

Tato část bakalářské práce obsahuje shrnutí odpovědí a výsledků, které vyplynuly z dotazníkového šetření.

V této části práce uvádím přehled výzkumných otázek, které jsem si stanovila na začátku bakalářské práce, a jejich následné vyhodnocení.

### **1. Domnívám se, že inkontinencí trpí více ženy ve věku 50 let a více než ve věkové kategorii 41-49 let.**

První výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 1. Z celkového počtu 40 respondentek je 26 (65 %) žen, které trpí únikem moči ve věku 50 let a více. Ve věkové skupině 41- 49 let trpí IM 10 (25%) respondentek.

**Tato výzkumná otázka se potvrdila.**

### **2. Předpokládám, že ženy trpí nejčastěji stresovou inkontinencí.**

Ke zhodnocení druhé výzkumné otázky jsem použila otázku č. 12. Respondentky měly odpovědět, v jaké situaci u nich dochází k úniku moči. Z uvedených odpovědí vyplývá, že u 32 (80%) respondentek dochází k úniku moči při kašli nebo kýchání.

**Tato výzkumná otázka se potvrdila.**

### **3. Myslím si, že více jak polovina respondentek se se svými potížemi svěřují kamarádce než lékaři.**

Zhodnocení jsem provedla na základě otázky č. 17. Respondentky měly možnost zvolit ze 4 možných odpovědí. Předpokládala jsem, že kamarádka je pro ženy, které trpí inkontinencí moče bližší, více ji věří a necítí takový strach a stud svěřit se jí. Ze 40 dotázaných se lékaři svěřuje 10 (25%) žen, a 16 (40%) žen se svěřuje kamarádce. Vzhledem k odpovědím **se tato výzkumná otázka nepotvrdila.**

Tento výsledek mě překvapil, očekávala jsem, že výsledkem výzkumu zjistím velký rozdíl mezi počtem žen, které se svěřují kamarádce a těmi, co lékaři.

#### **4. Domnívám se, že nejvíce snižuje IM kvalitu života v oblasti společenské.**

Ke zhodnocení jsem použila otázku č. 24. Inkontinence moči působí ženám největší potíže v oblasti společenské.

**Výzkumná otázka se potvrdila.**

#### **5. Myslím si, že více jak polovině žen působí IM psychické změny.**

Zhodnocení výzkumné otázky proběhlo na základě otázky č. 26. Z celkového počtu 40 respondentek se 22 (55%) respondentek kvůli IM cítí méněcenně.

**Výzkumná otázka se potvrdila.**

V závěru diskuze bych se chtěla zmínit o spolupráci s respondentkami. Získat potřebné údaje ke zpracování výzkumné části bylo velice složité. Respondentky nechtěly dotazníky vyplňovat. Urologická pracoviště mi neumožnily rozdávat a vyplňovat dotazníky společně s respondentkami.

Měla jsem možnost komunikace pouze s 10 ženami na gynekologickém oddělení Jičínské nemocnice. Díky jejich ochotě a vstřícnosti jsem získala informace, které mi pomohly k vypracování bakalářské práce.

## Závěr

Pro zpracování bakalářské práce jsem si vybrala téma „Psychosomatická problematika inkontinentních žen“. V poslední době je téma inkontinence velmi diskutované a proto jsem se rozhodla toto téma více zmapovat. Zaměřila se hlavně na psychosomatickou stránku této problematiky.

Cílem bylo zjistit, ve kterém věku se inkontinence moči vyskytuje nejčastěji a kterým typem IM trpí ženy nejčastěji. Dále jsem zkoumala, jestli se ženy se svými problémy svěřují, zaměřila jsem se na zjištění oblasti nejvíce ovlivňující kvalitu života a také zda symptomy působí na psychiku ženy. Všechny cíle se mi podařilo splnit.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že inkontinence moči postihuje nejčastěji ženy ve věku 50 let a více. Nelze ale říci, že postihuje ženy jen této věkové generace. Vznik podporuje zaměstnání spojené s větší fyzickou zátěží, gynekologická operace a také porod, který může poškodit strukturu pánevního dna. Rozvoj inkontinence je spojen se zaměstnáními, která se vyznačují vyšší fyzickou zátěží, gynekologické operace a v neposlední řadě také porod, který může poškodit strukturu pánevního dna. K poznatkům z mého výzkumu patří zjištění, že i psychické faktory jsou důležité při rozvoji inkontinence moči. Partnerské problémy, dlouhodobý stres nebo úzkost mohou vyvolat příznaky inkontinence. Inkontinence moči je pro ženy zatěžující situace, má dopad na jejich psychiku, cítí se méněcenné, uzavírají se do sebe a cítí se se svými problémy samy. Kvůli obavám z případného zápachu, studu nebo prosáknutí moči nechodí do společnosti a vyhýbají se i cestování. Tento problém jim způsobuje obtíže i v práci, jsou nesoustředěné, chodí preventivně na WC. Tento problém může ženám způsobovat obtíže i v zaměstnání, kde jsou méně soustředěné a činnost jim narušuje preventivní chození na WC.

Myslím, že důležitou součástí léčby je i vstřícný přístup ze strany zdravotnického personálu k inkontinentním ženám. V podobě správné informovanosti o problematice, prevenci a vyslechnutí všech stesků klientky a jejich následné řešení. Jistým přínosem v této problematice by bylo vytvoření informačního materiálu, který by ženám osvětlil, co v dané situaci dělat, na koho se obrátit a jaké jsou v dnešní době možnosti léčby.

Se zájmem jsem prostudovala množství kvalitní literatury, které mi přineslo spoustu nových znalostí. Celkově tuto práci hodnotím jako velmi obohacující o nové informace, které, jak doufám, budu moci uplatit i v praxi.



## Soupis bibliografických citací

1. BAŠTECKÝ, J., et al. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
2. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. *Inkontinence moči*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. DANZER, G. *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.
4. GALAJDOVÁ, L. *O nemocech močového měchýře : aneb léčba inkontinence*. 1. vyd. Praha 7 : Grada, 2000. ISBN 80-7169-950-0.
5. HALAŠKA, M., et al. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha 5 : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
6. HORČIČKA, Lukáš; CHMEL, Roman . *Močová inkontinence : Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci* [online]. 2003 [cit. 2010-12-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.mocova-inkontinence.cz/index.html>>.
7. CHROMÝ, Karel, et al. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
8. *Inkontinence.com : Každá žena má právo udržet moč* [online]. 2010 [cit. 2010-12-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.inkontinence.com/typy/>>.
9. KAWCIUK, I. *Urologie*. 1. vyd. Jinočany : H+H, Vyšehradská s.r.o., 2000. ISBN 80-86022-60-9.
10. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha 5 : Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
11. KUČEROVÁ, J. *Stresová inkontinence moči - Kegelovo cvičení*. *Zdravotnické noviny* [online]. 22.9.2010, 38, [cit. 2010-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/stresova-inkontinence-moci-kegelovo-cviceni-128997>>.
12. MARTAN, A. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba : průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
13. MORSCHITZKY, H.; SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
14. TRAPKOVÁ, L.; CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch : Rodina jako sociální děloha*. 2. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-561-5.
15. TRESSS, W.; KRUSSE, J.; OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha :

Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

16. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

17. Wikipedia [online]. 2011 [cit. 2011-07-17]. Dotazník. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Dotazn%C3%ADk>>.

18. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1. vyd. Praha 1 : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

# SEZNAM PŘÍLOH

## PŘÍLOHA A DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Borůvková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích oboru Porodní asistentka. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky použiji ve své bakalářské práci na téma: Psychosomatická problematika inkontinentních žen. Dotazník je zcela anonymní.

Prosím, označte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas.

Petra Borůvková

### 1. Kolik Vám je let?

- a) do 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 49 let
- d) více než 50 let

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

### 3. Jaké je Vaše zaměstnání?

.....

### 4. Jaký je Váš rodinný stav?

- c) svobodná
- d) vdaná
- e) rozvedená
- f) vdova

### 5. Kolikrát jste rodila?

- a) 0
- b) 1
- c) 2

d) 3 a více

**6. Prodělala jste gynekologickou operaci?**

- a) ano
- b) ne

**7. Setkala jste se s pojmem inkontinence?**

- a) ano
- b) ne

**8. Informace o samovolném úniku moče jsem získala od: (možnost více odpovědí)**

- lékaře
- zdravotní sestry
- kamarádky
- rodinného příslušníka
- pracovního kolektivu
- z médií
- o tomto problému jsem neslyšela
- jiné.....

**9. Máte problémy s inkontinencí (nechtěným únikem moči)?**

- ano
- ne

**10. Jak dlouho máte potíže s únikem moči?**

**11. Po jaké události u Vás poprvé došlo k nechtěnému úniku moči?**

- g) po porodu
- h) po gynekologické operaci
- i) po klimakteriu
- j) po zatěžující situaci
- k) při partnerských problémech
- l) jiné.....

**12. V jaké situaci u Vás dochází k úniku moči?**

- při kašli, kýchání
- při smíchu
- při chůzi, chůze do schodu
- při cvičení
- při změně polohy
- vleže, vsedě
- po silném nucení na močení
- jiné.....

**13. Jak často se u Vás objevuje samovolný únik moči?**

- i) jen při nachlazení
- j) příležitostně

- k) 1 krát za týden
- l) denně
- m) 2 krát za den
- n) několikrát za den
- o) nikdy
- p) jiné.....

**14. Situace, kdy v blízkosti není WC, u mě vyvolávají silný pocit nucení na močení:**

- d) ano
- e) někdy
- f) ne

**15. Kvůli obavám z úniku moči, chodím „preventivně“ na WC?**

- c) ano
- d) ne

**16. Svěřila jste se někomu se svými problémy?**

- c) ano
- d) ne

**17. Na koho jste se obrátila o pomoc?**

**(možnost více odpovědí)**

- f) lékaře/ zdrav. sestru
- g) příbuzné
- h) kamarádku
- i) nikoho
- j) jiné.....

**18. Používáte inkontinenční pomůcky?**

- c) ano
- d) ne, nepoužívám

**19. Pokud byla Vaše odpověď ano, které používáte?**

- f) hygienické vložky
- g) inkontinenční vložky
- h) inkontinenční kalhotky
- i) pleny
- j) jiné

**20. Kdo Vám pomohl s výběrem? (možnost více odpovědí)**

- f) lékař
- g) příbuzní
- h) přátelé
- i) nikdo
- j) jiné

**21. Jste s inkontinenčními pomůckami spokojena? Proč?**

- c) ano
- d) ne

**22. Omezuje Vás nechtěný únik moče v činnostech?**

- c) ano
- d) ne

**23. Pokud ano, v jakém druhu činnosti? (možnost více odpovědí)**

- f) cestování
- g) návštěvy
- h) pracovní činnost
- i) společenské akce
- j) jiné.....

**24. Ve které oblasti Vás inkontinence omezuje nejvíce?**

- g) rodinné
- h) pracovní
- i) společenské
- j) sexuální
- k) pojetí sebe sama
- l) jiné.....

**25. Ovlivnily Vaše potíže s únikem moči Vaše zaměstnání? Pokud ano, uveďte jak moc, do jaké míry?**

- a) ano

.....  
.....  
.....

- b) ne

**26. Způsobuje Vám únik moči změny po psychické stránce? (možnost více odpovědí)**

- f) uzavírám se do sebe
- g) nechodím do společnosti
- h) cítím se méněcenná
- i) obtížně se soustředím na práci
- j) jiné.....

**27. Děláte nějakou prevenci? Pokud ano, uveďte jakou.**

- j) cvičení
- k) navštěvuji lékaře
- l) pravidelně močím

- m) nezadržuji moč
- n) pitný režim
- o) pelvexiser
- p) omezují fyzickou aktivitu
- q) nedělám prevenci
- r) jiné

**28. Nechtěný únik moči pro mě znamená:**

## SEZNAM ZKRATEK

<b>Aj.</b>	a jiné
<b>AUS</b>	umělý svěrač uretry
<b>č.</b>	číslo
<b>ICS</b>	International Contience Society (Mezinárodní společnost pro kontinenci)
<b>IM</b>	inkontinence moči
<b>OAB</b>	overactive bladder (hyperaktivní močový měchýř)
<b>Obr.</b>	obrázek
<b>PWT</b>	Pad - weight test (test vážení vložek)
<b>TOT</b>	tension – free obturator tape
<b>TVT</b>	tension – free vaginal tape
<b>UI</b>	urgentní inkontinence
<b>UZ</b>	ultrazvuk