

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Tereza Hrušková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence

Tereza Hrušková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Hrušková**
Osobní číslo: **Z12151**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence**
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 :

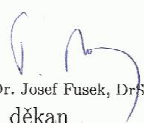
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

1. HALAŠKA, M. Urogynekologie. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
2. HOLUB, Z. Minimálně invazivní operace v gynekologii. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
3. HORA, M. Urologie pro studenty všeobecného lékařství. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0857.
4. MARTAN, A. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
5. VESELSKÝ, Z. Vybrané kapitoly z urologie: Vybrané aspekty ošetrovatelské péče u nemocných s onemocněním horních a dolních močových cest. Praha: Gema Art Group, 2007. ISBN 978-80-86087-61-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Škorníčková
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. února 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 mou 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 21.4.2016

Tereza Hrušková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto chci poděkovat paní Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost, trpělivost a poskytnutí informací i cenných rad. Poděkování patří také všem respondentům za vstřícnou spolupráci při sběru dat. Děkuji i rodině, za její podporu.

ANOTACE

Práce na téma „Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence“ ve své teoretické části vymezuje základní informace o močovém ústrojí, zaměřuje se na problematiku močové inkontinence a její léčbu.

Ve výzkumné části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření nejen v písemné formě, ale i obrázkovém znázornění. Šetření probíhalo mezi pacientkami, které byly po operačním řešení močové inkontinence.

KLÍČOVÁ SLOVA

Močová inkontinence, diagnostika inkontinence, léčba inkontinence.

TITLE

Satisfaction of women after surgical treatment of urinary incontinence

ANNOTATION

My thesis deal with the „Satisfaction of women after a surgical treatment of urinary incontinence“, a theoretic part of the thesis defines basic information about urinary tract, and focuses on the issue of urinary incontinence and its treatment.

In the a practical part there are evaluated results of the survey, not only in a written but also in a visual presentation. This survey was conducted among patients who had undergone a surgical treatment of urinary incontinence.

KEYWORDS

Urinary incontinence, examining methods of incontinence, treatment of incontinence.

OBSAH

Seznam ilustrací a tabulek	10
Seznam zkratk a značek	11
ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE	13
Cíle teoretické části	13
Cíl č. 1	13
Cíle praktické části	13
Cíl č. 1	13
Cíl č. 2	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Anatomie močového systému.....	14
1.1 Ledvina (ren, nefros)	14
1.2 Močový měchýř (vesica urinaria).....	14
1.3 Močová trubice (uretra).....	15
1.4 Cévní a nervové zásobení močových cest	16
2 Pánevní dno	17
2.1 Musculus levator ani.....	17
2.2 Urogenitální membrána	17
2.3 Pánevní fascie	17
3 Fyziologická mikce a mikční cyklus	18
4 Močová inkontinence	19
4.1 Zjednodušená klasifikace inkontinence moči.....	20
4.2 Diagnostika močové inkontinence	22
5 Léčba močové inkontinence	27
5.1 Inkontinenční pomůcky pro sběr moči	27

5.2 Metody užívané k léčbě stresové inkontinence	27
5.3 Metody užívané k léčbě urgentní inkontinence	28
7 Péče porodní asistentky o ženu s močovou inkontinencí	30
7.1 Přijetí pacientky	30
7.2 Plán ošetrovatelské péče	30
7.3 Edukace inkontinentní pacientky	31
7.4 Prevence močové inkontinence	31
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
8 Metodika výzkumu	33
Hlavní výzkumný cíl	33
8.1 Výzkumné cíle	33
8.2 Výzkumné otázky	34
8.3 Charakteristika výzkumného vzorku	34
8.4 Zpracování dat	34
9 Analýza a interpretace výsledků	35
DISKUZE	51
ZÁVĚR	53
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	54
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	55
PŘÍLOHA	56

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Doba trvání močové inkontinence	35
Obrázek 2 Doba po operaci	38
Obrázek 3 Prázdný močový měchýř po vymočení.....	43
Obrázek 5 Únik moči po operaci.....	45
Obrázek 6 Zdroje informací o močové inkontinenci.....	47
Obrázek 7 Kdo předal respondentkám informace	49
Tabulka 1 Činnosti doprovázené únikem moči	36
Tabulka 2 Omezení kvůli močové inkontinenci.....	37
Tabulka 3 Důvody k začátku řešení MI.....	39
Tabulka 4 Spokojenost žen po operaci	40
Tabulka 5 Proč jsou ženy po operaci spokojené.....	41
Tabulka 6 Proč jsou ženy po operaci nespokojené.....	42
Tabulka 7 Činnosti, během kterých dochází k úniku moči po operaci.....	46
Tabulka 8 Kde byly předány informace o předoperační přípravě.....	48

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a.	- arteria
apod.	- a podobně
atd.	- a tak dále
cm	- centimetr
CNS	- centrální nervová soustava
m.	- musculus
MI	- močová inkontinence
ml	- mililitr
mm	- milimetr
PA	- porodní asistentka
TOT	- Trans-ObturatorTape
TVT	- Tension-Free VaginalTape
tzv.	- takzvaně

ÚVOD

Pro svou práci jsem si vybrala téma „Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence“, jelikož inkontinence moči je problém, který jak ve starší, tak i v mladší populaci nabývá na četnosti a významu medicínském, společenském a ekonomickém a trpí jí poměrně velké procento osob. Je spojen se zvýšenou morbiditou (infekce močových cest, alterace psychického stavu), snížením společenského uplatnění (izolace, obavy ze zápachu) a v neposlední řadě i s vysokými ekonomickými náklady (inkontinenční pomůcky). Inkontinence moči je diagnózou, která postihuje nejen ženy, ale také muže i děti a negativně ovlivňuje jejich kvalitu života.

Problémem diagnostiky a léčby inkontinence se v České republice zabývá řada specializovaných pracovišť. Výsledky léčby jsou vcelku příznivé. Bohužel se lékaři ve své praxi setkávají s tím, že ženy, trpící nekontrolovaným únikem moči, mají obtížně překonatelný pocit studu, problémy se snaží utajovat, a proto odbornou pomoc vyhledává jen malé procento z nich.

Má bakalářská práce vznikla za účelem zjištění, jak jsou ženy po operačním řešení močové inkontinence spokojené s výsledky. Práce se proto také věnuje shrnutí informací o močové inkontinenci a její problematice.

V teoretické části jsou vymezeny základní informace o problematice močové inkontinence. Kromě léčby se tato práce také věnuje prevenci močové inkontinenci a také popisuje ošetrovatelskou péči o ženy s močovou inkontinencí.

Ve výzkumné části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření spokojenosti žen po operačním řešení močové inkontinence. Dotazník je uveden nejen v písemné formě, ale i v obrázkovém a tabulkovém znázornění. Pro lepší orientaci jsou výsledky doplněny komentářem. Dotazníky byly předloženy ženám po operačním zákroku pro močovou inkontinenci.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části

Cíl č. 1

Cílem teoretické části je přehledně shrnout informace o anatomii močového ústrojí, o močové inkontinenci a její léčbě.

Cíle praktické části

Cíl č. 1

Cílem praktické části je zjistit, zda jsou ženy po operačním zákroku pro močovou inkontinenci spokojeny s vyřešením jejich problému s inkontinencí.

Cíl č. 2

Zjistit, jak se ženy s močovou inkontinencí cítí omezeny v běžném denním životě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie močového systému

Močový systém se skládá z ledvin a močových cest, ke kterým patří močovody, močový měchýř a močová trubice. Ledviny filtrují odpadní produkty a přebytečnou vodu z krevního oběhu a vytvářejí moč, která odtéká močovody do močového měchýře. Z močového měchýře je moč vylučována močovou trubicí z těla ven (Holibková, 2010, s. 82).

1.1 Ledvina (ren, nefros)

Ledvina je párová žláza fazolovitého tvaru o velikosti 12 x 6 x 3 cm, uložená v tukovém polštáři po obou stranách bederní páteře. Hlavní funkcí ledvin je udržování stálosti vnitřního prostředí (homeostázy) vylučováním vody a soli. Dále odstraňují z těla močí většinu odpadních látek metabolismu (např. močovina, kyselina močová), nebo cizorodé látky (např. léky). Kromě toho mají ledviny určité metabolické funkce a produkují některé tkáňové hormony (např. erythropoetin) (Trojan, 2007, s. 65).

Moč se v ledvině tvoří v nefronu (anatomická a funkční jednotka ledvin). Ten tvoří cévní klubíčko (glomerulus), které je uloženo v Bowmanovu pouzdru, a tři typy kanálků (proximální tubulus, Henleova klička, distální tubulus). Z nich se prefiltruje asi 20 % tekutiny do Bowmanova pouzdra a takto vzniká primární moč. Ta představuje ultrafiltrát krevní plazmy, kterého se denně vytvoří okolo 170 litrů. V dalších částech nefronu se z ultrafiltrátu stává definitivní moč. V prvním proximálním tubulu se isoosmoticky vstřebá zpět do krve asi 85 % původního množství tekutiny. Při průchodu Henleovou kličkou a druhým distálním kanálkem se ze zbývající tekutiny ultrafiltrátu ještě odnímá voda a soli. Některé látky jsou do moče přidány zpětně buňkami kanálků. Konečnou moč upraví činnost sběrných kanálků antidiuretickým hormonem. Ve sběrném kanálku nastává konečná úprava objemu, koncentrace a pH moče. Takto upravená moč putuje do ledvinových kalichů, sbíhajících se v ledvinovou pánvičku. Svalovina kalichů a pánviček pomáhá vypuzovat moč do močovodů, které oba ústí do močového měchýře (Trojan, 2007, s. 66).

1.2 Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř je trojhranný dutý orgán uložený za symfýzou (sponou stydkou). Naplněný měchýř má ovoidní tvar. Přední stěna močového měchýře naléhá na symfýzu, kde je od ní oddělena řídkým vazivem. Horní stěna a část zadní stěny měchýře je pokryta peritoneem.

Peritoneum na zadní straně měchýře přechází v dělohu, u mužů na rektum. Mezi rektum a měchýřem se nachází nejnížší místo peritoneální dutiny (excavatio rectovesicalis). U žen je toto místo mezi rektum a dělohou označováno jako excavatio rectouterina – Douglasův prostor. Další prostor mezi dělohou a močovým měchýřem, nazývaný excavatio uterovesicalis, je mělčí než prostor Douglasův. Spodina měchýře je fixována prostupem močové trubice skrze diaphragma urogenitale. Na fixaci se také podílí vazy, které vedou od symfýzy a od okolních orgánů: ligamentum vesicouterina a ligamentum pubovesicalia (Trojan, 2007, s. 67).

Na spodině měchýře se nachází trojúhelníkovité pole, nazývané jako trigonum vesicae, které je vymezené ústím ureterů (ostia ureterum) a odstupem uretry (orificium urethrae internum). Močový měchýř má tři vrstvy svaloviny. Vnitřní svalovina je síťovitá, střední cirkulární a zevní je podélná. Funkčně tvoří svalovina jeden celek přizpůsobený k vypuzování, tímto svalem je mutulus detrusor. Kolem odstupu močové trubice se dále popisuje cirkulární svalovina musculus sphincter vesicae. V oblasti tigonu se nachází sval musculus trigonalis, který přispívá k otevření a uzavěru ústí ureterů (Naňka, 2009, s. 201).

Při plnění močového měchýře močí narůstá tlak, ale ne úměrně náplni. K výraznému růstu tlaku dochází při náplni okolo 350 – 400 ml. Měchýř se při tomto objemu začíná rytmicky stahovat, což se projeví pocitem nucení na močení. Tento pocit lze potlačit vůlí až do celkové náplně 700 ml (Trojan, 2007, s. 67).

1.3 Močová trubice (uretra)

Uretra je u ženy asi 4 cm dlouhá a 6 - 8 mm široká. Vychází z močového měchýře, probíhá šikmo vpřed, její zevní ústí je uloženo v poševní předsíni, mezi malými stydkými pysky, před ústím poševním. Zevně je její ústí mezi klitorisem a poševním vchodem. Její první část jde stěnou měchýře, druhá část prostupuje skrze diaphragma urogenitale, třetí část leží na hrázi pod diaphragma urogenitale. Těsně za močovou trubicí se nachází pochva. Ve své poloze je uretra fixována ligamenty ke stydké kosti (os pubis), k pochvě pak vazivovou ploténkou (septum urethrovaginale). Kolem uretry je nad jejím prostupem skrz diaphragmu příčně pruhovaná svalovina, která zde tvoří sval m. sphincter urethrae externus (Naňka, 2009, s. 203; Holibková, 2010, s. 85).

1.4 Cévní a nervové zásobení močových cest

Pánevní úsek je zásoben arterií a. vesicalis inferior, perineální úsek pak z větví arterie pudenda interna. Žíly vedou do pleteně plexus vesicalis a okolních plexů, z nich pak do žíly vena iliaca interna. Motorická vlákna nervů přichází cestou vegetativních pánevních pletení ze segmentů S₂ – S₃, kde je jádro s motoneurony pro m.sphincter urethrae externus (Naňka, 2009, s. 203).

2 Pánevní dno

Pánevní dno je skupina vazů svalů a tkání. Tyto vazy jsou podpůrným aparátem pro močovou trubici, močový měchýř, dělohu a konečník. Uzavírají naši pánev zesponu, tvoří tak jakousi „pružnou svalovou mísu“.

2.1 Musculus levator ani

Kostěná pánev je ve své spodní části uzavřena svalem musculus levator ani. Jde o plochý sval, který odstupuje od pánevní stěny a tvoří oporu pro všechny orgány, které jsou v malé pánvi uloženy. Tento sval má zásadní význam pro funkci celého pánevního dna. Jeho porušená činnost může mít za následek rozvoj několika obtíží, počínaje poruchou kontinence moči, přes obtíže s udržením stolice k problémům při pohlavním styku. U ženy je v přední části levátoru otvor označovaný jako urogenitální hiatus (hilus urogenitale), který má tvar písmena U nebo V. Procházejí jím orgány močového, pohlavního a trávicího ústrojí. Tento celek se nazývá jako diaphragma urogenitale nebo membrána perinei. Vpředu se nachází močová trubice, zezadu za močovou trubicí je uložena pochva a posledním orgánem v této řadě je konečník. Za fyziologického stavu u zdravé ženy, vykazuje svalovina levátoru neustálou aktivitu. Výsledkem tohoto neustálého svalového napětí je hiatus uzavřený, s kompresí stěny močové trubice, pochvy a konečníku (Krofta, 2010, s. 9; Roztočil, 2011, s. 291).

2.2 Urogenitální membrána

Mezi dolními rameny kostí stydkých pod svalem levátoru, se nachází svalová vrstva, která se částečně spolupodílí na uzávěru urogenitálního hiatusu. Tato vrstva je označována jako urogenitální membrána, jejíž součástí jsou svaly, které hrají důležitou funkci pro udržení moči (Krofta, 2010, s. 10).

2.3 Pánevní fascie

Svaly pánevního dna jsou kryté tenkou vazivovou vrstvou neboli fascie. Fascie tvoří důležitou součást aparátu, který je spolu se svaly pánevního dna zodpovědný za normální uložení orgánů močového měchýře, močové trubice a pochvy. Pokud je fascie vystavena extrémnímu mechanickému zatížení, může se poškodit a následkem je její roztažení, natržení nebo přetržení. Takový typ poranění má vliv na polohu a pohyblivost pochvy, močového měchýře a močové trubice (Krofta, 2010, s. 10).

3 Fyziologická mikce a mikční cyklus

Mikční cyklus má dvě fáze. První fází je hromadění moči v močovém měchýři. Po této fázi následuje fáze vypuzení nahromaděného objemu. Během plnicí fáze, je měchýř roztahován močí přitékající z horních cest močových. Vzhledem k přízpůsobivým vlastnostem močového měchýře dochází během plnicí fáze jen k minimálnímu a velmi pomalému zvyšování intravezikálního tlaku. Proto ve fyziologii hovoříme o normálním močovém měchýři jako o nízkotlakém rezervoáru. Až při objemech mezi 300-400 ml dochází k nárůstu intravezikálního tlaku k prahové hodnotě pro přenos informací z periferie do centra CNS. Při volním spuštění mikce dochází k podráždění parasympatických vláken, která inervují oblast hrdla močového měchýře a uretry. To má za následek relaxaci svalových buněk ve výtokové části dolních močových cest. Tímto mechanismem dochází při podráždění parasympatiku ke kontrakci detrusoru a relaxaci uzávěrového mechanismu. Kontrakce detrusoru při mikci pak dále zvýší intravezikální tlak, což vede ke stimulaci dalších aferentních nervových vláken. Podle Barringtonovy hypotézy vede k zesílení kontrakce detrusoru i podráždění receptorů proximální části močové trubice první dávkou moči, která se v ní ocitá na počátku mikce. Tento systém pozitivní zpětné vazby je základem k úplnému vyprázdnění močového měchýře (Krhut, 2007, s. 24; Krofta, 2010, s. 13).

Na počátku močení dochází k vědomému stažení svalů břišní stěny, a tak se zvyšuje tlak v dutině břišní. Uvolněním svalů pánevního dna se uretra dostává z klidové polohy do postavení, které je pro močení výhodnější. Součástí aktu mikce je potlačení činnosti centra mikce, které je lokalizované v křížové oblasti průběhu míchy. Tento stav vyvolá stažení detrusoru močového měchýře. Současný pokles tlaku v močové trubici s nárůstem tlaku v měchýři je podstatou vyprázdnění měchýře přes uretru. Na konci mikce se pánevní dno a vnitřní svěrač uretry opět kontrahují a tok moči je přerušen (Krofta, 2010, s. 14).

4 Močová inkontinence

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS – International Continence Society) definuje únik (inkontinenci) moči jako stav jakéhokoliv nechtěného spontánního odchodu moči (ICS in Martan, 2006). Inkontinenci moči můžeme rozdělit do dvou základních skupin. První skupinu představují stavy, kdy moč uniká dolními močovými cestami. Druhá skupina (je vzácnější, nesmí být avšak opomíjena) je únik moči jinou, než přirozenou cestou dolního močového traktu. Příkladem druhé skupiny jsou stavy po provedených operačních zákrocích v oblasti malé pánve nebo na vnitřních pohlavních orgánech ženy (děloha, vaječníky). Vzniká tak komunikace mezi močovým měchýřem a pochvou, která se jinak nazývá jako píštěl (fistula). Tyto případy jsou ale opravdu vzácné, proto se dále bude hovořit pouze o první skupině inkontinence (Genadry, 2013, s. 13; Krofta, 2010, s. 18; Martan, 2006, s. 11).

Inkontinence moči u žen není nemocí ve vlastním slova smyslu, ale příznakem, který má různé příčiny. Podle poslední definice ICS je příznak inkontinence moči definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovládnutý únik moči. Odhaduje se, že 30-50 % žen uvádí občasný únik moči a přibližně u 30 % z nich jde o urgentní typ inkontinence. Kromě věku, má inkontinence řadu jiných příčin:

- infekce močové soustavy,
- těhotenství a porod (oslabení svalů pánevního dna),
- menopauza,
- onemocnění jako je diabetes mellitus, mozkomíšní roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda apod.,
- zranění míchy a pánevní oblasti,
- chirurgický zákrok v oblasti pánve,
- obezita.

Závažnost inkontinence závisí na několika faktorech. Například na věku a tělesné hmotnosti pacientky. S přibývajícím věkem svaly slábnou a trvá déle, než pravidelným posilováním znovu získají sílu (Martan, 2006, str. 11; Genadry, 2013, s. 15).

4.1 Zjednodušená klasifikace inkontinence moči

Uretrální inkontinence

Mezi uretrální inkontinence patří nejčastěji *stresová inkontinence* (mimovolný únik moči nastává, když intravezikální tlak převyší tlak intrauretrální a detruzor je bez kontrakce). Jako další častou inkontinencí je *urgentní inkontinence* (mimovolný únik moči bývá spojen s nucením na mikci). Dále se pak ženy mohou léčit s *reflexní inkontinencí* (mimovolný únik moči je projevem netlumeného reflexu z CNS, nejčastěji vzniká poraněním spinální míchy). *Paradoxní inkontinence* (někdy jako přetlaková – k úniku moči dochází v důsledku retence moči v močovém měchýři) (Martan, 2006, s. 34; Krofta, 2010, s. 18).

Extrauretrální inkontinence

Méně častá je *kongenitální inkontinence* (ektopický ureter) a *získaná inkontinence* (píštělě). Tyto inkontinence jsou spíše vzácné, neměly by být ale opomíjeny (Martan, 2006, s. 34; Krofta, 2010, s. 18).

4.1.1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je nejběžnější formou inkontinence u žen. V tomto případě močový měchýř funguje normálně až do chvíle, kdy v břišní dutině náhle vzroste tlak. Zvýšení takového tlaku nastává při běžných činnostech, jako jsou kašláni, kýčání, smích, skákání, běhání nebo i pohlavní styk. Každá z těchto činností může narušit těsnost uretry, a tak i její schopnost udržet moč v měchýři. Rozhodující součástí lékařského vyšetření je zjištění, do jaké míry je únik moči způsoben ochablostí močové trubice nebo pochvy. Rostoucí tlak v břišní dutině nepůsobí jen na močový měchýř, ale i na další svaly a orgány uložené v pánvi. Pokud jsou ochablé současně tkáně podporující močovou trubici a stěny močové trubice, tlak působící na močový měchýř stěny močové trubice roztáhne. Častěji se stává, že uretra není dostatečně uzavřená, protože nemá dostatečnou podporu okolních svalů pánevního dna a pojivové tkáně. Z tohoto důsledku je pak močová trubice pohyblivější, než by měla být, a snadněji se otevírá. Svěrač močové trubice se při náhlém vzestupu tlaku v břišní dutině někdy dokáže natolik smrštít, že nahradí nehybnost utery a její nevhodné otevření. Pokud se však svěrač nedokáže dostatečně sevřít, dochází k inkontinenci (Genadry, 2013, s. 30-32; Krofta, 2010, s. 18).

Stresová inkontinence může vzniknout následkem porodu nebo krátce po menopauze. Zprvu se objevuje jen při namáhavých pohybech, později i při smíchu, kašláni nebo kýčání. Jakmile se postupně zhorší, nastává samovolný únik moči i v případech, kdy žena s plným močovým měchýřem vstává z křesla, pokud se ohne k zemi, když zvedá dítě nebo se jen vleže obrací

na posteli. Proto označení stresová inkontinence nesouvisí s psychickým stresem, ale s fyzickou námahou. Vznikem této inkontinence mohou být i další faktory, zejména ty, které zvyšují tlak v dutině břišní. Mezi takové faktory patří časté kašláni způsobené chronickou bronchitidou, astmatem nebo jinými plicními potížemi. Dalším faktorem může být již zmíněná menopauza, kdy často klesá hladina estrogenu a jeho nedostatek tak ovlivňuje pružnost pojivových tkání. Podobné účinky mohou mít i zranění, radioterapie nebo chirurgický výkon. U některých žen se projevuje dědičný sklon ke slabosti či ochablosti pojivové tkáně. Ke vzniku stresové inkontinence ale přispívají i faktory z vnějšího prostředí. Takovým faktorem může být i práce, která vyžaduje časté zdvihání těžších předmětů. Každý z uvedených faktorů může přispět k inkontinenci jen malým dílem, ale jejich společné působení může zásadně a nepříznivě ovlivnit schopnost těla udržet moč (Genadry, 2013, s. 30-32; Krofta, 2010, s. 18; Veselý, 2007, s. 93).

4.1.2 Urgentní inkontinence, syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB)

Urgentní inkontinence je definována jako nechtěný únik moči při naléhavém nucení na močení. Tato inkontinence může být způsobena nadměrnými senzoryckými impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře, nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu. Většina žen popisuje tuto inkontinenci jako náhlé a silné nucení na močení. Avšak ještě než ženy stihnou dojít na toaletu, začne jim unikat moč, nebo nad svým močovým měchýřem ztratí kontrolu úplně. Někdy žena pocítí v takových případech nucení na močení jen pár vteřin před tím, než se pomocí. Urgentní inkontinencí trpí v populaci asi 30 % žen a u 20 % inkontinentních žen je to kombinace stresové a urgentní inkontinence – zde hovoříme o smíšené inkontinenci. Smíšená inkontinence je způsobena ochablostí močové trubice, v tomto případě se vyskytují příznaky jak urgentní, tak i stresové inkontinence (zvýšený tlak v břišní dutině vyvolá stresovou inkontinenci a zároveň nenadále stažení močového měchýře způsobí urgentní inkontinenci). S urgentní inkontinencí úzce souvisí syndrom hyperaktivního močového měchýře. Aby se u pacientky stanovila diagnóza syndromu hyperaktivního močového měchýře, musí se objevit příznaky urgency, které jsou obvykle doprovázeny polakisurií a nykturií (Martan, 2006, s. 36; Genadry, 2013, s. 34).

Hyperaktivní močový měchýř (OAB)

Mezinárodní společnost pro kontinenci určila čtyři základní příznaky syndromu hyperaktivního močového měchýře:

- nucení na močení (urgence) – náhlý a silný pocit nutnosti se vymočit, který je těžké oddálit

- inkontinence – jakýkoli nedobrovolný unik moči
- časté močení (frekvence močení) – příliš časté močení během dne (třeba i více než 8 mikcí za jeden den)
- nykturie – vstávání v noci kvůli nucení na močení (jednou a vícekrát za noc).

Za základní příznak OAB považujeme nadměrné nucení na močení. Od fyziologického nucení na močení se toto liší tím, že nucení je náhlé a silné, dochází krátce po něm k samovolnému úniku moči. Pro diagnózu OAB není přítomnost inkontinence nutná. Časté nucení na močení vede ke zkrácení doby od počátku pocitu nucení do případného spontánního odchodu moči, ke zvýšení frekvence močení, zkrácení doby mezi jednotlivými mikcemi a ke zmenšení objemu vymočené moči (Krhut, 2007, s. 34; Martan, 2006, s. 38; Sochorová, 2008, s. 31).

4.1.3 Reflexní inkontinence

U této inkontinence se jedná o nechtěný unik moči zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením k mikci. U onemocnění nebo poškození centrálního nervového systému pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, který pak probíhá nekontrolovatelně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Močení pak nastává bez předchozího pocitu nucení na močení (Martan, 2006, s. 38).

4.1.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence

Paradoxní inkontinence je nechtěný unik moči, kdy intravezikální tlak převyší maximální intrauretrální. Při tomto úniku chybí aktivita svěrače a unik je způsoben pouze pasivním přepětím stěny močového měchýře (Martan, 2006, s. 39).

4.2 Diagnostika močové inkontinence

4.2.1 Anamnéza

Základem diagnostiky je anamnéza. V anamnéze je důležité zjistit dotazováním klientky údaje o počátku potíží, přítomnosti a závažnosti jednotlivých symptomů močové inkontinence. Cílem anamnézy je snažit se odlišit typ inkontinence. Je zjišťována frekvence mikcí, jak časté jsou epizody urgencye, pálení, řezání a jiné bolesti při močení apod. Nedílnou součástí anamnézy je i anamnéza gynekologicko-porodnická – menstruační cyklus, těhotenství, porody, porodní váha dětí, menopauza, klimakterický syndrom, gynekologické a porodnické výkony (porod kleštěmi, císařský řez, apod.) a sexuální život (Krofta, 2010, s. 24; Martan, 2006, s. 40; Krhut, 2007, s. 35).

4.2.2 Mikční deník

Mikční deník nebo jinak také mikční karty mají mimořádnou výpovědní schopnost a patří mezi základní diagnostické nástroje u dysfunkcí dolních močových cest, včetně OAB. Žena si zapisuje vždy čas a množství přijímaných tekutin, čas a množství vymočené moči a zaznamenává si urgency i epizody inkontinence v průběhu 24 hodin. Zároveň se klientka snaží o prodloužení intervalu mezi jednotlivými stavy nucení, což je součástí tréninku močového měchýře. Toto zaznamenávání žena provádí obvykle po dobu 7 dnů. Základním údajem poznání z mikčního deníku je funkční kapacita močového měchýře (tedy průměrná velikost mikční porce) (Krofta, 2010, s. 27; Krhut, 2007, s. 37).

4.2.3 Fyzikální vyšetření

Spolu s fyzikálním vyšetřením jsou prováděny i klinické testy a gynekologické vyšetření. Při gynekologickém vyšetření se provádí aspekce, vyšetření v zrcadlech a palpce. Hodnotí se tak poševní vchod, stav hráze, jizvy po předchozích episiotomiích, rupturách, sleduje se zevní ústí uretry i sestup poševních stěn. Úlohou gynekologického vyšetření je posouzení stavu závěsného a podpurného aparátu. Dále je vyšetřen průsvit uretry, kdy se může vyloučit nebo potvrdit její stenóza či striktura. K informaci o jejím průsvitu slouží kalibrační sondy. Hodnotíme tak velikost sondy, která při vytahování z uretry neklade odpor. Za normální průsvit se považuje minimálně 24 Charr. Dále se při vyšetření hodnotí kontrakční schopnosti svalů pánevního dna (Martan, 2006, s. 42; Krhut, 2007, s. 39).

Marschallův test

Močový měchýř se naplní 200 ml sterilní tekutiny ohřáté na tělesnou teplotu. Klientce se stresovou inkontinencí při zakašlání odtéká moč. Pokud je ale dvěma prsty vyzdvihnuta parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak při kašli žádná moč neodtéká (Martan, 2006, s. 41).

Q-tip test

Tento test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede navlhčená vatová štětička nebo pevná cévka. Žena pak po výzvě zatlačí a při uvolněném uretrovezikálním spojení štětička nebo cévka opisují polokruh směrem vzhůru. Pohyb cévky o více než 30 stupňů se považuje za patologii (Martan, 2006, s. 41).

Pad-weight test

Jedná se o test vážení vložky. Test určuje ztrátu moči vážením vložky či plen před standardními aktivitami a po nich. Jde o jednohodinový test, postup následující:

- převážené vložky či pleny jsou vloženy do nepropustných kalhotek;
- pacientka vypije 500 ml tekutiny v krátkém časovém intervalu, vsedě a klidu;
- 30 minut žena chodí, včetně výstupu na schody, pak následuje během 15 minut: stoj ze sedu (10x), kašel (10x), běh na místě (1 minutu), ohnout se a zvednout malý předmět z podlahy (5x) a umýt si ruce pod tekoucí vodou (1 minutu);
- po skončení testu jsou vložky či pleny vyjmuty a zváženy;
- dle jejich váhy je provedeno vyhodnocení testu (Martan, 2006, s. 42).

4.2.4 Laboratorní vyšetření

Vyšetření zahrnuje vyloučení podílu infekce močových cest. Je to důležitým krokem v diagnostice OAB (Krhut, 2007, s. 41).

4.2.5 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření je považováno za důležité v diagnostice výskytu tumoru měchýře, změn na hrdle po endoskopických zákrocích nebo nálezů divertiklů apod. Indikacemi k tomuto vyšetření je hematurie, symptomy urgencye, inkontinence, uretrální divertikly a urogenitální píštěle. Za endoskopické vyšetření v urogynéologii se především považuje cystoskopie. K tomuto vyšetření je indikací hlavně hematurie a jeho cílem je vyloučit již zmiňovaný tumor močového měchýře (Martan, 2006, s. 42; Krofta, 2010, s. 28).

4.2.6 Zobrazovací metody

Mezi tyto metody patří uretrocystografie, videocystoureografie a ultrazvuk. Ultrazvukové vyšetření pacientku nezatěžuje a je možno ho častěji opakovat. Ultrazvukové hodnocení pozice a mobility močové trubice, hrdla a spodiny močového měchýře je jednou z pomocných diagnostických metod k posouzení typu a příčin inkontinence moči. Nedílnou součástí ultrazvukového vyšetření je sledování postmikčního rezidua, paravaginálního defektu, pozice a mobility uretry, hrdla a baze měchýře a tloušťka detrusoru (Martan, 2006, s. 44; Romančík, 2009, s. 63).

4.2.7 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetřovací metody poskytují informace o morfologických, fyziologických a hydrodynamických aspektech transportu a shromažďování moči (Martan, 2006, s. 44; Chmel, 2010, s. 20).

Cystometrie (CM)

Je nejčastěji prováděnou vyšetřovací metodou. Vodní cystometrie sleduje vztah mezi zvětšujícím se objemem měchýře, tlakem v močovém měchýři a také tlakem v břišní dutině při postupném plnění močového měchýře sterilní tekutinou. Umožňuje zobrazit a posoudit kapacitu močové měchýře, citlivost měchýře a může naznačit chování detruzoru během plnění se fáze mikčního cyklu (Martan, 2006, s. 44; Krhut, 2007, s. 45; Krofta, 2010, s. 27).

Uretrální tlakový profil (UPP)

Častěji se toto vyšetření používá jako vyšetření stresového profilu, kdy během zpětného pohybu katétru pacientka opakovaně kašle nebo provádí jiný stresový manévr. Při tomto vyšetření se měří tlak po celé délce uretry. Pokud se na záznamu zobrazí tlak v močovém měchýři jako větší než intrauretrální, je potvrzena diagnóza inkompetence uretry (Martan, 2006, s. 44).

Uroflowmetrie (UFM)

Uroflowmetrie je záznam o toku moči, který je určen objemem tekutiny vypuzené uretrou za jednotku času. Během tohoto vyšetření průběh toku moči podává informaci i o průběhu mikce. Pro získání co nejlepších a důvěryhodných výsledků je nutno dodržet základní předpoklady: močový měchýř by měl mít před vyšetřením fyziologickou náplň (tzn. 150-140 ml), měření by se mělo provést pouze tehdy, kdy by se sama žena chtěla jít za normálních okolností vymočit bez vyzvání lékaře. Vzhledem k variabilitě je doporučeno provést uroflowmetrii dvakrát. Největší význam uroflowmetrie je v možnosti posoudit pravděpodobnost přítomnosti subvezikální obstrukce. Stanovení postmikčního rezidua slouží především k vyloučení poruchy vyprázdnění močového měchýře. Provádíme ho bezprostředně po vymočení katetrizací měchýře nebo sonograficky (Krhut, 2007, s. 42; Martan, 2006, s. 45; Romančík, 2009, s. 56).

Elektromyografie (EMG)

Vyšetření elektromyografie sleduje potenciály vzbuzené depolarizací příčně pruhovaných svalů pánevního dna za použití povrchových nebo jehlových elektrod. Nejčastěji se toto vyšetření provádí k ověření synergie či dyssynergie funkce sfinkteru a detruzoru a k hodnocení funkce

pánevního dna během zátěžových testů. Dále může pomáhat jako hodnocení efektu elektrostimulační léčby nebo gymnastiky svalů pánevního dna. Povrchové snímající metody tak udávají obraz o kontraktilitě celých svalových skupin. U jehlové metody je přesně popisována aktivita pouze v bezprostřední blízkosti jehly (Martan, 2006, s. 45).

5 Léčba močové inkontinence

Léčba stresové a urgentní inkontinence je odlišná, některá opatření jsou však stejná nebo velmi podobná. Pro těžší případy urgentní inkontinence platí téměř výhradně konzervativní terapie, u těžších případů stresové inkontinence převažuje léčba operační. Pro oba typy inkontinence platí, že nejdříve musí být léčbou zvládnuta případná infekce (Hoříčka, 2016).

5.1 Inkontinenční pomůcky pro sběr moči

Pro lehkou inkontinenci se používají převážně jednorázové absorpční pomůcky (vločky), které se pak dělí na mnoho druhů. Například jsou vločky se systémem proti zápachu, mají speciální vrstvu, která vložku dělá prodyšnou atd.

Ke středně těžké inkontinenci se používají vložné pleny (pro mobilní i nepohyblivé pacientky), nebo navlékací plenkové kalhotky (pro mobilní pacientky). Plenkové kalhotky s vyšší absorpcí pak slouží jako pomocník při těžké inkontinenci. Mezi další pomůcky patří i fixační kalhotky (opakovaně použitelné) a pro imobilní pacientky jsou pomůckou podložky pod nemocné (Copyright, inkontinence-info.cz, online).

5.2 Metody užívané k léčbě stresové inkontinence

5.2.1 Konzervativní léčba

Tato léčba zahrnuje behaviorální léčbu, což je cvičení pánevního dna, biofeedback a elektrostimulace. Pánevní dno mají posílit tzv. Kegelovy cviky. Toto cvičení může stresovou inkontinenci zlepšit u 70-85 % nemocných. Cílem cvičení svalů pánevního dna je dosáhnout zesílení svěrkového systému, aby byl schopen lépe odolat zvýšenému abdominálnímu tlaku a zlepšení tak volní kontroly pánevního svalstva. Biofeedback používá prostředky zlepšující vědomou kontrolu posilování svalů pánevního dna. Používá se nejčastěji digitální kontrola, vaginální kónusy a míčky. Touto metodou se tak ženy snaží stahem svalů zabránit vyklouzávání vaginální pomůcky. U motivovaných žen tato léčba dosahuje k podstatnému zlepšení výsledků. Řada nemocných ale není dostatečně ochotná, nebo schopná dodržovat léčebné režimy, proto raději preferují medikamentózní léčbu (Kawaciuk, 2009, s. 277).

5.2.2 Medikamentózní léčba

V této oblasti se využívají převážně α -adrenergní agonisti a také estrogeny. Alfa-adrenergní agonisté zvyšují tonus uretrálních svalů vnitřního systému svěračů a tím zvyšují jejich rezistenci a zlepšují symptomatologii. Tyto léky ale mají své vedlejší účinky, proto je jejich užití omezené.

Pozitivní efekt u nemocných se stresovou inkontinencí mají inhibitory reabsorpce serotoninu a norepinefrinu. Estrogeny pak významně ovlivňují močový měchýř zesílením jeho hustoty a senzitivity α -adrenergických receptorů. Na druhou stranu, ale substituční léčba estrogeny představuje velké riziko pro vznik endometriálního karcinomu a také karcinomu prsu (Kawaciuk, 2009, s. 277-278).

5.2.3 Chirurgická léčba

Úkolem této léčby je obnovení normálních topografických poměrů v oblasti dolních močových cest, především navrátit močovou trubici do oblasti působení nitrobrišního tlaku. Dříve byla nejčastěji prováděna plastika přední poševní stěny. Nyní se řeší tento typ inkontinence miniinvazivní operační metodou. Nejvíce se používá slingová metoda technikou TVT pásky (Tension free Vaginal Tape). Tato operace se provádí buď cestou retropubickou (TVT), nebo transobturatorní (TOT, TVT-O). Její výhodou je možnost ambulantního provedení zákroku (krátká doba rekonvalescence). Metoda TVT pásky spočívá v implantaci pásky (z polypropylenu) pod močovou trubici a její „zachycení“ za sval musculus obturatorius, který je součástí pánevních svalů. Tato páska pak drží močovou trubici ve správné poloze vůči močovému měchýři a nedochází k žádnému nechtěnému úniku moče. Polypropylen je materiál, který je dobře snášen živou tkání a páska po určité době vrostle do organismu. Efekt je trvalý (Martan, 2006, s. 43-44; Kawaciuk, 2009, s. 278; Nemocnice Havlíčkův Brod online, 2006).

5.3 Metody užívané k léčbě urgentní inkontinence

5.3.1 Konzervativní léčba

I u tohoto typu inkontinence je první volbou behaviorální léčba, která je jednoduchá, levná a nemá nežádoucí účinky. Do ní patří změna životního stylu. Pokud je klientka obézní, měla by se snažit snížit svoji tělesnou váhu. Dále je třeba omezit konzumaci ostře kořeněných jídel, citrusových plodů, sycených nápojů nebo umělých sladidel. Změna zahrnuje snížení příjmu alkoholu a kofeinu. Denně by žena měla přijímat asi 1,8-2,2 litrů tekutin. Vyvarovat se zácpě, dostatečně přijímat vlákninu a přírodní laxativa. Pacientka by měla posilovat pánevní dno (Krhut, 2007, s. 67).

5.3.2 Medikamentózní léčba

U urgentní inkontinence převládá farmakologická léčba, její úspěšnost se pohybuje okolo 60-80 %. Jednotlivé léky se liší nejen ve svém účinku, ale hlavně svými nežádoucími účinky, u kterých převládá suchost v ústech, porucha vidění, zácpa atd. Nejčastěji se používají preparáty, které blokují aktivaci hladké svaloviny stěny močového měchýře autonomním nervovým

systémem. Tím se tlumí urgence k močení a dochází i ke zvyšování kapacity močového měchýře, což znamená prodloužení intervalů mezi močením a zvětšování močeného objemu. Jako preparáty první volby se uvádí oxybutinin a propiverin. Tyto léky jsou se smíšeným spasmolytickým a parasymptolytickým účinkem. Oxybutinin působí lokálně anesteticky a má přímý myorelaxační účinek. Propiverin zvyšuje kapacitu močového měchýře. Při výskytu nežádoucích účinků nebo nedostatečném efektu léčby se volí preparáty druhé volby, například tolterodin, solifenacin, darifenacin. Tyto medikamenty jsou anticholinergika, léky blokující účinek acetylcholinu. Tolterodin působí hlavně na receptory M2, M3, M4. U žen s OAB má výrazné a dlouhotrvající působení na močový měchýř a jen málo vedlejších účinků. Solifenacin působí na receptory M2 a M3 (Martan, 2006, s. 49 -53; Kawaciuk, 2009, s. 276 – 277).

5.3.3 Chirurgická léčba

U urgentní inkontinence, syndromu hyperaktivního močového měchýře se využívá především augmentace močového měchýře, derivace moči.

Augmentace močového měchýře se využívá v případě selhání všech předchozích uvedených metod a klientku hyperaktivní močový měchýř dále velmi zatěžuje a společensky diskriminuje. Je to chirurgická operace, která zvětší kapacitu močového měchýře. Provádí se tak, že se nahradí stěna močového měchýře střevním segmentem vyloučeného ze střevní pasáže.

Derivace moči znamená úplné vyřazení močového měchýře z pasáže moči a následné vyvedení moči do gastrointestinálního traktu nebo se vytvoří stomie (Krhut, 2010, s. 99 - 101).

7 Péče porodní asistentky o ženu s močovou inkontinencí

Po příchodu do ordinace lékaře nebo na lůžkové oddělení je porodní asistentka první, se kterou se klientka setkává. Porodní asistentka je ženě po celou dobu hospitalizace nablízku, proto je důležitý přístup PA (porodní asistentky) k pacientce a vytvoření důvěry, jelikož ženy se s tímto problémem těžko svěřují. Je velmi důležité včas edukovat pacientky a být pro ně oporou. Vhodným edukačním prostředkem jsou nepochybně letáčky či brožurky. Ty by měly být k dostání v každé urogynekologické ordinaci.

7.1 Přijetí pacientky

PA sepíše s klientkou anamnézu, kde se ptá na: únik moči, trvání a rozsah obtíží, četnost nucení na močení, kdy a za jakých okolností dochází k samovolnému úniku moči, charakteristika pocitu nucení na moč, pocity po vyprázdnění močového měchýře nebo bolestivost při močení. Dále PA zjišťuje běžné otázky, např.: zda žena nemá poruchy hybnosti, které omezují možnost použití WC; poruchy spánku; kožní problémy; jaká má žena onemocnění, jež mohou mít vliv na problémy s močením; jak prožívá pacientka svá omezení související s poruchou močení; jaký má klientka náhled na svou situaci a jak jí rozumí. PA se ptá ženy, zda již řešila v minulosti problémy s močením a jak; má pacientka léky nebo pomůcky pro zvládnutí potíží s močením a umí je používat; stupeň inkontinence; zhodnocení faktorů zhoršujících inkontinenci. Porodní asistentka se dále ženy ptá na přátelské vztahy; zda je pacientka schopna spolupráce, má zájem spolupracovat, a zda bude dodržovat nabízená režimová opatření. Jako další porodní asistentka zhodnotí soběstačnost klientky a riziko pádu či riziko vzniku dekubitů (Hejzlarová, 2010, Česká asociace sester).

7.2 Plán ošetrovatelské péče

Porodní asistentka musí poskytnout pomoc s výměnou či použitím inkontinenční pomůcky u pacientky nesoběstačné či částečně soběstačné. Měla by se starat o zvýšení příjmu tekutin klientky s přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu, na 1,5–2 litry tekutin denně. PA učí klientku vést mikční kalendář/deník. Musí zajistit a provádět zvýšenou hygienickou péči včetně péče o kůži a prevenci dekubitů u nesoběstačné či částečně soběstačné pacientky. Zajistí jí čisté a suché ložní i osobní prádlo. Porodní asistentka zajistí mytí rukou klientky upoutané na lůžko dle potřeby, ale zejména po vyprázdnění a před každým jídlem. V případě použití intermitentní katetrizace močového měchýře PA dodrží aseptický postup – pacientku poučí o postupu a důvodech tohoto výkonu a o důležitosti pravidelné výměny. Porodní asistentka v případě

zavedení permanentního močového katétru dodržuje aseptický postup ošetrovatelské péče o PMK – naučí klientku pečovat jak o průchodnost PMK, tak o genitálie. Zajistí spolupráci se sociální pracovníci, fyzioterapeutem, eventuálně psychologem a dbá na citlivý, empatický přístup ke každé klientce. PA provádí edukaci pacientky a rodiny, týkající se problematiky inkontinence (Hejzlarová, 2010, Česká asociace sester).

7.3 Edukace inkontinentní pacientky

Důležitou součástí příjmu ženy do ambulance či na lůžkové oddělení je edukace klientky. Kromě slovní edukace porodní asistentky by klientka měla mít k dispozici letáčky nebo brožury k danému tématu.

7.3.1 Edukace v urogynekologické ambulanci

Porodní asistentka poučuje klientku o dodržování pitného režimu, zaměří se zejména na správné návyky v přísunu tekutin (více pít během dne, doma, ne na cestách, nepřijímat tekutiny 2–3 hodiny před spaním). Dále dbá o dodržování životosprávy klientky – vyloučení kofeinu, alkoholu. Je třeba poučit klientku o rizikových faktorech inkontinence, pokud je pacientka obézní, poučí ji o redukci váhy. Porodní asistentka poučí klientku o pravidelném cvičení – posilování svalů pánevního dna, břišních a zádočných svalů, eliminace nošení a zvedání těžkých břemen. Je třeba poučit pacientku, aby se vyhýbala prochladnutí a dodržovala osobní hygienu – několikrát denně hygiena genitálií, včetně ochrany pokožky před opruzením a zápachem. PA poučí pacientku o typech pomůcek pro inkontinenci a jejich použití.

7.3.2 Edukace na lůžkovém oddělení

Porodní asistentka již při příjmu ženy na oddělení sepisuje s pacientkou anamnézu, dotazníky, informované souhlasy a informuje ji o řádu oddělení nemocnice. Dále PA provede pacientku oddělením, ukáže ji pokoj a toaletu, aby pacientka včas dokázala toaletu vyhledat. PA poučí ženu o dodržování pitného režimu, prevence prochladnutí nebo dodržování pravidelné osobní hygieny, a to vše v souladu s chirurgickým výkonem (Hejzlarová, 2010, Česká asociace sester).

7.4 Prevence močové inkontinence

Prevenčí MI (močové inkontinence) je cíleně a důsledně vyléčit všechny infekce dolních močových cest, správné dodržování pitného režimu (dostatek tekutin, minimum kofeinových nápojů a alkoholu), dodržování pravidelného intervalu močení (minimálně každých 4–5 hodin a před spaním). Je třeba pečovat o pravidelnou stolicí (dostatek tekutin, pohybu a vlákniny

v potravě). Za prevenci MI, se rozumí i dodržování hygieny sexuálního života. Dále může být prevencí redukce tělesné hmotnosti, posilování pánevního dna (ať už speciálními cviky, nebo udržování celkové fyzické kondice), omezení kouření apod. Na prevenci močové inkontinence se dbá i po léčbě tohoto onemocnění. Kromě předchozích doporučení se jedná zejména o medikamenty. Těmi mohou být např. tablety antibakteriálního léku. Tento lék se podává na noc, dezinfikuje moč přitékající během noci z ledvin do močového měchýře. Dále to mohou být tablety po pohlavním styku (redukují bakteriální osídlení intimních partií) nebo léky podporující imunitní systém. K prevenci proti opakování častých močových infekcí se doporučují tablety s extrakty z brusinek nebo v neposlední řadě vaginálně podávané estrogeny (Hejzlarová, 2010, Česká asociace sester; Chmel, 2010, s. 67).

VÝZKUMNÁ ČÁST

8 Metodika výzkumu

Pro získání dat potřebných ke splnění cíle práce byl zvolen kvantitativní výzkum formou metody dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní a vytvořen pouze pro účely mé bakalářské práce.

Dotazníkové šetření probíhalo v urogynekologické ambulanci Pardubického kraje po schválení vrchní sestrou oddělení a odpovědného pracovníka celého pracoviště. Před vyplněním dotazníku byly ženy seznámeny s výzkumem a s anonymitou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány sestrou v ordinaci lékaře, vyplňovaly je ženy po operačním zákroku pro močovou inkontinenci. Vyplněné dotazníky ženy vracely pro zachování anonymity do připraveného boxu. Dotazníky byly zcela anonymní. Šetření bylo zahájeno 1. 11. 2015 a ukončeno 30. 3. 2016. Rozdáno bylo 50 dotazníků, z toho jich bylo vráceno 78 %. Z vrácených dotazníků bylo 21 % vyplněno jen částečně, tedy neadekvátně pro použití k výzkumu a musely být z výzkumu vyřazeny. K výzkumnému šetření bylo použito 31 řádně vyplněných dotazníků. Dotazník se skládá ze 6 volných otázek, třech trichotomických otázek, a osmi polytomických otázek. Z polytomických otázek je 1 otázka výběrová a 7 otázek výčtových. Definitivní verze dotazníku obsahuje celkem 17 otázek.

Následující kapitola se zabývá prezentací výsledků dotazníkového šetření. Pro lepší přehlednost je u každé položky celé znění otázky, obrázek, nebo tabulka. Na závěr je uvedeno krátké slovní zhodnocení každé položky.

Hlavní výzkumný cíl

Zjistit, jak ženy hodnotí výsledky operace po operačním zákroku dle svých subjektivních pocitů.

8.1 Výzkumné cíle

Cíl č. 1

Cílem praktické části je zjistit, zda jsou ženy po operačním zákroku pro močovou inkontinenci spokojeny s vyřešením jejich problému s inkontinencí.

Cíl č. 2

Zjistit, jak se ženy s močovou inkontinencí cítí omezeny v běžném denním životě.

8.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaké jsou nejčastější důvody nespokojenosti žen s močovou inkontinencí?

Výzkumná otázka č. 2

Jak hodnotí ženy po operačním zákroku výsledky operace dle svých subjektivních pocitů?

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je informovanost klientek o močové inkontinenci?

8.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do zkoumaného souboru bylo zařazeno 31 žen z urogynekologického oddělení Pardubického kraje po operačním řešení močové inkontinence. Před vyplněním dotazníku byly ženy vždy seznámeny s výzkumem a anonymitou šetření.

První položkou v dotazníku byla otázka na věk respondentek. Otázka byla zcela otevřená. Věk respondentek se pohyboval od 41 let do 82 let. Nejvíce byl zastoupen věk 46 let a 62 let.

8.4 Zpracování dat

Výzkum byl zhodnocen pomocí popisné statistiky. Data byla zpracována ručně pomocí „čárkovací metody“ a poté byly vytvořeny pomocí programu MS Office Excel obrázky a tabulky znázorňující jednotlivé odpovědi na otázky z dotazníku. Obrázky a tabulky jsou v práci pro lepší orientaci doplněny komentářem. V tabulkách jsem pracovala s absolutní, relativní (uváděna v procentech), a celkovou četností.

Vzorec relativní četnosti:

$$f_i = \frac{n_i}{n} * 100$$

f_i = relativní četnost

n_i = absolutní četnost

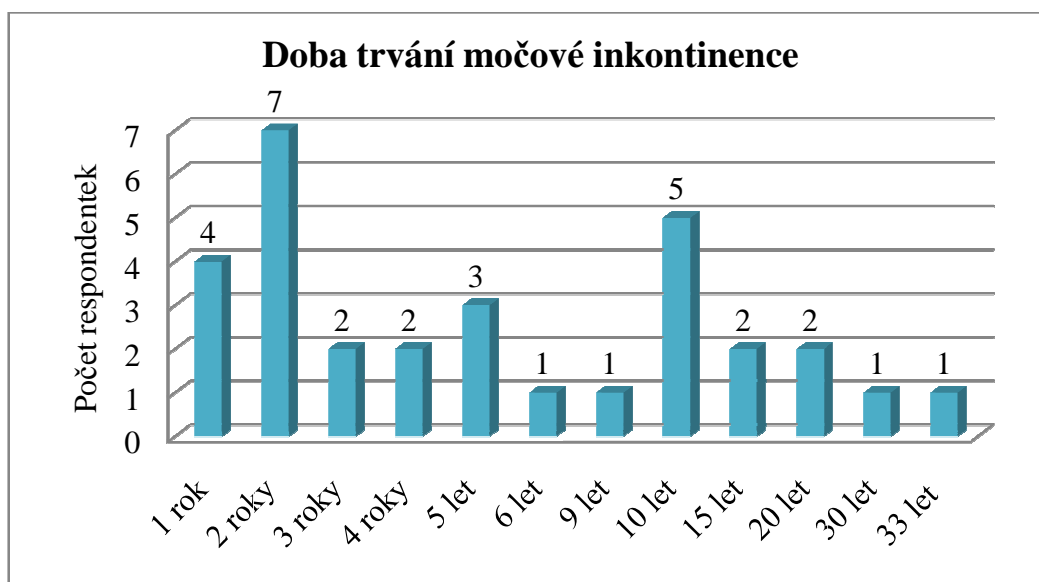
n = celkový počet jednotek

U otázek č. 3, 4, 6, 13, 14, 15, a 16, bylo na výběr více odpovědí. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 31 respondentů.

9 Analýza a interpretace výsledků

V této části bakalářské práce jsou podrobně rozebrány výsledky výzkumného šetření. Jednotlivé otázky dotazníku jsou zde uvedeny v celém znění.

Otázka č. 2 – Jak dlouho jste měla obtíže s únikem moči?



Obrázek 1 Doba trvání močové inkontinence

Ve druhé otázce dotazované ženy doplňovaly časovou dobu, jak dlouho trpěly inkontinencí. Všechny ženy odpovídaly v letech, na základě toho byly vypsány doplněné roky, a k nim četnost odpovědí. Jako nejkratší dobu trvání MI ženy uvedly 1 rok (13 % žen). Nejdelší dobou trvání, kdy ženy trpěly močovou inkontinencí, je v tabulce znázorněno až 33 let, jednou respondentkou (3 %). Nejčetnější odpovědí byla doba trvání inkontinence 2 roky, tu uvedlo 24 % žen. Pro přehlednější znázornění byl vytvořen obrázek č. 1.

Otázka č. 3 – Při jakých činnostech Vám unikala moč?

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

- a) zvedání těžkých břemen (nákupní tašky, práce na zahradě, aj.)
- b) kýchnutí
- c) v klidu
- d) smích
- e) změna polohy
- f) chůze
- g) jiné (uveďte prosím příklad)

Tabulka 1 Činnosti doprovázené únikem moči

Činnosti	n_i	f_i (%)
Zvedání těžkého břemene	24	77%
Kýchnutí	27	87%
V klidu	4	13%
Smích	18	58%
Změna polohy	11	35%
Chůze	11	35%
Jiné	10	32%
Σ	31	100%

Třetí otázkou bylo zjišťováno, při jakých činnostech ženám uniká moč. Ženy většinou uváděly více jak jednu odpověď. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 31 respondentek. Ženy nejčastěji uváděly, že k úniku moči dochází při kýchnutí. Tuto činnost označilo 87 % dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo zvedání těžkého břemene, tu uvedlo 24 dotazovaných žen, tedy 77 %. Nejméně byla zastoupena odpověď úniku moči v klidu (13 %). Odpověď g), tedy jiné, uvedlo 32 % žen. Z těchto respondentek, 7 žen uvedlo únik moči při sportu (70 %), dále pak 2 ženy popsaly únik moči při kašlání (20 %) a nejméně byla uvedena varianta při pohlavním styku (10 % žen). Pro přehlednost dat byla zvolena tabulka č. 1.

Otázka č. 4 – Kvůli čemu jste byla pro močovou inkontinenci omezena?

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

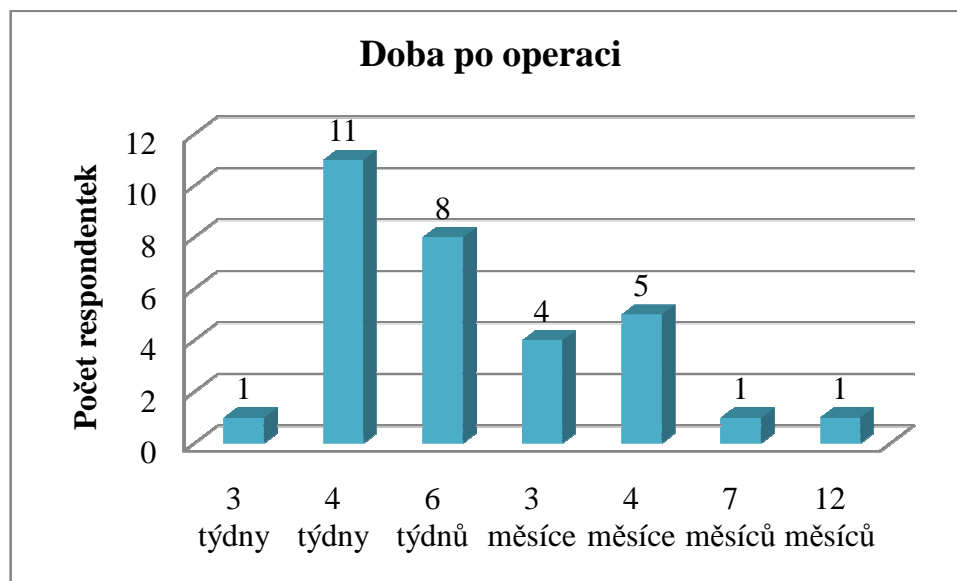
- a) omezení kulturních akcí
- b) pocit nepohodlí
- c) zápach
- d) jiné (uveďte prosím příklad)

Tabulka 2 Omezení kvůli močové inkontinenci

Omezení kvůli MI	Počet resp.	
	n_i	f_i (%)
Omezení kulturních akcí	12	39%
Pocit nepohodlí	30	97%
Zápach	11	35%
Jiné	2	6%
Σ	31	100%

Čtvrtou položkou byla otázka, která zjišťovala, kvůli čemu jsou dotazované ženy s MI omezovány. Respondentky uváděly i více odpovědí, každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 31 respondentek. Z uvedených možností vyplývá, že nejvíce žen s MI bylo omezeno kvůli pocitu nepohodlí, tuto odpověď uvedlo až 97 %. Omezení, kvůli zápachu bylo uvedeno 11 ženami (35 % žen). Odpověď jiné, uvedly dvě ženy, tedy 6 % žen. Jako příklad k této odpovědi byl uveden sport (1x), a možnost cestování a pohybování se pouze v blízkosti WC (1x). Pro přehlednější interpretaci výsledků byla zvolena tabulka č. 2.

Otázka č. 5 – Jak dlouho jste po operaci?



Obrázek 2 Doba po operaci

Pátou otázkou byla zjišťována doba, jak dlouho jsou dotazované ženy po operaci. Ženy odpovídaly v týdnech, měsících i letech. Nejčastější odpovědí žen, byla doba po operačním zákroku 4 týdny, tu uvedlo 36 % žen. Nejméně zastoupeným časovým intervalem od doby operace, byla odpověď 3 týdny, 7 měsíců a 13 měsíců. Každou z odpovědí uvedlo 3 % žen. Pro přehlednost dat byl sestaven obrázek č. 2.

Otázka č. 6 – Co Vás přimělo začít řešit problémy s močovou inkontinencí?

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

- a) příbuzní
- b) pocit studu ve společnosti
- c) vlastní nepohodlí z intimního hlediska
- d) lékařské doporučení
- e) jiné (uveďte prosím příklad)

Tabulka 3 Důvody k začátku řešení MI

Odpověď	n_i	f_i (%)
Příbuzní	2	6%
Pocit studu ve společnosti	11	35%
Vlastní nepohodlí z intimního hlediska	23	74%
Lékařské doporučení	19	61%
Jiné	0	0%
Σ	31	100%

V šesté otázce ženy uváděly, kvůli čemu začaly řešit problémy s močovou inkontinencí. Odpovídaly jednu i více odpovědí. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 31 respondentek. Nejčetnější odpovědí byla možnost c) (vlastní nepohodlí z intimního hlediska), kterou uvedlo až 23 žen (74 %). Naopak nejméně zastoupenou odpovědí byla možnost příbuzní, tu uvedlo 6 % žen. Odpověď e) (jiné), nevedla ani jedna žena z dotazovaných. Pro přehlednější znázornění jsou data uvedena v tabulce č. 3.

Otázka č. 7 – Jak jste spokojená s výsledky operace?

Možnosti odpovědí:

- a) velmi spokojená
- b) spokojená
- c) nespokojená
- d) velmi nespokojená
- e) nejsem si jistá

Tabulka 4 Spokojenost žen po operaci

Spokojenost po operaci	n_i	f_i (%)
Velmi spokojená	12	39%
Spokojená	15	48%
Nespokojená	0	0%
Velmi nespokojená	0	0%
Nejsem si jistá	4	13%
Σ	31	100%

Sedmou otázkou bylo zkoumáno, jak jsou ženy s výsledky operace spokojeny. Nejvíce žen odpovědělo možnost b), tedy spokojná 48 % žen. Velmi spokojených bylo 12 respondentek (39 %). Možnost „Nespokojená“ a „Velmi nespokojená“, nevedla ani jedna žena z dotazovaných. Odpověď „Nejsem si jistá“, uvedly pouze 4 ženy (13 %). Pro přehlednost zpracovaných dat byla vytvořena tabulka č. 4.

Otázka č. 8 – Pokud jste v předchozí otázce č. 7 uvedla *velmi spokojená* nebo *spokojená*, uveďte proč. Jestliže jste odpověděla jinak, pokračujte prosím další otázkou.

Tabulka 5 Proč jsou ženy po operaci spokojené

Proč jsou ženy spokojeny	n_i	f_i (%)
Nemám žádné obtíže	14	51%
Omezení úniku moči	8	30%
Používám menší množství inkontinenčních pomůcek	1	4%
Nejsem omezena v činnostech	4	15%
Σ	27	100%

Otázkou č. 8, bylo zjišťováno, proč jsou ženy po operačním zákroku pro močovou inkontinenci spokojené. Odpovědi žen jsou pro lepší přehled lehce upravené, je zachována jejich původní integrita. Nejvíce žen uvedlo, že nemají již žádné obtíže (51 % žen). V dotazníku tak bylo pod stejným významem napsáno např.: „Zlepšení o 100 %, už nemám žádné obtíže“ apod. Ostatní uváděné odpovědi jsou sice pozitivní, avšak nezaznamenávají úplné vyléčení z inkontinence, nebo pro to nejsou podklady. Mezi takové odpovědi byla zformulována i odpověď: „Omezení úniku moči“. Tato odpověď byla jako druhá nejčtenější, kterou uvedlo 30 % žen. Pro lepší přehled všech odpovědí, a jejich četností, byla zvolena tabulka č. 5.

Otázka č. 9 – Pokud jste v otázce uvedla velmi nespokojená nebo nespokojená, uveďte prosím proč.

Tabulka 6 Proč jsou ženy po operaci nespokojené

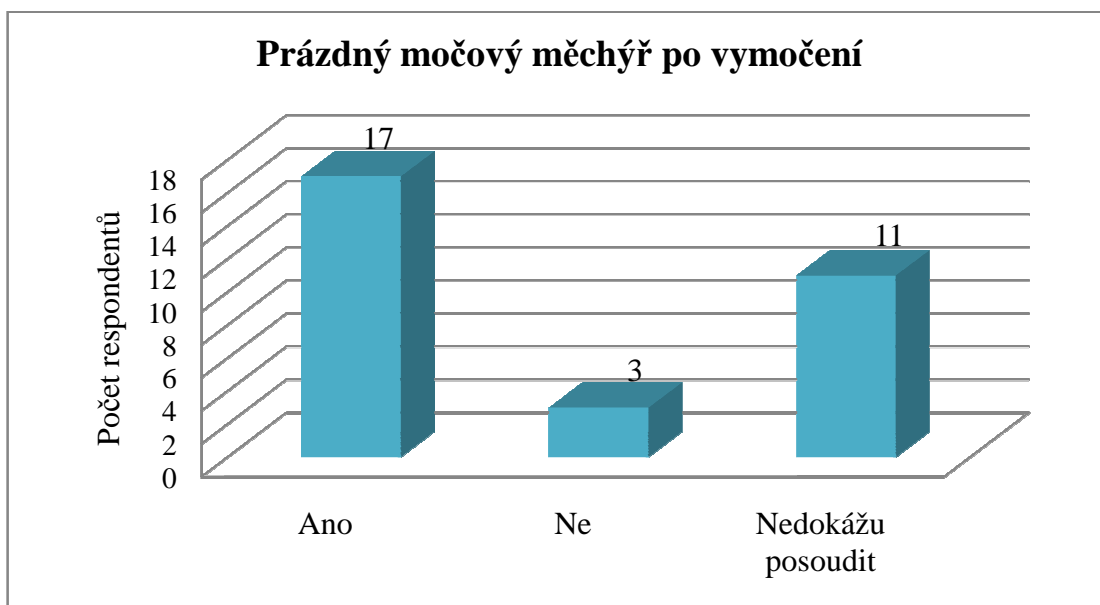
Proč nespokojenost přetrvává	n_i	f_i (%)
Potíže pokračují i po operaci	1	100%
Σ	1	100%

Devátá otázka zjišťovala, proč jsou ženy po operačním zákroku pro močovou inkontinenci nespokojené. Tato otázka byla vyplněna pouze jednou ženou. Za odpověď bylo uvedeno: „Potíže stále pokračují, i po operaci. Možná je to tím, že to je kvůli tomuto problému již můj třetí zákrok.“ Pro přehlednost této otázky byla zvolena tabulka č. 6.

Otázka č. 10 – Cítíte po vymočení, že máte prázdný močový měchýř?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit



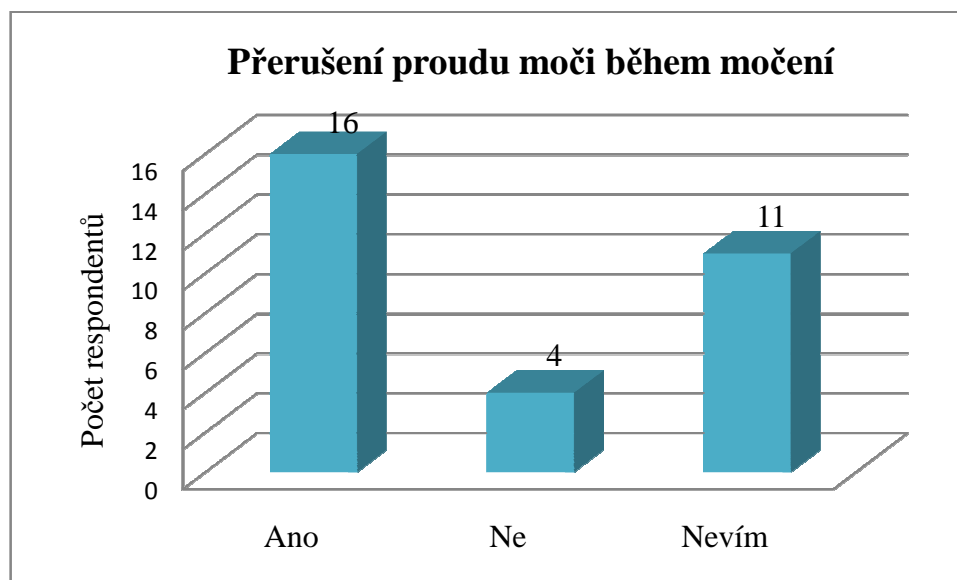
Obrázek 3 Prázdný močový měchýř po vymočení

Desátou otázkou bylo zjišťováno, zda ženy cítí prázdný močový měchýř po vymočení. Možnost a), tedy „Ano“, uvedlo 55 % žen. Možnost b) „Ne“, uvedly tři respondentky (10 %). Dotazovaných, které nedokázaly posoudit, zda mají prázdný močový měchýř po vymočení, je 35 %. Pro přehlednější znázornění jsou data uvedena v obrázku č. 3.

Otázka č. 11 – Dokážete během močení přerušit pomocí vůle proud moči?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



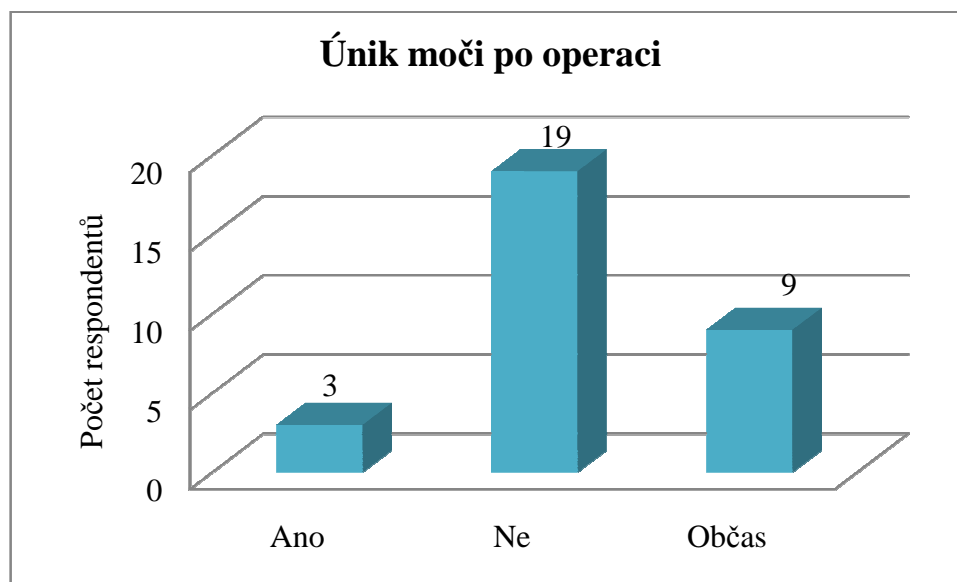
Obrázek 4 Přerušení proudu moči během močení

Tato otázka zjišťovala, zda ženy po operaci dokážou přerušit pomocí vůle proud moči během močení. Možnost „Ano“ uvedlo 52 % respondentek. Odpověď „Ne“, uvedly 4 ženy, tedy 13 %. Možnost „Nevím“, vybralo 35 % žen, kdy většinou tyto ženy dopsaly k uvedené možnosti, že přerušení moči během močení ani nezkoušely. Pro přehlednost sepsaných dat byl vytvořen obrázek č. 4.

Otázka č. 12 – Trápí Vás po operaci únik moči?

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) občas



Obrázek 4 Únik moči po operaci

Otázka č. 12 zjišťovala, zda ženy po operaci stále trápí únik moči. Nejvíce byla zastoupena odpověď b), tedy že po operačním zákroku je únik moči již netrápí - 61 % respondentek. Možnost c) „Občas“, uvedlo 9 žen (29 %), odpověď a) „Ano“, odpovědělo 10 % žen. Pro přehlednější znázornění jsou data vyznačena v obrázku č. 5.

Otázka č. 13 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, uveďte, za jakých okolností únik moči nastává (můžete uvést i více odpovědí). Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ne, pokračujte prosím následující otázkou.

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

- a) zvedání těžkých břemen (plné nákupní tašky, práce na zahradě, posilovna)
- b) kýchnutí
- c) v klidu
- d) smích
- e) změna polohy
- f) chůze
- g) jiné (uveďte prosím příklad)

Tabulka 7 Činnosti, během kterých dochází k úniku moči po operaci

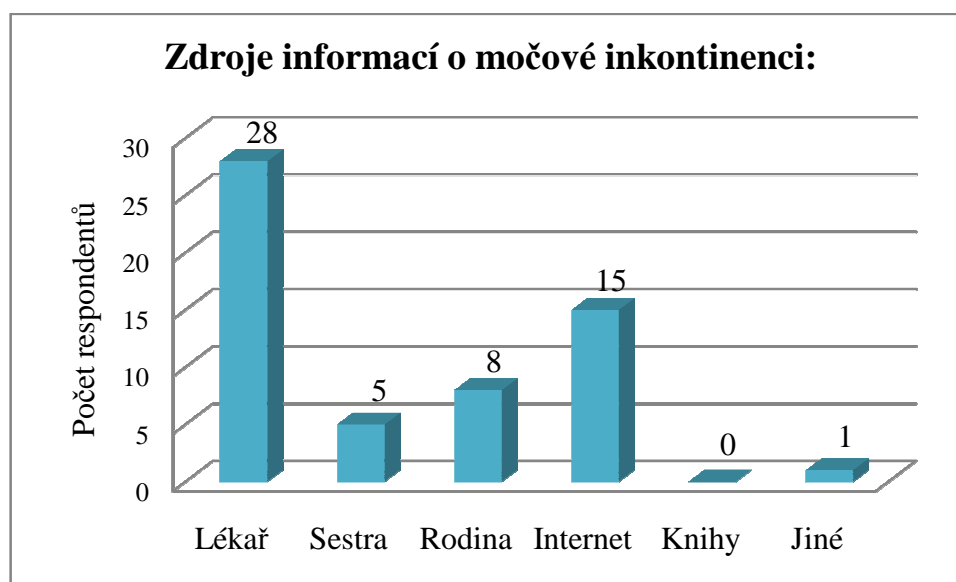
Činnost	n_i	f_i (%)
Zvedání těžkého břemene	1	6%
Kýchnutí	3	16%
V klidu	1	6%
Smích	1	6%
Změna polohy	4	22%
Chůze	3	16%
Jiné	5	28%
Σ	18	100%

Třináctá otázka zjišťovala, za jaké činnosti ženám i po operaci uniká moč. Na tuto otázku odpovědělo celkem 18 dotazovaných žen. Druhou nejčtenější odpovědí je možnost e) „Změna polohy“, kterou uvedly 4 ženy (22 % žen). Další možnosti, ve stejném množství zastoupení, byly odpovědi b) „Kýchnutí“ a f) „Chůze“, které si každou z těchto odpovědí, vybraly 3 ženy (16 %). Jako nejčtenější odpověď, byla uváděná možnost g), tedy „Jiné“, kterou uvedlo 28 % žen. Za příklady k této možnosti ženy uvedly: „Kašel“ (2 ženy); „Nestíhám dojít na WC“ (2 ženy); a „Při delší chůzi (40 min.) neudržím moč“ (1 žena). Ostatní odpovědi jsou zastoupeny vždy jen jednou respondentkou. Pro přehledné znázornění dat byla vytvořena tabulka č. 7.

**Otázka č. 14 – Získávala jste před operací informace o močové inkontinenci?
(Můžete uvést i více odpovědí).**

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

- a) ne
- b) ano
 - i. u lékaře
 - ii. u sestry
 - iii. u rodiny a blízkých
 - iv. na internetu
 - v. v knihách
 - vi. jiné (uveďte prosím příklad)



Obrázek 5 Zdroje informací o močové inkontinenci

Čtrnáctá otázka v dotazníkovém šetření zjišťovala, zda respondentky čerpaly informace o močové inkontinenci a z jakých zdrojů. Pouze jedna žena (3 %) odpověděla, že se o žádné informace o močové inkontinenci před operací nezajímala. Ostatní dotazované (97 % žen) si informace hledaly a zajímaly se o ně. Nejvíce těchto žen se zajímalo o informace u svého lékaře (93 % žen). Dále ženy získávaly informace na internetu (50 % žen), u své rodiny či blízkých (27 % žen). Možnost „Jiné“ zvolila jedna žena (3 %), kdy za příklad uvedla časopisy. Pro přehlednější znázornění jsou data vyznačena v obrázku č. 6.

**Otázka č. 15 – Byla jste informována o průběhu předoperační přípravy?
(Můžete uvést i více odpovědí).**

Respondentky mohly uvést více odpovědí:

- a) ano
 - a. v urologické poradně (ambulanci)
 - b. na lůžkovém oddělení při hospitalizaci
- b) ne
- c) nevzpomínám si

Tabulka 8 Kde byly předány informace o předoperační přípravě

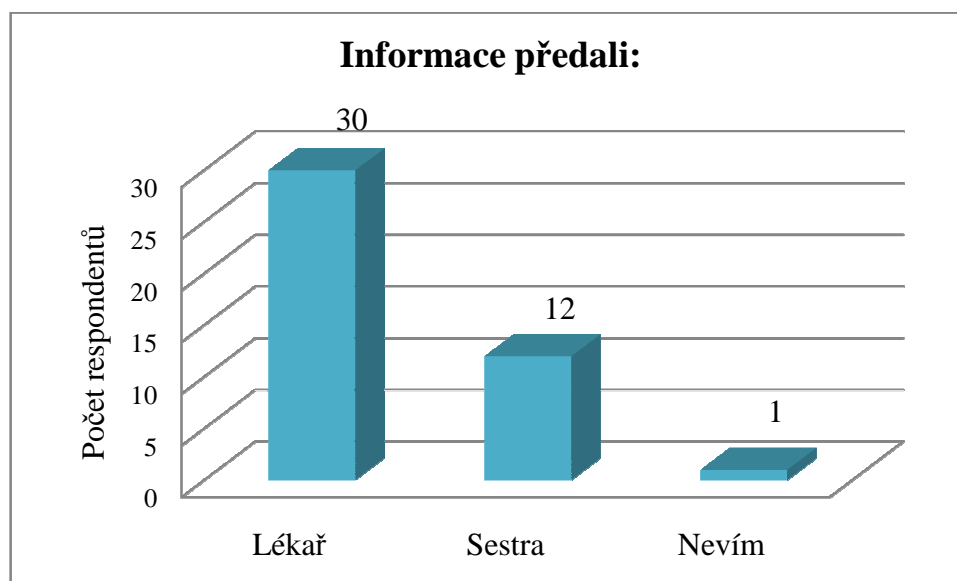
Informace předali	n_i	f_i (%)
Urogynnekologická ambulance	27	87%
Lůžkové oddělení	18	58%
Σ	31	100%

Tato otázka zjišťovala, zda byly ženy informovány o průběhu předoperační přípravy. Všechny 31 dotazovaných žen (100 %) uvedlo, že o průběhu předoperační přípravy byly informovány. Na otázku, kde byly informace předány, bylo na výběr více odpovědí. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 31 respondentek. Nejčetnější odpovědí pak byla jako zdroj informací uvedena urologická poradna / ambulance - 27 žen (87 %). Na lůžkovém oddělení při hospitalizaci pak informace o průběhu předoperační přípravy uvedlo 58 % žen. Pro přehlednější znázornění jsou data vyznačena v tabulce č. 8.

Otázka č. 16 – Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ano, kdo Vám tyto informace předal? (Můžete uvést i více odpovědí).

Možnosti odpovědí:

- a) lékař
- b) zdravotní sestra / porodní asistentka
- c) nevím



Obrázek 6 Kdo předal respondentkám informace

Tato otázka zjišťovala, kdo informace o průběhu předoperační přípravy ženám předal. Odpověď a) „Lékař“, uvedlo 30 žen (97 %). Možnost b) „Zdravotní sestra/Porodní asistentka“, byla uvedena 12 ženami (39 %). Možnost „Nevím“, uvedla pouze jedna žena (3 %). Pro přehlednější znázornění jsou data vyznačená v obrázku č. 7.

Otázka č. 17 – Chtěla byste ještě něco dodat k dané problematice?

K sedmnácté otázce se vyjádřilo 5 respondentek.

1. „Vřele doporučuji každému, kdo má tyto problémy“.
2. „Měla jsem to řešit dříve“.
3. „Děkuji za profesionální přístup od lékařů a sester“.
4. „Zlepšení o 50 %, jsem spokojená, je to již druhá operace MM, stále ale používám inkontinenční pomůcky“.
5. „Necítím se dobře, musela jsem brát antibiotika. Při močení cítím pálení, řezání a mám výtok. Zlepšení ale trochu cítím“.

DISKUZE

Tato část je věnována interpretaci výsledků dotazníkového šetření a porovnání s předem stanovenými výzkumnými otázkami.

Výzkumná otázka č. 1 Jaké jsou nejčastější důvody nespokojenosti s močovou inkontinencí?

K této výzkumné otázce patří otázky z dotazníku č.: 2, 3, 4. Za nejčastější důvod nespokojenosti s MI byl pro ženy jejich vlastní pocit nepohodlí. Ten uvedlo až 97 % žen. Dalším důvodem proč by ženy neměly být spokojené, byla doba, po kterou ženy inkontinencí trpěly. Bohužel se jednalo o roky. Až 24 % žen uvedlo, že mělo inkontinenci moči 2 roky. Za nejkratší dobu, která byla uvedena, byl jeden rok (ten uvedlo 13 % žen). Naopak tomu nejděší uvedená doba problémů s MI, byla až 33 let (3 % žen). Nejvíce žen trpící MI odpovědělo, že je únik moči trápil hlavně při kýchnutí (87 % žen), také při zvedání těžkého břemene (77 % žen) a při smíchu (58 % žen). Tato výzkumná otázka otevírá další otázku, a to proč ženy s řešením močové inkontinence tak dlouho otálely. Je pravda, že v ordinacích lékaře nebo čekárnách není na takovéto operativní řešení žádná brožura či leták. Jako jediné možné řešení se tak pro ženy stávají absorpční inkontinenční pomůcky, na které je upozorňováno jen kvůli marketingu, nikoliv pro dobro žen. Tyto pomůcky zřejmě i tak moc ženám nepomáhají. Ženy jsou pak omezovány i přes používání inkontinenčních pomůcek nejčastěji kvůli pohodlí společensky (nepříjemný zápach). Proto bych chtěla navrhnout sestavení brožury, nebo jakéhokoli letáku, propagující behaviorální řešení močové inkontinence a možnosti chirurgické léčby. Ženy by tak byly lépe informované o možnosti léčby toho onemocnění, možná by některé ženy opustil strach z „velké operace“, protože dnešní chirurgická léčba MI je většinou otázkou dvou dnů, a to i s rekonvalescencí. Bohužel se některé ženy nevyhýbají řešení problémům s inkontinencí, jen kvůli „operaci“, ale také ze studu. Domnívám se, že pokud by téma močová inkontinence bylo více medializováno a ženy by se mohly o tomto onemocnění něco dozvědět, z již zmíněných letáků či brožur, jejich stud by možná trochu opadl. Je ale pravda, že dnes se osvěta naštěstí zlepšuje, ženy se o toto téma začínají více zajímat, a jsou odvážnější.

Výzkumná otázka č. 2 Jak hodnotí ženy po operačním zákroku výsledky operace dle svých subjektivních pocitů?

Tato výzkumná otázka byla zjišťována otázkami č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, a 13. Jednalo se o otázky, kde jsme zjišťovaly, zda, a jak jsou ženy po operaci spokojené/nespokojené, a jak se cítí.

Z celkového počtu 31 žen, nehledě na rozdíl odpovědi „Spokojená“ a „Velmi spokojená“, jich 87 % žen uvedlo, že jsou po operaci spokojené. Tyto výsledky můžeme porovnat s výsledky ze statistik Nemocnice Pardubického kraje, kdy ze 127 pacientek, které byly poprvé vyšetřené v roce 2008, 90 % těchto žen uvedlo, že od zahájení léčby se jejich stav výrazně zlepšil, jsou spokojené. Dále z našeho dotazníkového šetření odpověď „Nejsem si jistá“, uvedlo 13 %. Tudíž na základě našeho výzkumu i s porovnáním ze statistik nemocnice, můžeme soudit, že většina žen je po operačním zákroku spokojená. Na základě dalších otázek, kde ženy samy vypisovaly, proč jsou spokojené, bylo nejčastěji uváděno, že již nemají žádné problémy, nebo cítí 100% zlepšení. Avšak i mezi těmito ženami byly takové, které sice jsou spokojené, ale i po operaci je trápí únik moči (10 % žen), občasný únik moči trápí 29 % dotazovaných žen. I přesto byla většina výsledků pozitivní. Dotazované ženy podobný zákrok doporučují svým známým i ostatním ženám s močovou inkontinencí. *„Cvičení a úprava životního stylu v počátečních stádiích inkontinence pacientce může pomoci, ale problém to nevyřeší. Je zcela zbytečné, aby ženy v dnešní době trpěly inkontinencí. Důležité je samozřejmě navštívit odborné pracoviště, kde se jim stanoví diagnóza a doporučí ta nejlepší léčba. Čím dříve se pacientka bude léčit, tím lepší budou výsledky,“* potvrzuje profesor MUDr. Aleš Roztočil (Juráková, Braun medical, 2016).

Výzkumná otázka č. 3 *Jaká byla informovanost klientek o močové inkontinenci?*

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázkám č. 14, 15, 16. Těmito otázkami jsme zkoumaly, kde ženy hledaly před operací informace, zda byly informovány o průběhu předoperační přípravy, a kdo jim tyto informace předal. Všechny ženy uvedly, že se před operací o močové inkontinenci informovaly, informace nejčastěji získávaly od svého lékaře (93 % žen). Kromě informací u lékaře ženy vyhledávaly další články a studie nejčastěji na internetu (50 % žen). O průběhu předoperační přípravy byly informovány všechny dotazované. Z toho 87 % žen uvedlo, že byly informovány v urogynekologické ambulanci/poradně, 58 % žen uvedlo na lůžkovém oddělení. Z tohoto počtu jim informace předal lékař (97 %), či zdravotní sestra/porodní asistentka (39 %). Dle výsledků tedy můžeme hodnotit, že tyto respondentky s močovou inkontinencí byly poučené a informované. Jeden ze zdrojů zde byl internet, což je pochopitelné. Je to nejrychlejší způsob sběru informací. Avšak všechny odkazy nejsou adekvátní a mezi ženami pak mohou kolovat zbytečné obavy apod. Nejlepším řešením se jeví konzultace s odborníkem v oboru.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku močové inkontinence. Pojem „močová inkontinence“ je velmi široký. Je mnoho druhů inkontinence, proto jsem se rozhodla se více věnovat pouze stresové a urgentní inkontinenci, které jsou zastoupeny oproti ostatním typům inkontinence čteněji.

Teoretická část byla věnována shrnutí informací o anatomii močového ústrojí a léčbě močové inkontinence. V teoretické části byl čtenář seznámen s anatomíí orgánů týkajících se s MI, a problematikou močové inkontinence. Dále je v práci popsána léčba močové inkontinence a její prevence.

Ve výzkumné části jsme si stanovily hlavní cíl, kterým jsme se snažily zjistit, zda se u žen po operačním zákroku pro močovou inkontinenci vyřešil jejich problém s močovou inkontinencí a zda jsou se svým spokojeny. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina žen, je po operačním zákroku pro močovou inkontinenci opravdu spokojená.

Vytvořily jsme výzkumné otázky, podle kterých jsme zmapovaly, jaké byly nejčastější důvody pro operaci, jaké je vlastní hodnocení následného zdravotního stavu a jaká je informovanost žen o MI. Z výzkumu vyplynulo, že se ženy s MI léčí v jakémkoliv věku. Není to nemoc, která by postihovala ženy výhradně po menopauze, objevuje se i ve výrazně mladším věku. Nejčastějším důvodem žen, proč jít na operaci, bylo jejich vlastní nepohodlí z intimního hlediska. Mnoho žen, které tento zákrok podstoupilo, doporučuje ostatním ženám, léčící se s MI, tuto operaci. Operativní druh léčby ženy hodnotí jako významný krokem ke zlepšení svého fyzického i psychického stavu.

Závěrečnou bakalářskou práci hodnotíme jako přínosnou a obohacující o nové poznatky. Získaná data uvádějí nutnost zaměřit se na tuto problematiku nejen až v urogynekologické ambulanci/ordinaci, ale také už u svého obvodního lékaře nebo gynekologa. Je záhodno odmítnout jako primární řešení jednorázové absorpční pomůcky, protože nejsou skutečným řešením zdravotního problému. Ženy by měly být poučeny, že existuje léčba, která jim může pomoci minimálně o 98 % (Juráková, Braun medical, 2016).

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. TROJAN, S., SCHREIBER, M. *Atlas biologie člověka*. Praha: Scientia, 2007. ISBN 80-86960-11-0.
2. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie Druhé doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
3. HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2615-0.
4. KROFTA, L., FEYEREISL, J. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2280-4.
5. ROZTOČIL, A., A KOL. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
6. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
7. MARTAN, A., A KOL. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
8. VESELÝ, Z. *Vybrané kapitoly z urologie*. Praha: Copyright, 2007. ISBN 978-80-86087-61-0.
9. GENADRY, R., MOSTWIN, J. L. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.
10. SOCHOROVÁ, N. *Urologická problematika v praxi*. Olomouc: Solen, 2008. ISBN 978-80-3699-8.
11. CHMEL, R. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
12. KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
13. ROMANČÍK, M. *Inkontinenciamoču u žien – jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. Bratislava: Herba, 2009. ISBN 978-80-89171-61-3.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. COPYRIGHT. *Inkontinence-info.cz* [online]. © 2010 [cit. 2016-20-3]. Dostupné z: <http://www.inkontinence-info.cz/>.
2. HOŘIČKA, L. Nestátní zdravotnické zařízení GONA. *Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci* [online]. © GONA [cit. 2016-20-03]. Dostupné z: <http://www.mocova-inkontinence.cz/inkontinence-moci-ve-vseobecne-gynekologicke-ambulanci>.
3. HEJZLAROVÁ, L. Česká asociace sester. *Pracovní postup, Péče o klienta/ pacienta s inkontinencí moči* [online]. 2009 [cit. 2016-26-3]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf.
4. NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD. *Operační léčba inkontinence (samovolného úniku) moče u žen. Implantace transobturatorní pásky* [online]. 2006 [cit. 2016-26.3]. Dostupné z: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=167&>.
5. JURÁKOVÁ, M. Braun medical. *Inkontinence* [online]. © 2016 [cit. 2016-1-4]. Dostupné z: <http://lepsipece.cz/tema/inkontinence/>.
6. NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE. *Urogynekologické centrum* [online]. Copyright © 2015 [cit. 2016-1-4]. Dostupné z: <http://pardubice.nempk.cz/urogynekologicke-centrum>.

PŘÍLOHA

Dotazník pro ženy po operaci močové inkontinence

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Hrušková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Pardubice. Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce s názvem Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku. Prosím Vás, abyste věnovala pozornost těmto otázkám a odpovědi zakroužkovala dle nabízených možností, nebo případně odpověď dopsala. Předem děkuji za Váš čas a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku.

1. Doplňte prosím kolik Vám je let:

.....

2. Jak dlouho jste měla obtíže s únikem moči?

.....

3. Při jakých činnostech Vám unikala moč?

- a. zvedání těžkých břemen (nákupní tašky)
- b. kýchnutí
- c. v klidu
- d. smích
- e. změna polohy
- f. chůze
- g. jiné (uveďte prosím příklad).....

4. Kvůli čemu jste byla pro močovou inkontinenci omezena? (Můžete uvést i více odpovědí).

- a. omezení kulturních akcí
- b. pocit nepohodlí
- c. zápach
- d. jiné (uveďte prosím příklad).....

5. Doplňte prosím, jak dlouho jste po operaci.

.....

6. Co Vás přimělo začít řešit problémy s inkontinencí?

- a. příbuzní
- b. pocit studu ve společnosti
- c. vlastní nepohodlí z intimního hlediska
- d. lékařské doporučení
- e. jiné (uveďte prosím příklad)

7. Jak jste spokojená s výsledky operace?

- a. velmi spokojená
- b. spokojená
- c. nespokojená
- d. velmi nespokojená
- e. nejsem si jistá

8. Pokud jste v otázce č. 7 uvedla *velmi spokojená* nebo *spokojená*, uveďte prosím proč. Jestliže jste odpověděla v předchozí otázce jinak, pokračujte prosím další otázkou:

.....
.....

9. Pokud jste v otázce č. 7 uvedla *velmi nespokojená* nebo *nespokojená*, uveďte prosím proč:

.....
.....

10. Cítíte po vymočení, že máte prázdný močový měchýř?

- a. ano
- b. ne
- c. nedokážu posoudit

11. Dokážete během močení přerušit pomocí vůle proud moči?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

12. Trápí Vás po operaci únik moči?

- a. ano
- b. ne
- c. občas

13. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, uveďte, za jakých okolností únik moči nastává (můžete uvést i více odpovědí). Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ne, pokračujte prosím následující otázkou.

- a. zvedání těžkých břemen (plné nákupní tašky, práce na zahradě, posilovna)
- b. kýchnutí
- c. v klidu
- d. smích
- e. změna polohy
- f. chůze
- g. jiné (uveďte prosím příklad).....

14. Získávala jste před operací informace o močové inkontinenci? (Můžete uvést i více odpovědí).

- a. Ne
- b. Ano
 - i. u lékaře
 - ii. u sestry
 - iii. u rodiny a blízkých
 - iv. na internetu
 - v. v knihách
 - vi. jiné (uveďte prosím příklad).....

15. Byla jste informována o průběhu předoperační přípravy? (Můžete uvést i více odpovědí).

- a. ano
 - i. v urologické poradně (ambulanci)
 - ii. na lůžkovém oddělení při hospitalizace
- b. ne
- c. nevzpomínám si

16. Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ano, kdo Vám tyto informace předal?(Můžete uvést i více odpovědí).

- a. lékař
- b. zdravotní sestra / porodní asistentka
- c. nevím

17. Chtěla byste ještě něco dodat k dané problematice?

.....

.....

.....

.....

.....

.....