

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Darina Šubrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Evakuační poruchy mikce po vaginálních operacích

Diplomová práce

2022

Bc. Darina Šubrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Darina Šubrová**
Osobní číslo: **Z20381**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Evakuační poruchy mikce po vaginálních operacích**
Téma práce anglicky: **Evacuation disorders micturition after vaginal surgery**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. HORČÍČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.
3. KRHUT, Jan. *Hyperakční močový měchýř*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-240-7.
4. MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0.
5. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

Vedoucí diplomové práce: **Dr. med. Germund Hensel, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Evakuační poruchy mikce po vaginálních operacích, jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 11. 04. 2022

Bc. Darina Šubrová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Dr. med. Germundu Henselovi, Ph.D. za odborné vedení a udělení mnoha rad. Dále děkuji všem respondentkám, jež byly ochotné spolupracovat a pomohly mi tak ke zpracování mého průzkumu. V neposlední řadě velké díky patří mé rodině a blízkým přátelům za jejich podporu během celého studia.

ANOTACE

Tato diplomová práce nese název Evakuační poruchy mikce po vaginálních operacích a skládá se z teoretické a průzkumné části. V teoretické části je popsána anatomie, fyziologie a poruchy mikce, diagnostika a léčba evakuačních poruch, ale také jednotlivé operace, kterých se průzkumné šetření týká. V průzkumné části jsou prezentována data získaná pomocí kvantitativního šetření, kde hlavním cílem bylo zjistit četnost výskytu evakuačních poruch mikce po vaginálních operacích.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy mikce, dysfunkce vyprazdňování, vaginální operace, dolní močový trakt

TITLE

Voiding disorders after vaginal surgery

ANNOTATION

This diploma thesis is entitled Voiding disorders after vaginal surgeries and consists of a theoretical and exploratory part. The theoretical part describes the anatomy, physiology and disorders of micturition, diagnosis and treatment of voiding disorders, but also the particular surgeries to which the survey relates. The exploratory part presents data obtained by quantitative research, with the main goal to determine the frequency of voiding disorders after vaginal surgery.

KEYWORDS

Micturition disorders, voiding dysfunction, vaginal surgery, lower urinary tract

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Cíle teoretické části práce	12
1.2 Cíle praktické části práce	12
2 Teoretická část	13
2.1 Anatomie	13
2.1.1 Kostěná pánev	13
2.1.2 Ženské pohlavní orgány	13
2.1.3 Dolní močový trakt	14
2.1.4 Vazivové struktury v malé pánvi	14
2.1.5 Svaly pánevního dna	15
2.1.6 Inervace močových cest.....	15
2.2 Fyziologie mikce	16
2.3 Poruchy mikce.....	17
2.3.1 Inkontinence.....	17
2.3.2 Hyperaktivní močový měchýř	18
2.3.3 Evakuační poruchy	19
2.4 Diagnostika evakuačních poruch mikce.....	19
2.4.1 Anamnéza	19
2.4.2 Fyzikální vyšetření.....	20
2.4.3 Ultrazvuk	20
2.4.4 Uroflowmetrie.....	20
2.5 Léčba evakuačních poruch mikce	21
2.5.1 Behaviorální terapie a fyzioterapie	21
2.5.2 Farmakologická terapie.....	21
2.6 Gynekologické operace	22

2.6.1	LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.....	22
2.6.2	VH – vaginální hysterektomie	22
2.6.3	Poševní plastiky	23
2.6.4	Suburetrální pásy	24
2.6.5	Komplikace gynekologických operací.....	25
2.7	Ošetrovatelská péče o ženu po vaginální operaci	27
2.8	Role porodní asistentky v dispenzární péči.....	28
3	Praktická část	29
3.1	Průzkumné otázky	29
3.2	Metodika průzkumu	29
3.2.1	Charakteristika výzkumného souboru	30
3.2.2	Metodika zpracovaných dat	31
3.3	Prezentace výsledků	32
4	Diskuze	53
5	Závěr	60
6	Použitá literatura	62
7	Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Histogram věkových kategorií respondentek v souboru (n = 82)	32
Obrázek 2 Graf typu operace	33
Obrázek 3 Graf intenzity proudu moči jednotlivých skupin.....	36
Obrázek 4 Graf samovolného úniku moči jednotlivých skupin	40
Obrázek 5 Graf četností průměrného vstávání v noci kvůli močení.....	45
Tabulka 1 Problém se zahájením mikce	34
Tabulka 2 Nutnost svalové podpory k zahájení mikce	35
Tabulka 3 Přerušované močení opakovaně v průběhu jednoho močení.....	37
Tabulka 4 Pocit nevyprázdněného močového měchýře	38
Tabulka 5 Náhlý pocit silného nucení na močení.....	39
Tabulka 6 Číselná škála hodnotící inkontinenci moči	41
Tabulka 7 Samovolný únik moči při zakašlání nebo kýchnutí.....	42
Tabulka 8 Číselná škála stresové inkontinence	43
Tabulka 9 Frekvence močení během dne	44
Tabulka 10 Číselná škála hodnotící časté močení během noci.....	46
Tabulka 11 Opětovné močení po vymočení	46
Tabulka 12 Pocit pálení, řezání při močení	47
Tabulka 13 Bolesti při močení.....	48
Tabulka 14 Proud moči spíše jako rozstřík nebo postřík.....	49
Tabulka 15 Pearsonův chí-kvadrát	50
Tabulka 16 Evakuační poruchy mikce.....	50
Tabulka 17 Hodnocení evakuačních poruch.....	51
Tabulka 18 Vyhledání odborné pomoci ohledně potíží s močením	52

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LUTS	lower urinary tract symptoms (příznaky dolního močového traktu)
ICIQ	International Consultation on Incontinence Questionnaire (Mezinárodní konzultace k dotazníku o inkontinenci)
OAB	Overactiv bladder
TOT	Tension-free Obturator Tape (Transobturátorová páska)
TVT	Tension-free Vaginal Tape (Tahuprostá vaginální páska)
TVT-O	Tension-free Vaginal Tape Obturator (Transobturátorová vaginální páska)
VH	Vaginální hysterektomie

ÚVOD

V současné době již existuje mnoho odborných prací a výzkumů zabývajících se poruchami močení. Většinou se výhradně zajímají o problematiku inkontinence moči, neboť je nejčastějším mikčním problémem. Z tohoto důvodu se diplomová práce věnuje evakuačním poruchám mikce, a to konkrétně u žen, které prodělaly vaginální operaci. Akutní pooperační retence moči se vyskytuje asi u 22 – 42 % žen po rekonstrukčních operacích pánevního dna a po výkonech pro močovou inkontinenci (Sappenfield, 2021). Nejen po operacích se objevují různé problémy s močením. V tomto případě poruchy s vyprazdňováním moči, kterým se však příliš studií nevěnuje. To ale neznamená, že je jejich výskyt pro ženy méně závažný. Přitom prevalence těchto problémů je v populaci poměrně vysoká, avšak málo žen se rozhodne své potíže opravdu řešit s odborným lékařem. Například jedna studie uvádí, že 37,5 % žen trpí problémy se stresovou inkontinencí moči, ale pouze 3,9 % z nich vyhledalo lékařskou pomoc (Sio, 2014). Je třeba se zaměřit na tyto problémy s močením, aby si všechny ženy uvědomily, že nejsou součástí běžného života. Evakuační poruchy mikce sice nesouvisí s vysokou mortalitou nebo morbiditou, ale mají určitý dopad na běžný životní režim. Zároveň je nutností, aby i zdravotnický personál upozornil na možné vyskytující se potíže a předešlo se tak zbytečně velkým starostem či zdravotním problémům s močením. Proto je tato diplomová práce zaměřena na anatomii pánevního dna, fyziologii a poruchy mikce, diagnostiku a léčbu evakuačních poruch močení. Jsou zde popsány i vaginální operace, kterých se týká průzkumná část, jejich komplikace, ošetrovatelská péče a také role porodní asistentky v rámci dispenzární péče. Edukace je velmi důležitou součástí primární prevence, zejména pro pacientky, které je potřeba motivovat k zahájení léčby a řešení jejich obtíží. Průzkumná část diplomové práce se snaží zjistit četnost výskytu evakuačních poruch mikce po vaginálních operacích. Také se zajímá o to, která z poruch se vyskytuje nejčastěji, a u jaké skupiny klientek se objevují poruchy s vyprazdňováním moči nejvíce. Úkolem praktické části bylo i zabývat se tím, jak moc jsou evakuační poruchy močení pro ženy obtěžující.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části práce

Cílem této diplomové práce je zmapovat anatomii pánevního dna, fyziologii mikce, jednotlivé poruchy močení, zejména diagnostiku a léčbu evakuačních poruch mikce. Dalším záměrem teoretické části je také shrnout vaginální operace, kterých se týká průzkumné šetření, jejich komplikace, ošetrovatelskou péči po těchto operacích a edukační činnost porodní asistentky.

1.2 Cíle praktické části práce

Hlavní cíl:

- Zjistit, zda se po vaginálních operacích vyskytují evakuační poruchy mikce.

Dílčí cíle:

- Zjistit, která z evakuačních poruch mikce se objevuje nejčastěji po vaginálních operacích
- Zjistit, u které z vaginálních operací se vyskytují nejvíce evakuační poruchy močení
- Zjistit, jak moc jsou evakuační poruchy mikce pro ženy obtěžující

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie

2.1.1 Kostěná pánev

Pánevní dutina je ohraničena skeletem, který se skládá z pánevních kostí, kosti křížové a kostrče. Pánevní kost je jednotnou plochou kostí, vzniká ale ze tří samostatných kostí – kyčelní kosti, sedací kosti a stydké kosti. Tyto tři kosti srůstají v oblasti kolem jamky kyčelního kloubu. Pánevní kosti ventrálně spojuje stydká spona. Hranici mezi velkou a malou pánví tvoří hraniční čára, která probíhá od promontoria na horní stranu stydké spony. Hrot kosti křížové směřuje kaudálně a spojuje se s kostrčí. Kostrč je tvaru plochého jehlanu a tvoří konečnou část páteře (Roztočil, 2011, s. 16; Hájek, 2014, s. 21).

2.1.2 Ženské pohlavní orgány

Pohlavní orgány ženy se dělí na vnitřní a vnější. Kdy do vnitřních patří vaječníky, vejcovody a děloha. Mezi vnější pohlavní orgány ženy se počítají velké a malé stydké pysky, topořivá tělesa a předsiňové žlázy. Zevní a vnitřní ženské pohlavní orgány spojuje dutý svalově-vazivový orgán, kterým je pochva (Roztočil, 2011, s. 26).

2.1.2.1 Vnitřní pohlavní orgány

Vaječník je párový orgán, který je relativně volně pohyblivý a jeho uložení se liší u žen, které rodily, a u těch, které nerodily. U nerodiček se nachází ve fossa ovarica a u vícerodiček je uložen hlouběji do tzv. Claudiovy jamky. Vaječník je uložen pod vejcovodem a je připojen mesovariem, ke kterému přistupuje lig. suspensorium ovarii. Mesovarium je také fixováno k děloze a to lig. ovarii proprium. Ve vaječníku se nachází folikuly, jež jsou v různém stádiu jejich vývoje.

Vejcovod je párová trubice fixována závěsem – mesosalpinx. Vejcovod lze rozdělit na čtyři části – infundibulum, ampulla, isthmus a pars uterina.

Děloha je svalnatý orgán, který má hruškovitý tvar a je dutý. Rozměry a velikost tohoto orgánu jsou odlišné u žen, které rodily a u nulipar. Děloha je složena z corpus uteri, cervix uteri a isthmus uteri. Stěnu děložní tvoří tři vrstvy. Zevní vrstva se nazývá perimetrium, nejsilnější vrstvou je myometrium a vnitřní vrstvu tvoří endometrium. Tam, kde stěna děložní není kryta perimetriem, se nachází vazivo, které představuje parametrium. Poloha dělohy je určena podpurným aparátem a závěsným aparátem (Hájek, 2014, s. 28).

Pochva je svalově-vazivový orgán, který spojuje vnitřní a zevní pohlavní orgány (Roztočil, 2011, s. 71).

2.1.2.2 Vnější pohlavní orgány

Mezi zevní ženské pohlavní orgány se řadí hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček, panenská blána, předsíňové žlázy a bulbus vestibuli (Hájek, 2014, s. 32).

2.1.3 Dolní močový trakt

2.1.3.1 Močový měchýř

Měchýř je dutý svalový orgán, který je uložený v malé pánvi a má kapacitu asi 500 ml. Při plnění moči je nízkotlaký, a naopak při vypuzování se kontrahuje. Vnitřní povrch močového měchýře je vytvořen z epitelu přechodného typu a nasedá na podslizniční vazivo. Stěnu měchýře tvoří tři vrstvy hladké svaloviny, která se nazývá musculus detrusor vesicae. Krček močového měchýře je část stěny, která obklopuje proximální část uretry. Část měchýře, která je ohraničená ústími močovodů a vnitřním ústím močové trubice se nazývá trigonum, v jehož oblasti není vyvinuto podslizniční vazivo. Cévní zásobení k močovému měchýři přichází z a. iliaca interna a venózní plexy tvoří vv. vesicales. Inervace svalů je tvořena převážně z parasymptiku cestou nervi splanchnici (Horčička, 2017, s. 19).

2.1.3.2 Močová trubice

Ženská močová trubice má délku 3 až 4 cm. Lze ji rozdělit na intramurální část, střední část, část v perineální membráně a poslední perineální část. V podslizničním vazivu se vyskytují venózní pleteně, které sehrávají roli v uzávěrovém mechanismu uretry. Svalovinu močové trubice tvoří vrstva hladkých svalových vláken, která jsou zvnějšku uspořádána cirkulárně. Tato vrstva je tenká a je označována jako musculus sphincter urethrae internus. Naopak vně, ve střední části se nachází příčně pruhovaný sval, který se nazývá musculus sphincter urethrae externus. Inervaci zajišťují nervová vlákna sympatiku a nervus pudendus (Horčička, 2017, s. 20).

2.1.4 Vazivové struktury v malé pánvi

Polohu dělohy a pochvy zajišťuje závěsný a podpůrný aparát. Závěsný aparát tvoří vazivové pruhy, rozbíhající se od dělohy různými směry do subserózního vaziva a představují tak parametrium. K parametriu se řadí párové vazy: ligamentum cardinale uteri, ligamentum sacrouterinum a ligamentum teres uteri.

Závěsný aparát pochvy se dělí do tří úrovní. První etáž je kraniální část, která je ukotvená dorzokraniálně pomocí sakrouterinních a kardinálních vazů, kdy přední a zadní stěna leží na sobě. Přední poševní výběžky druhé etáže jsou fixovány k musculus levator ani a zadní část je spojena krátkými vazy s oblastí musculus levator ani a rektum. Místo úponu parakolpií, kde je fascie svalů zesílena, se nazývá arcus tendineus fasciae pelvis. Při defektu závěsu předních rohů poševních vzniká trakční cystokéla nebo hypermobilita uretry, při defektu ve střední čáře pulzní cystokéla. Naopak defekt závěsu zadních rohů může vést ke vzniku rektokély. Paravaginální defekt vzniká při porušení závěsu parakolpií. V druhé úrovni má střední část pochvy motýlovitý průřez. Ve třetí etáži je pochva spojena perineální membránou, která se za ní spojuje v centrum tendineum perinei. V této úrovni má pochva tvar písmene U a k přední stěně je pevně připojena distální uretra (Martan, 2011, s. 14; Horčíčka, 2017, s. 20).

2.1.5 Svaly pánevního dna

Pánevní dno je soubor svalů a jejich fascií, které vytváří uzávěr pánevní dutiny. Hlavními úkoly těchto svalů je podpora pánevních orgánů, zajištění kontinence stolice, moči a umožnění porodu. Svaly pánevního dna lze rozdělit do dvou částí – diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale.

Urogenitální diafragma je vazivově-svalová vrstva, která je nazývána jako perineální membrána. Tato vazivová struktura se rozprostírá od symfýzy ke kostem sedacím a má tvar trojúhelníku. Mezi vazivovými listy se nachází příčně pruhovaná vlákna svalů m. compressor urethrae a sphincter uretrovaginalis. Na spodním listu jsou mm. transversus perinei superficialis, ischiocavernosus a bulbocavernosus. Vazivová vlákna, která fixují uteru k os pubis, se nazývají pubouretrální ligamenta.

Pánevní diafragmu tvoří příčně pruhovaný sval – m. levator ani, který se skládá ze tří hlavních částí – m. puborectalis, pubococcygeus, iliococcygeus a m. coccygeus (Martan, 2011, s. 13; Horčíčka, 2017, s. 20; Hubka, 2020, s. 359).

2.1.6 Inervace močových cest

Neurologickou kontrolu mikčního reflexu zajišťuje periferní i centrální nervový systém. Mikční centrum v mozkové kůře se podílí na možnosti volně oddálit spuštění mikčního reflexu do doby, kterou je schopna žena akceptovat. Přijímá podněty z periferie, a to včetně močového měchýře, uretry a periuretrálního příčně pruhovaného svalu. Naopak vysílá signály zpět do kmene mozku. Při defektu reflexního oblouku se může objevit porucha funkce močového měchýře, který poté nepodléhá volní kontrole. Močení je také pod kontrolou šedé kůry mozku

a potinného mikčního centra. Míšní mikční centra se nachází v oblasti segmentů Th12 - L1 a S2 - S4. V šedé hmotě mikčního centra se nachází detruzorová a pudendální jádra. Inhibice těchto jader nastává pouze v průběhu mikce.

Močový měchýř a močová trubice jsou pod kontrolou vegetativního nervového systému. Parasympatická vlákna vedou v plexus pelvici. Odvádějí podněty, jako je nucení na močení nebo pocit plnosti, a to z močového měchýře pomocí zadních kořenů až do mozku. Hladká svalovina močového měchýře má hlavně parasympatickou inervaci. Sympatickou inervaci zajišťují pregangliová vlákna, která přicházejí k močovému měchýři. Jediná gangliová buňka sympatiku, která je větví pregangliového sympatického vlákna, dostává impulsy, což může vést k difuzní reakci. Adrenergní zakončení lze prokázat v močové trubici i močovém měchýři. Sympatikus se uplatňuje hlavně při udržení moči (Martan, 2011, s. 20).

2.2 Fyziologie mikce

Proces mikce zajišťuje jímací fáze, kde převládá tonus sympatiku a mikční fáze, kde hraje roli hlavně tonus parasympatiku. Moč se tvoří v ledvinách. Při stoupaní intravezikálního tlaku v měchýři běží signály do CNS. Nervová vlákna jsou součástí urotelu, což je klíčové místo ke spuštění mikčního reflexu. Za normálních okolností je aktivita močového centra tlumena centrem kůry mozkové. Tento útlum se odvíjí od náplně močového měchýře. Močové centrum lze odblokovat vůlí. Spouštěčem svalové kontrakce se stává uvolněný acetylcholin z detruzoru. Podrážděním parasympatických vláken, které inervují močový měchýř i močovou trubici, dojde k uvolnění oxidu dusného a tím k uvolnění výtokové části močových cest. Při stahu detruzoru dochází zároveň i k relaxaci uzávěrového mechanismu. Při nárůstu intravezikálního tlaku při močení se zvýší tonus detruzoru a dochází k vyprázdnění močového měchýře. Kontinence je zajištěna díky správné poloze uretry, na stejném přenosu tlaku na močovou trubici, která v ten moment zůstává uzavřena (Horčíčka, 2017, s. 22).

Kapacita močového měchýře může být až 500 – 700 ml, ale nucení na močení začíná již při náplni 250 – 300 ml. Stabilní měchýř lze označit, pokud detruzor dovoluje v plnicí fázi zvětšování objemu bez většího vzestupu tlaku. Jestliže v plnicí fázi dojde k detruzorové kontrakci, která nelze potlačit vůlí, jedná se o nadměrně aktivní detruzor. Pokud se objeví samovolná kontrakce nebo vyvolaná podnětem, například kašlem či kýchnutím, mluví se o nestabilním detruzoru. Snížená funkce detruzoru se projeví při močení (Kolombo, 2008, s. 292).

2.3 Poruchy mikce

Poruchy močení lze shrnout jako pojem symptomy dolních močových cest, zvané LUTS (Lower urinary tract symptoms) a objeví se, pokud dojde k poruše jímací nebo vyprazdňovací funkce, eventuálně kombinací obou. Mohou se objevit i symptomy postmikční. Polakisurie, nykturie, urgence a inkontinence jsou příznaky poruch funkce jímací. Mezi nejdůležitější jímací symptomy patří zvýšená denní frekvence mikce a noční močení. Poruchy vyprazdňovací funkce se projeví jako opožděný start mikce, přerušovaný či slabý proud moči, potřeba tlačení při močení nebo pocit neúplného vyprázdnění. Postmikční symptomy jsou pozorovány bezprostředně po ukončení mikce. Nedokonalé vyprázdnění je popsáno jako pocit rezidua po mikci. Nedobrovolný únik moči bezprostředně po dokončení mikce se nazývá postmikční dribling (Klečka, 2012, s. 75; Horčíčka, 2017, s. 23).

Existuje několik různých příčin příznaků LUTS, ale často není nalezena žádná konkrétní z nich. Příčinou dysfunkce vyprazdňování mohou být funkční nebo strukturální abnormality v různé části dolních cest močových. LUTS mohou vznikat na základě patologií v periferním či centrálním nervovém systému. Mohou se ale objevit i v důsledku kardiovaskulární, respirační nebo renální dysfunkce (Giblo, 2014, s. 108).

Velmi často se také objevuje u žen infekce močových cest, která je způsobena bakteriemi v močovém měchýři. Projevit se může bolestmi v podbříšku, bolestmi nebo pocitem pálení při močení, častým močením nebo pocitem naléhavého močení. Moč může v sobě obsahovat krev nebo může být zakalená. Léčbou infekce močových cest jsou v první řadě antibiotické léky a dostatek tekutin (Tidy, 2017).

2.3.1 Inkontinence

Močová inkontinence je stav, při kterém dochází k samovolnému úniku moči. Kontinence je ovlivněna věkem, obezitou, těhotenstvím, počtem porodů, užívanými léky, úrazy či operacemi v malé pánvi, ale i kvalitou tkání (Vilhemová, 2011, s. 97). Podle příznaků ji lze rozdělit na několik typů. Stresová inkontinence moči se projeví nechtěným únikem moči při zvýšení nitrobřišního tlaku, a to při kýčání, kašli či při námaze. Samovolný únik moči spojený s nutkáním se nazývá urgentní inkontinence moči. Projevy těchto obou typů se označuje jako inkontinence smíšená. Posturální inkontinence je únik moči, který je spojený se změnou polohy těla. Jako noční enuréza je označován nechtěný únik moči během spánku. Při stížnosti na trvalý únik moči se jedná o neustálý únik moči. Pokud žena neví, jak došlo k úniku moči, termín zní nevědomý únik moči. Koitální únik moči je spojený se souloží (Mašata, 2019, s. 295).

Diagnostickými nástroji při močové inkontinenci jsou anamnéza, fyzikální vyšetření včetně gynekologického nálezu, ultrazvukové vyšetření, mikční deník, cystoskopie a urodynamické vyšetření (Hiblbauer, 2011, s. 19).

Konzervativní terapie stresové inkontinence zahrnuje zejména podporu pánevního dna pomocí speciálního cvičení, což má za cíl posílit podpůrné struktury močové trubice. Z farmakologické léčby se podávaly zejména alfa-sympatomimetika a některá antidepresiva. Dnešní farmakologie však zahrnuje jen hormonální substituční terapie, kterou lze podávat i v lokální formě vaginálně. Hlavní možností terapie stresové inkontinence je však jednoznačně operační (Šottner, 2021, s. 15). Mezi nejčastěji využívané chirurgické metody patří tahu-prosté pásky, neautologní pásky, autologní slingové operace nebo kolposuspenze, a to buď otevřené nebo laparoskopické (Ryšánková, 2021, s. 63). Zlatým standardem léčby ženské močové inkontinence stresového typu se stala retropubická páska TVT, kterou v dnešní době nahradila ještě více využívaná metoda transobturátorové pásky TOT (Šottner, 2021, s. 16).

2.3.2 Hyperaktivní močový měchýř

Definice hyperaktivního močového měchýře, označovaného také jako OAB – overactive bladder, zní jako soubor příznaků, které ukazují na možnou dysfunkci dolních močových cest. Hlavním symptomem je urgence, doprovázená polakisurií a nykturií. Urgence je náhlý pocit silného nucení na močení, který je vůlí obtížné potlačit. Tento příznak výrazně ovlivňuje kvalitu života žen. Polakisurie je definována jako frekvence močení častěji než osmkrát za 24 hodin. Probouzení se jednou či vícekrát za noc kvůli močení se nazývá nykturie. Pokud je urgence doprovázena též inkontinencí, hovoří se o tzv. mokřém hyperaktivním močovém měchýři. Jeli však žena kontinentní, používá se termín suchý hyperaktivní močový měchýř (Krhut, 2011, s. 8).

Diagnostika OAB je založena na anamnéze, mikční kartě, lokálním klinickém vyšetření, vyšetření moči, urodynamice a uroflowmetrii se stanovením rezidua. Údaje získané tímto způsobem je většinou dostačující k rozhodnutí o zahájení léčby hyperaktivního měchýře (Krhut, 2005, s. 190).

Léčebné postupy lze rozdělit do čtyřech základních skupin. V prvním případě je možné ovlivnit funkci močového měchýře pomocí tréninku pravidelného močení, psychoterapie, hypnózy, biofeedbacku nebo akupunktury. Co se týče chirurgické léčby, nejčastěji se používá distenze močového měchýře. Další možností je elektrická stimulace. Základní skupinou léků

v medikamentózní terapii jsou anticholinergní látky. V praxi se také používají tricyklická antidepresiva, lokální aplikace estrogenů a intravezikální aplikace botulotoxinu (Mašata, 2007).

Základní modalitou současné terapie syndromu OAB však zůstává úprava režimových opatření, kde se klade důraz na vyhnutí se omezování příjmu tekutin a nadměrné konzumace močopudných látek (Šottner, 2020, s. 228).

2.3.3 Evakuační poruchy

Poruchy vyprazdňování jsou poruchy pociťované v průběhu močení. Potíže s vyprazdňováním moči nejsou sice spojeny s vysokou mortalitou nebo morbiditou, mají ale vliv na kvalitu života postižené pacientky. Nejedná se o nemoc v pravém slova smyslu, ale o symptom nejružnějších patologických stavů (Baumová, 2008, s. 197). Pokud žena udává sníženou rychlost vyprazdňování, jedná se o zpomalený proud. Přerušovaný proud moči se popisuje jako přerušování proudu opakovaně v průběhu jednoho močení. Problém se zahájením mikce s následkem opoždění startu mikce se nazývá retardace nástupu mikce neboli porucha iniciace. Namáhavé močení je pojem pro nutnost svalové podpory k zahájení močení či zlepšení proudu moči. Termín pro prodloužené finální domočení, které může vést až k dokapávání moči, je koncové domočování (Martan, 2006, s. 24; Klečka, 2012, s. 76). Rozstřík proudu moči je stížnost na to, že průtok moči je spíše postřík než jediný diskrétní proud. Pokud si žena stěžuje, že se její močový měchýř po vymočení ještě zcela nevyprázdnil, jedná se o pocit nevyprázdněného močového měchýře. Mezi evakuační poruchy mikce patří i opakované močení, kdy je nutné se jít vymočit krátce poté, co již k vymočení došlo. Močová retence se definuje jako nemožnost vymočit se i přes vytrvalou snahu (Haylen, 2010, s. 6).

2.4 Diagnostika evakuačních poruch mikce

2.4.1 Anamnéza

Odběr anamnézy začíná rodinnou zátěží a pokračuje osobní anamnézou a poté gynekologicko-porodnickou. Urologická, sociální a pracovní anamnéza hraje také svou roli při stanovení diagnózy. Používají se různé dotazníky, i pro hodnocení kvality života. Otázky se týkají frekvence mikce, urgency, začátku obtíží, inkontinence. Důležité je zjistit, které symptomy obtěžují ženu nejvíce. Anamnéza také zjišťuje, zda žena používá antiinkontinenční pomůcky. Dotazy směřují na nemoci a léky, ovlivňující případně funkci dolních močových cest. Součástí jsou také otázky na operační výkony, počet a způsob porodů, defekační funkce a sexuální funkce (Martan, 2011, s. 40; Krhut, 2011, s. 53).

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Součástí fyzikálního vyšetření je gynekologické vyšetření, které začíná aspekcí, kde se sleduje poševní vchod, stav hráze, zevní ústí uretry a sestup poševních stěn a případně dělohy. Toto vyšetření se provádí v klidu i při zatlačení. Metoda k vyhodnocení volných stahů a určení stavu svalů pánevního dna, je jejich palpace. K odhalení patologií v oblasti S2 - S5 se provádí vyšetření perineálního a perianálního cití. Dále se vyšetřuje anální a bulbokavernózní reflex (Martan, 2011, s. 28).

2.4.3 Ultrazvuk

V urogynekologii je ultrazvukové vyšetření velmi důležitá metoda. Provádí se transabdominální, transperineální, introitální a endoanální ultrazvuk. Základem je popsání mobility uretry a patologií ve tvaru močového měchýře a rekta. Lze také prokázat divertikl uretry, cystu v pochvě, cizí těleso v měchýři nebo myom na děloze. Ultrazvukem je možné vyšetřit i stěnu močového měchýře, integritu svěračů rekta, ale i přítomnost defektů svalů pánevního dna (Mašata, 2020, s. 318).

2.4.4 Uroflowmetrie

Vyšetření, které se nazývá uroflowmetrie se využívá především k měření síly proudu moči při močení, kdy pacientka močí do speciálně upravené toalety. Na průtokoměru se hodnotí proud moči, zda je přerušovaný či kontinuální. Dále se sledují parametry jako maximální a průměrný průtok moči, mikční objem, doba močení, délka mikce a rychlost močení. Průtok moči se zadává v ml/s. Naměřené hodnoty se interpretují pomocí normogramů. Na základě zjištěných hodnot a tvaru křivky probíhá vyhodnocení výsledků uroflowmetrie. Normální mikci zobrazí křivka, kde je vidět souvislý proud moči. Naopak přerušovaný proud, slabý či dlouhotrvající, může znamenat sníženou kontraktilitu detruzoru, dysfunkční mikci nebo detruzoro-sfinkterickou dyssynergii. Zvýšené trvání močení a snížený proud moči, může být způsobeno sníženou kontraktilitou detruzoru nebo infravezikální obstrukcí. Pro provedení průtokoměru je důležitý mikční objem, který by měl být alespoň 100 – 150 ml (Horčíčka, 2017, s. 41).

2.5 Léčba evakuačních poruch mikce

2.5.1 Behaviorální terapie a fyzioterapie

Ženám by měla být nejprve nabídnuta behaviorální terapie, která zahrnuje úpravu životního stylu a nácvik močového měchýře, zejména vyprazdňování v pravidelných intervalech (Raheem, 2013).

Co se týče změny životosprávy, doporučuje se zejména dietní opatření, redukce příjmu alkoholu, redukce příjmu nápojů s obsahem kofeinu, optimální příjem tekutin, regulace obstipace a úbytek hmotnosti.

Cílem tréninku močového měchýře je znovu dosáhnout kortikální kontroly mikčního reflexu, která může být oslabena či ztracena z důvodu vzniku idiopatické hyperaktivity detruzoru. Základem tréninku je vedení mikční karty, kdy pacientka dostane informaci o mikčních intervalech a porcích. V další fázi se pokouší intervaly mezi mikcemi prodlužovat.

Předpokládá se, že i cvičení svalů pánevního dna lze ovlivnit statistická složka, kdy se zvýší klidový tonus pánevního dna, tak i dynamická složka, kdy volní kontrakce a relaxace svalů dna pánevního inhibuje nastupující kontrakci detruzoru. Je nutné naučit pacientku cíleně, izolovaně a volně aktivovat svaly pánevního dna. V začátcích lze využít i terapii vaginální elektrostimulací a to v kombinaci s biofeedbackem a cviky s reflexní aktivací svalů pánevního dna. Fyzioterapie by měla být součástí komplexního léčebného postupu, tudíž je využívána i v kombinaci s farmakologickou terapií (Krhut, 2011, s. 90).

Behaviorální léčba a fyzioterapie je obzvláště popsána pro poruchy mikce ve smyslu hyperaktivního močového měchýře, ale dá se předpokládat, že těmito opatřeními a metodami se dají ovlivnit i evakuační poruchy mikce.

2.5.2 Farmakologická terapie

Medikamentózní léčba většinou zahrnuje agonisty muskarinových receptorů, jako je například Bethanhol, nebo i inhibitory cholinesterázy, což je například Distigmin. Dosud však nejsou žádné prokázané studie, že by parasimpatikomimetika byla schopna vyvolat či posílit kontrakce detruzoru. I tak ale mohou mít klinický účinek, že pocit naplněného močového měchýře lze rozpoznat dříve zvýšením svalového tonusu močového měchýře, a proto jsou pro některé pacientky přínosem.

Další možností je snížit výtokový odpor pomocí alfa blokátorů, které mohou usnadnit močení, ale jejich nežádoucím účinkem je vyvolání nebo zvýšení stresové inkontinence moči (Raheem, 2013).

2.6 Gynekologické operace

2.6.1 LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Pod názvem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) rozumíme takovou operaci, kdy je část operačního výkonu vykonána laparoskopicky a poté děloha odstraněna vaginální cestou. Uterinní tepny lze koagulovat a protít z poševního přístupu nebo laparoskopicky (Mára, 2009, s. 92).

Indikace k LAVH lze rozdělit do tří hlavních okruhů. Do první skupiny řadíme nezhoubné choroby dělohy a adnex. Prekancerózy děložního hrdla, těla a vaječníku lze zařadit do druhé skupiny. A třetí část tvoří karcinomy endometria a děložního hrdla v ranném stádiu.

Operační technika: V první fázi se po přípravě operačního pole zavádí děložní manipulátor. Druhá fáze začíná založením pneumoperitonea a zaváděním laparoskopických portů. Ve třetí fázi dochází k protěti oblého vazů a při současně adnexektomii k disekci infundibulopevického ligamenta. Při ponechání adnex se provede disekce uteroovarického vazů. Po prostrižení vezikouterinní plíky a sesunutí močového měchýře následuje izolace děložních cév a jejich okluze při děložní hraně. Nyní se pokračuje vaginální cestou. Klasická cirkulární incize s otevřením přední i zadní exkavace je již součástí čtvrté fáze LAVH. Dále se provede protěti a ligatura sakrouterinních vazů. Po odstranění preparátu proběhne kontrola pahýlů a následuje sutura poševní sliznice. Pátá a zároveň poslední fáze operace spočívá v obnově kapnoperitonea a laparoskopické kontrole operačního pole. Výkon je ukončen odstraněním portů a suturou břišních řezů (Holub, 2005, s. 107; Mára, 2009, s. 93).

2.6.2 VH – vaginální hysterektomie

Vaginální hysterektomií rozumíme odstranění dělohy z vaginálního přístupu bez adnexektomie nebo s adnexektomií. V současnosti se jako indikace k VH nejčastěji uvádí myomy, metroragie, prekancerózy děložního čípku, bolesti v podbříšku, adenomyóza a sestup genitálu. K provedení VH by měly být zhodnoceny podmínky v podobě pohyblivosti dělohy, prostornosti pochvy, velikosti dělohy či parity (Holub, 2005, s. 119; Mára, 2009, s. 91).

Operační technika se může lišit v závislosti na anatomických podmínkách. Provádí se tedy standardní VH, VH při objemné děloze nebo VH při sestupu či prolapsu rodidel.

Operační technika: Na začátku standardní VH se před cirkumcizí provádí infiltrace vazopresorickou látkou, například Suprakainem, který snižuje vnímání bolesti z operačního pole v bezprostředním pooperačním období. Cirkumcize by měla být tvar obrácené kapky, protože umožňuje snadnější přístup k ošetření nadbytečného peritonea Douglasova prostoru a nezkracuje se tím délka pochvy. Prostříhne se cervikální fascie a následuje nízká amputace hrdla. Močový měchýř se preparuje ostře a poté dojde k prostřížení vesikouterinní plíky. Další fází je podvázání a protnutí sakrouterinních a kardinálních vazů, což umožní stažení dělohy a po odstrižení zbytku děložního parametria a struktur děložních rohů se provede exstirpace dělohy. Po odstranění dělohy je třeba revidovat adnexa zrakem či palpačně. Konečnou fází operace je uzavření peritoneální dutiny, zavěšení poševního pahýlu a jeho sešití. Peritoneální dutinu lze uzavřít jedním cirkulárním stehem nebo dvěma poloobloučkovými stehy. Oba způsoby zabírají i pahýly vazů. Určitými stehy se zavěsí poševní pahýl, a nakonec se jednotlivými stehy uzavře poševní stěna (Macků, 1995, s. 379; Holub, 2005, s. 126).

2.6.3 Poševní plastiky

Přední poševní plastika – kolporrhaphia anterior

Indikací k přední poševní plastice, kdy se provádí jako samostatný výkon, je izolovaná pulzní cystokéla. Většinou je ale součástí vaginální hysterektomie nebo Amreichovy fixace pochvy na ligamentum sacrospinusum. Vytvoření pevného valu pod uretrovezikální junkcí z diaphragma urogenitale a pubocervikální fascie je hlavním principem této operace.

Operační technika: Prvním krokem je přední kolpotomie, která se provádí ve střední čáře od zevního ústí močové trubice až po úpon pochvy na děložní hrdlo. Poté se do tkáňových kleští uchopí okraje poševní stěny a následuje tupá preparace uretrovaginálního a vezikovaginálního prostoru. Po preparaci močového měchýře se provede sutura urogenitálního diafragmatu, která začíná sešitím pilířů močového měchýře. Používají se atraumatické návleky a pevný vstřebatelný materiál. Zakládají se U-stehy ve dvou až třech vrstvách tak, aby se docílilo pevné podpory UV junkce. Poslední fází výkonu je sešití poševní stěny (Halaška, 2004, s. 111; Macků, 1995, s. 362).

Zadní poševní plastika – kolpoperineoplastika

Zadní poševní plastika bývá obvykle součástí společných výkonů s přední poševní plastikou, ale může být indikována jako samostatný výkon při izolované rektokéle.

Operační technika: Prvním krokem je střední zadní kolpotomie a pomocí nůžek se preparuje a protíná se poševní stěna až do zadní klenby. Okraje se zachytí do nástrojů a provádí se preparace rektovaginálního prostoru hluboko do stran až k mediálním okrajům levátorů. Další fází je sešití rektovaginálního septa, které začíná založením stehu na vrchol střední incize zadní poševní stěny. Poté se sešije rektovaginální fascie shora dolů a sutura se ukončí v úrovni poševního vchodu. Dále se pokračuje suturou poševní stěny a zároveň podslizničního vaziva. Pokud jsou sešity póly příčné incize, přechází se na suturu vazivové a svalové struktury hráze, a nakonec se sešije kůže hráze (Halaška, 2004, s. 115; Macků, 1995, s. 367).

2.6.4 Suburetrální pásky

Tahuprostá suburetrální páska nebo transobturátorová páska jsou v dnešní době označovány jako standardní operační léčba stresové inkontinence moči u žen (Kolombo, 2009).

Jedná se o polypropylenové pásky různé délky, které se ukládají ve střední třetině močové trubice (Horčíčka, 2017, s. 72).

Principem účinku tahuprostých vaginálních pásek je zastavení pohybu uretry a tím eliminovat příčiny stresové inkontinence, která je způsobena hypermobilitou močové trubice. Dalším principem je navýšení intrauretrálního tlaku (Adamík, 2020, s. 343).

2.6.4.1 TVT (tension free vaginal tape) – tahuprostá vaginální páska

Tento druh pásky se zavádí retropubicky a při této technice je snaha nahradit poškozená pubouretrální ligamenta a přispět k podpoře střední uretry.

Operační technika: Po celkové přípravě operačního pole se provede bilaterální suprasymfyzeální incize, kudy jsou později vedeny jehly s páskou. Následuje mediální naříznutí přední poševní stěny, které začíná asi 1 cm od zevního ústí uretry. Z této incize se provede tenkými nůžkami parauretrální disekce dvou kanálů směrem k symfýze. Po dobu výkonu je v močovém měchýři zaveden Foleyův katetr, ve kterém je umístěn kovový vodič a tím je umožněno manipulovat s močovou trubicí v průběhu operace. K zavaděči fixovaná jehla se zavede do parauretrálního prostoru a tlakem proniká perineální membránou. Probíhá Retziovým prostorem, fascií a podkožím skrz suprapubickou incizi. Totéž se opakuje na druhé straně. Jehly se nechají zavedené a provede se cystoskopie, zda nedošlo k poškození stěny močového měchýře. Následuje protažení pásky, odstrižení jehel a provádí se tzv. kašlací test. Pokud tekutina při kašli výrazně uniká, je potřeba pásku více dotáhnout. Stažením plastového krytu z pásky dojde k její fixaci k okolním tkáním. Posledním krokem je odstrižení zbytku pásky, sešití poševní stěny a sutura kůže (Martan, 2011, s. 59).

2.6.4.2 TOT, TVT-O (transobturator tape) – transobturátorová páska

Tento druh pásky se zavádí suburetrálně přes obturatorní membránu a svaly a vychází skrz adduktory ven. Zavedení pásky je možné zevnitř ven (inside out) a zvenku dovnitř (outside in) (Adamík, 2020, s. 345).

Operační technika: Jako první krok výkonu, po přípravě operačního pole, se provede suburetrální řez začínající asi 1 cm od zevního ústí močové trubice. Okraje poševní sliznice se zachytí do kleští, uvolní se sliznice poševní od okolní tkáně a následuje tupá preparace k dolnímu okraji ischiopubického ramu os pubis a pokračuje za něj nůžkami. Do připraveného tunelu, který končí u m. obturatorius internus, je zaveden křídélkový žlábkový vodič a do něj je umístěna plastová jehla na spirálovém zavaděči. Operatér proniká jehlou m. obturatorius internus, membránou foramen obturatorium, m.obturatorius externus, adduktory, podkožím a nakonec kůží. Následně je vyjmut kovový vodič a vytáhne se plastová jehla spojená s páskou, která je kryta plastovým obalem. Totéž se provede na druhé straně. Poté se páska dotáhne, odstříhnou se plastové jehly a zkontroluje se podpora močové trubice. Nakonec se z pásky stáhne plastový kryt a provede se sutura poševní stěny. Pokud nenastalo krvácení z kožních incizí, sešítí se neprovádí (Martan, 2011, s. 65).

2.6.5 Komplikace gynekologických operací

Obecně lze operační komplikace rozdělit na peroperační, neboli bezprostřední, časně a pozdní komplikace. Do intraoperačních komplikací lze zařadit krvácení, anesteziologické komplikace, anafylaktický šok či poranění okolních orgánů. Mezi časně pooperační komplikace patří infekce, zánět, tromboembolická nemoc, retence moči, paralytický ileus, oligurie až anurie, dehiscence operační rány, zhoršení původního onemocnění, porucha hybnosti, tvorba píštělí nebo zapomenuté předměty v pochvě či dutině břišní (Roztočil, 2011, s. 297).

Tato kapitola se bude zabývat zejména poraněním močových cest při gynekologických operacích, která mohou být příčinou poruch močení. K poranění může dojít nepozorností během operačního výkonu, například v nepřehledném terénu nebo při rozrušování srůstů. Dle lokalizace lze rozdělit poranění močových cest na: poranění uretry, močového měchýře, poranění ureterů ve vyšší lokalizaci či v lokalizaci juxtavezikální. Rozlišit lze i podle typu poranění, a to na: laceraci, perforaci, zhmoždění, termické poranění, prošíání stehem či kompletní sevření stehem (Halaška, 2004, s. 163).

2.6.5.1 Poševní plastiky

Při provádění poševní plastiky představuje riziko především špatná operační technika či nepozornost operátora. Může se poranit močová trubice nebo lze dojít k otevření stěny močového měchýře. Poranění uretry se ošetří na cévce jednotlivými stehy. Pro ošetření poraněné stěny močového měchýře je důležité dostatečné její sesunutí a sešití vstřebatelným materiálem ve dvou vrstvách extramukózně. Musí následovat i kontrola těsnosti sutury náplní močového měchýře a dostatečně dlouhá suprapubická derivace.

2.6.5.2 Hysterektomie

U hysterektomie je nejčastější komplikací poranění stěny močového měchýře, a to u nalézání správné disekční vrstvy u vesikouterinní plíky. Ošetření se provádí již popsaným způsobem. Při hysterektomii se mohou poranit uretery při odchýlení operátora od děložních hran. Jedinou prevencí poranění močovodů je přísné sledování děložních hran i při vaginální operaci (Feyereisel, 2003).

2.6.5.3 Suburetrální pásky

Operační komplikace se dělí na intraoperační a časné, kam patří krvácení, zánět, perforace močového měchýře a uretry a na komplikace pozdní, mezi které se řadí krvácení a zánět, mikční poruchy, recidiva inkontinence nebo de novo vzniklý hyperaktivní močový měchýř. Infekční komplikace lze léčit podle kultivace moči a zvýšením příjmu tekutin. Mikční obtíže je možné do jisté míry zmírnit pomocí fyzioterapeuta.

Nejčastější komplikací při zavádění suburetrální pásky je perforace močového měchýře zavaděčem pásky. Proto je u metody TVT doporučena cystoskopická kontrola. V případě krvácení provede operátor komprese prsty, následuje zavedení tamponády a při oběhové nestabilitě je nutné provést laparotomickou revizi. Raritní komplikací může být krvácení z poraněných velkých cév při stěně pánve, vnikající při nepozorném operování. Hyperelevace močové trubice může způsobit postoperační retenci moči, a proto je nutné pásku umístit maximálně do oblasti střední uretry a nesmí být příliš napjatá (Halaška, 2004, s. 169).

Možnou komplikací suburetrálních pásek může být hyperkorekce močové trubice, která se projeví výtokovou obstrukcí. Lze pozorovat příznaky jako polakisurie, dysurie, urgence, parciální až totální retence a někdy i inkontinence (Feyereisel, 2003).

2.7 Ošetrovatelská péče o ženu po vaginální operaci

U většiny operací, které se provádějí v celkové anestezii je pacientka sledována na pooperačním pokoji. Po nabytí vědomí a stabilizaci životních funkcí je předána na příslušné oddělení. Po malých výkonech je to standardní oddělení, po větších operacích nebo u rizikových pacientek je to jednotka intenzivní péče (Schneiderová, 2014, s. 262).

Bezprostřední pooperační péče zahrnuje monitoraci vitálních funkcí – krevní tlak, tepovou a dechovou frekvenci, saturaci krve, stav vědomí, prokrvení kůže a sliznic, reflexy. Dále je nutné kontrolovat krytí operační rány, drény, katetry a zajistit tepelný komfort pacientky. Důležité je zajistit protišoková opatření a tlumení bolesti (Rob, 2008, s. 66).

Následná pooperační péče zahrnuje neustálé sledování životních funkcí, kontrolu krvácení, tlumení bolesti, rehydrataci, ale také monitoraci vyprazdňování močového měchýře. O veškerém sledování musí být veden záznam.

Pokud je zaveden permanentní katetr močového měchýře, měří se množství moči za den. Měřit by se měla i moč získaná cévkováním, ale spontánně vymočená. Zaznamenávají se i odpady z drénů.

Co se týče pooperačního režimu, nabízí se pacientce série hlubokých vdechů, pohyby horních i dolních končetin, přetáčení z boku na bok. To vše jako součást prevence tromboembolických komplikací po operaci.

Dle ordinace lékaře se mohou podat tekutiny a léky tlumící bolest. Následující pooperační režim se odvíjí od typu operačního výkonu. Týká se zejména sledování fyziologických funkcí, rehydratace, sledování operační rány, rehabilitace a stravy. Nesmí se opomenout také psychický stav operované. Dodržuje se psychoterapeutický přístup (Macků, 1995, s. 43).

Při výkonech v dutině břišní a v malé pánvi a zároveň vlivem působení anestezie, může dojít k přechodné paréze zažívací trubice a močového měchýře. Tento defekt se projeví neschopností se spontánně vymočit, zástavou odchodu stolice a plynů, přechodným vymizením peristaltiky střev nebo atonií žaludku. Pokud se pacientka do 6 až 8 hodin po operaci nevymočí, musí se jednorázově vycévkovat. Pokud se močení ani poté neobnoví, zavede se permanentní močový katetr. Obnova peristaltiky závisí na typu operace a může trvat i několik dní. Podpořit to lze zavedením rektální rourky, pohybovou aktivitou nebo pomocí léků. Tekutiny a výživa se pak podávají postupně dle stavu (Schneiderová, 2014, s. 265).

2.8 Role porodní asistentky v dispenzární péči

V současné době má porodní asistentka velmi významnou a důležitou roli v primární péči a tou je edukační role. Edukace v tomto případě by měla přispět k přecházení nemoci, udržení či navrácení zdraví nebo přispět ke zkvalitnění života klientky (Juřeníková, 2010, s. 11). Součástí práce edukační porodní asistentky je aktivní vyhledávání problémů a zjišťování edukačních potřeb, což je možné provádět pozorováním, rozhovorem, zjišťováním informací z dokumentace, ale dalším zdrojem může být i rodinný příslušník (Schindlerová, 2013).

Místem, kde je schopna porodní asistentka nejvíce přispět a pomoci s edukací ohledně močových obtíží, je gynekologická nebo urogynekologická ambulance. Tady se pacientky nejčastěji svěřují s potížemi s močením a hledají řešení. Základní diagnostikou v každé ambulanci je anamnéza. Často jsou ale subjektivní údaje pacientek ohledně mikčních obtíží nepřesné, proto je vhodné, aby porodní asistentka kladla cílené otázky nebo použila dotazník. Existují různé varianty dotazníků, ale lze doporučit i několik otázek k orientaci na mikční problémy. Jak dlouho pociťujete obtíže s močením? Jak často močíte v průběhu dne? Uniká moč při kýchnutí? Jaký je příjem tekutin za den? Důležité je, aby porodní asistentka upozornila pacientku na to, že by si měla vést mikční deník (Fait, 2009, s. 63).

Edukovat by porodní asistentka měla i v rámci terapie, a hlavně pacientku motivovat a podpořit v léčbě. V rámci režimových opatření nabádá k úpravě životosprávy, ke snížení tělesné hmotnosti, pokud je klientka obézní. Dále doporučuje dostatečný příjem tekutin a péči o pravidelnou stolici. Porodní asistentka by měla také dávat instruktáž o správných pohybových stereotypech, jako prevence zvýšení tlaku na pánevní dno (Ryšánková, 2021, s. 62). Velmi důležitou součástí je, aby porodní asistentka podrobně informovala o možnosti rehabilitační terapie, která je vhodná jako první krok léčby, zlepší funkce svalů pánevního dna a redukuje možné operační řešení močových obtíží. Porodní asistentka poučí, provede nácvik s pacientkou a doporučí dodržování frekvence cvičení (Fait, 2009, s. 70).

Porodní asistentka by měla hlavně pacientce poskytnout psychickou podporu a nabádat ji k trpělivosti, protože některé močové obtíže bývají často dlouhodobějšího rázu a klientky pak propadají frustraci, beznaději nebo sníženému sebehodnocení (Slezáková, 2017, s. 458).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Průzkumné šetření se zabývalo evakuačními poruchami mikce po vaginálních operacích. Poruchy vyprazdňování jsou potíže, které jsou pociťovány v průběhu močení. Jedná se o slabý proud moči, změny průtoku moči, intermitentní proud, retardace nástupu mikce, zvýšení nitrobřišního lisu pro iniciaci močení či pocit nevyprázdněného močového měchýře. Vaginální operace, kterými se zabývalo toto průzkumné šetření, byly hysterektomie, přední poševní plastiky a suburetrální pásky. Vzhledem k epidemiologické situaci, která nastala v České republice, se muselo přistoupit k jinému návrhu průzkumné části. Původním plánem praktické části bylo zkoumat ženy v prvních dnech po operaci. Bohužel byla zrušena veškerá plánovaná operativa. Tudíž se diplomová práce zabývá mikčními problémy žen, jež podstoupily vaginální operaci před 12 až 24 měsíci. Jelikož se jednalo o respondentky, které podstoupily operační výkon před rokem až dvěma, bylo nutné s nimi vyplnit dotazník telefonicky.

V praktické části diplomové práce jsou popsány výzkumné otázky, metodika výzkumu, charakter výzkumného vzorku a metodika zpracovaných dat.

3.1 Průzkumné otázky

1. Jaká je četnost výskytu evakuačních poruch mikce po vaginálních operacích?
2. U které ze tří vaginálních operací se vyskytují nejčastěji evakuační mikční obtíže?
3. Která z evakuačních poruch mikce se objevuje nejčastěji?
4. Jak moc jsou evakuační poruchy mikce pro ženy obtěžující?

3.2 Metodika průzkumu

Pro průzkumné řešení diplomové práce byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum se provádí za pomoci získávání dat o četnosti výskytu něčeho, co již proběhlo nebo právě probíhá. Účelem tohoto šetření je získat měřitelná číselná data (Kozel, 2011, s. 677).

Jako nástroj sběru dat byl použit dotazník, který je součástí příloh této diplomové práce (viz. příloha A na str. 68). Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři (Kutnohorská, 2009, s. 41). Tento dotazník byl vytvořen pomocí modulů ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), které poskytuje Mezinárodní dotazník pro konzultace o inkontinenci. Na základě těchto modulů byl dotazník vypracován, ale žádný konkrétní ICIQ dotazník nebyl použit. Byly využity nejen moduly evakuačních poruch močení, ale i otázky vztahující se k jiným mikčním poruchám, do kterých jsou zahrnuty i problémy s inkontinencí. Dotazník vytvořený z otázek pomocí modulů ICIQ byl doplněn ještě

identifikačními otázkami. V úvodu dotazník obsahoval krátký text, seznamující respondentku s názvem a účelem diplomové práce, mou osobou jako výzkumníkem a o dobrovolnosti dotazníku, včetně informací o způsobu zajištění anonymity. Tyto informace byly každé respondentce řečeny na začátku telefonického rozhovoru.

V tomto nástroji sběru dat byly použity otázky uzavřené dichotomické, otevřené polytomické a také škálového typu. První tři měly identifikační charakter, tedy dotaz na věk, na druh operace, kterou podstoupily a na rok, kdy jim byla vaginální operace provedena. Otázky číslo 4, 5, 6, 7, 8, 14 a 17 se týkaly přímo evakuačních poruch mikce. Další otázky (9, 10, 11, 12, 13, 15 a 16) směřovaly na jiné mikční potíže, například inkontinenci, hyperaktivní močový měchýř nebo zánětlivá onemocnění močového měchýře. Poslední dotaz číslo 18 se zabýval zjišťováním, zda respondentky vyhledaly odbornou pomoc ohledně potíží s močením. Otázky číslo 4 až 14 byly ještě doplněny podotázkou typu B, která vždy zjišťovala, jak moc účastnicím ankety vadí problém s močením, který udaly v její první části. Tento druh otázky byl škálového typu, kdy byla zvolena číselná škála. Hodnotit mohly ženy od čísla 0 až 10, kdy 0 znamená vůbec ne a 10 velice. Tento styl otázek byl použit pro vyhodnocení problémů pacientek, jak moc je pro ně daná porucha močení obtěžující.

Průzkumné šetření bylo zahájeno 1. července 2021 a ukončeno 30. listopadu 2021. Sběr dat začal probíhat na porodnicko-gynekologickém oddělení v nemocnici krajského typu. Nejprve byla podána žádost o schválení výzkumu u vedoucího lékaře oddělení a ta poté byla schválena odpovědným pracovníkem dané nemocnice. Za přítomnosti vedoucího lékaře oddělení byly vypsané potřebné informace z operační knihy a získány telefonní kontakty na respondentky. Následně byly pacientky telefonicky osloveny, informovány o dobrovolnosti zapojení do průzkumného šetření a požádány o spolupráci. Po vyslovení ústního souhlasu s nimi byl vyplněn dotazník. Po dokončení telefonického rozhovoru byly vždy kontaktní údaje respondentky smazány z dokumentů autorky diplomové práce. Všechny odpovědi byly zaznamenány do tabulky v programu Microsoft Office Excel.

Před zahájením samotného sběru dat byla provedena pilotní studie v rámci, které bylo vyplněno 10 dotazníků. Na základě této pilotáže bylo zjištěno, že všechny otázky obsažené v dotazníku jsou srozumitelné a nebylo třeba je již upravovat.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazovanými byly ženy, které podstoupily v roce 2019 nebo 2020 jednu z vaginálních operací. Jedná se tedy o záměrně vybraný soubor respondentek. Výběr pacientek proběhl

v chronologickém pořadí dle operační knihy. Do studie bylo zvoleno 50 žen, které podstoupily vaginální hysterektomii, 50 žen, u kterých byla provedena poševní plastika a 50 žen, které měly implantovány suburetrální pásku pro močovou inkontinenci. Kontaktováno bylo tedy celkem 150 respondentek. Všechny klientky byly ujištěny, že dotazník je zcela dobrovolný a získaná data budou použita pouze ke zpracování průzkumné části diplomové práce a údaje budou uchována jen po dobu průzkumu. Všechny účastnice ankety byly informovány o tom, že hovor mohou kdykoliv ukončit a jejich data budou vymazána. Každá respondentka dostala kontakt na mou osobu, jakožto studentku, která prováděla telefonické rozhovory, aby mohla požádat o smazání dat, pokud by si účast v průzkumu rozmyslela.

Hlavním kritériem pro zařazení do průzkumného šetření byla ochota spolupracovat a vyplnit dotazník. Toto kritérium splnilo celkem 82 pacientek. Dalších 36 respondentek telefon vůbec nepřijalo a 23 žen s průzkumem nesouhlasilo. Zbýlých 9 telefonních čísel již neexistovalo. Tato průzkumná část tedy pracuje se souborem 82 vyplněných dotazníků. Je třeba zmínit, že všechny otázky se týkaly pouze subjektivních pocitů klientek, jejich problémy nebyly hodnoceny na základě nějakých dalších vyšetření. Respondentky se při odpovídání na otázky měly zaměřit na to, jak se cítily za poslední 4 týdny.

3.2.2 Metodika zpracovaných dat

Data získaná z kvantitativního výzkumu byla zaznamenána a zpracována pomocí programů Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel a programu STATISTICA 12. Byly vytvořeny tabulky s absolutními a relativními četnostmi. Absolutní četnost (n_i) představuje sumu jednotlivých odpovědí a relativní četnost (f_i) vyjadřuje poměr absolutní četnosti k rozsahu souboru a je vyjádřena v procentech (Zvárová, 2011. s. 28). K porovnání proměnných byly vytvořeny kontingenční tabulky, ve kterých se v jednotlivých buňkách zobrazí hodnoty, které přísluší konkrétní skupině. Pomocí programu STATISTICA 12 byl proveden test normality souboru podle věku. Pro orientační zhodnocení normality byl vytvořen histogram věkových kategorií. Ke statistickému ověření normality souboru byl použit Shapiro-Willkův test, který byl proveden na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Vypočítaná hodnota tohoto testu stanoví, zda se jedná o normální parametrické rozložení či ne. Dále byl použit Pearsonův chí-kvadrát pro vyhodnocení jedné z výzkumných otázek. I zde byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Tato vypočítaná hodnota určovala, zda se mezi skupinami pacientek vyskytuje statisticky významný rozdíl.

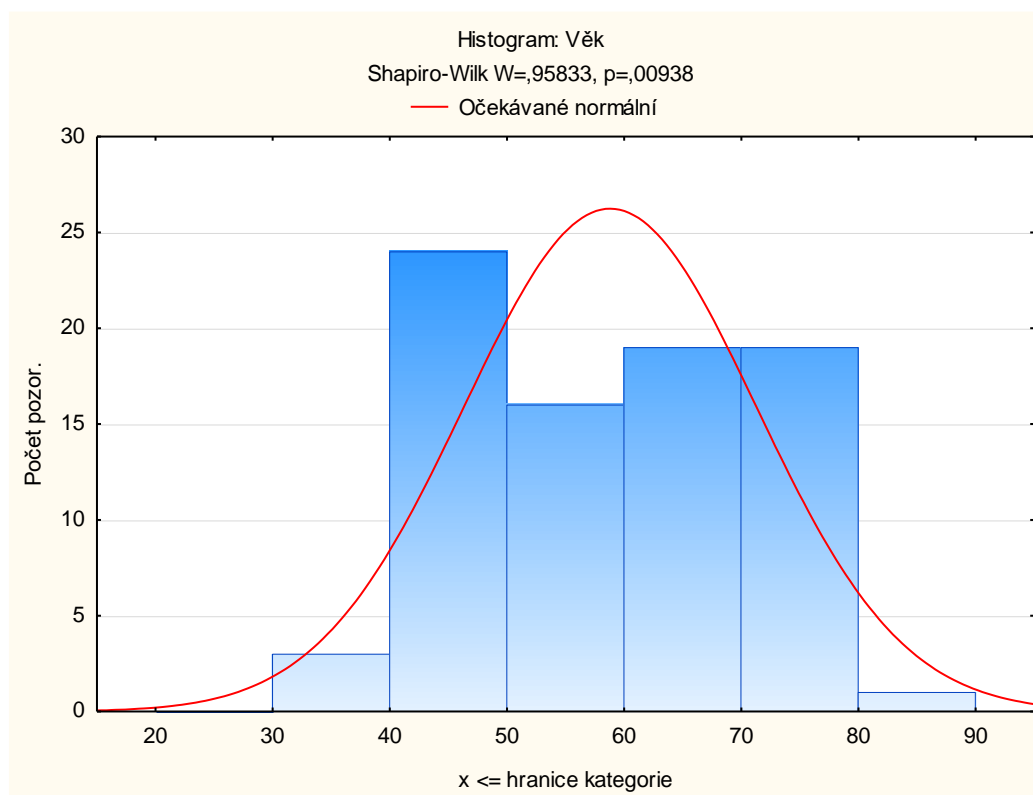
3.3 Prezentace výsledků

V této kapitole jsou uvedeny výsledky kvantitativního průzkumu. Jsou zpracovány pomocí grafů a tabulek.

Věk respondentek v souboru

První otázka v dotazníku se týkala věku respondentek. Pro přehlednost byl věk rozdělen do několika kategorií. Nejpočetnější skupinu představovaly ženy spadající do kategorie 40 až 50 let. Bylo jich 24 (29 %). Další velké zastoupení tvořilo 19 (23 %) respondentek, a to jak v kategorii 61 až 70 let, tak i v kategorii 71 až 80 let. O něco méně, 16 (20 %) žen bylo ve věku 51 až 60 let. Pouze 3 (4 %) pacientky spadaly do kategorie méně než 40 let a jen 1 (1 %) žena vyplnila kategorii 81 až 90 let.

Na základě této otázky bylo možné provést výpočet normality souboru podle věku. Pro ověření normality souboru byl použit Shapiro-Willkův test, u kterého byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Vypočítaná hodnota $p = 0,009$ je nižší než zvolená hladina významnosti. Z toho tedy vyplývá, že data nemají normální parametrické rozložení. Výsledek je zobrazen v následujícím histogramu věkových kategorií (Obrázek č. 1).

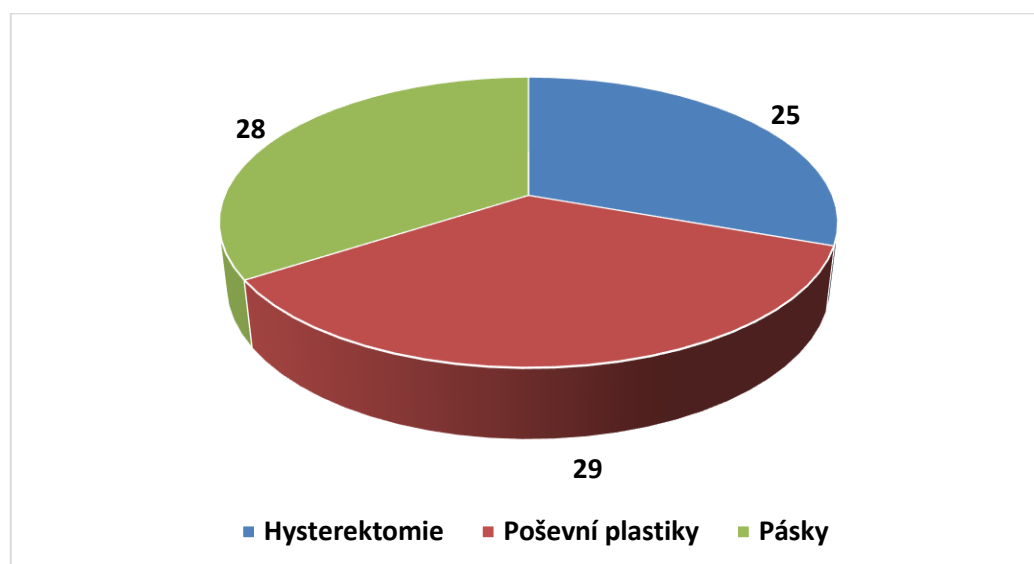


Obrázek 1 Histogram věkových kategorií respondentek v souboru (n = 82)

Tento výsledek, že data nemají normální parametrické rozložení, se dal předpokládat. Určité operace jako jsou vaginální hysterektomie či suburetrální pásky podstupují totiž spíše mladší klientky a operační výkon předních poševních plastik většinou pacientky vyšší věkové kategorie.

Provedené operace u respondentek v souboru

Druhá otázka v dotazníku se týkala typu vaginální operace, kterou respondentky absolvovaly. Celkem 29 (35 %) žen podstoupilo operaci předních poševních plastik. Dalších 28 (34 %) pacientek si nechalo implantovat suburetrální pásku pro močovou inkontinenci. Zbýlých 25 (30 %) z celkového počtu oslovených prodělalo vaginální hysterektomii. Zastoupení jednotlivých typů operací zobrazuje koláčový graf (Obrázek č. 2).



Obrázek 2 Graf typu operace

Problém se zahájením mikce s následkem opožděného startu mikce

Čtvrtá otázka v dotazníku se týkala už přímo jedné z evakuačních poruch a ptala se na to, zda ženám trvá nějakou dobu, než začnou močit. Z celkového počtu respondentek jich 72 (88 %) tvrdí, že nikdy jim netrvá nějakou dobu, než začnou močit. Další 4 (5 %) pacientky mají tento pocit pouze zřídka. Často se s tímto problémem potýká 5 (6 %) respondentek. Pouze 1 (1 %) klientka se trápí s touto poruchou vždy. Všechny odpovědi jsou přehledně zobrazeny v tabulce četností (Tabulka č. 1).

Tabulka 1 Problém se zahájením mikce

Odpověď	n_i	f_i
nikdy	72	88 %
zřídka	4	5 %
občas	5	6 %
často	0	0 %
vždy	1	1 %
Σ	82	100 %

Co se týče 25ti žen po vaginální hysterektomii, pouze 3 (12 %) z nich pocít'ují zřídka, že jim trvá nějakou dobu, než začnou močit. Z 29ti klientek, majících za sebou přední poševní plastiky, udávají 3 (10 %), že potíže mají zřídka a jen 1 (3 %) žena tvrdí, že ji tato porucha trápí občas. Ve skupině respondentek po implantaci suburetrální pásky, dala vždy 1 žena odpověď zřídka, občas a vždy. Zbytek pacientek subjektivně neudává, že by jim trvalo nějakou dobu, než začnou močit.

Z celkového popisu a tabulky vyplývá, že celkově 10 (12 %) respondentek udává nějakým způsobem, že mají problém s retardací nástupu mikce neboli poruchou iniciace močení. Což znamená, že trpí tímto typem evakuační poruchy mikce.

Čtvrtá otázka obsahovala ještě podotázku. Ta zkoumala, jak moc obtěžující je daný problém pro ženy odpovídající, že jim trvá nějakou dobu, než začnou močit. V tomto typu dotazu byla použita číselná škála, kdy 0 znamená vůbec ne a 10 velmi obtěžující. Z 10 žen, které v předchozí otázce udaly, že nějakým způsobem poruchu mají, označila 1 (1 %) pacientka, že jí to vadí na úrovni 3 bodů číselné škály. Další 2 (2 %) ženy daly svému problému 5 bodů číselné škály. Překvapující je, že i další účastnice ankety trpící řešeným problémem uvádějí, že jim to nevadí.

Nutnost svalové podpory k zahájení močení

Namáhavým močením se zabývala otázka č. 5. Co se týče problému, kdy se pacientky musí namáhat nebo tlačit pro zahájení močení, tak 78 (95 %) z nich tvrdí, že touto poruchou netrpí nikdy. Další 3 (4 %) ženy se s tím trápí jen zřídka a 1 (1 %) respondentka udává, že se musí

namáhat nebo tlačit vždy, aby začala močit. Ostatní odpovědi se v této otázce neobjevily. Celková četnost je vyobrazena v následující tabulce (Tabulka č. 2).

Tabulka 2 Nutnost svalové podpory k zahájení mikce

Odpověď	n_i	f_i
nikdy	78	95 %
zřídka	3	4 %
občas	0	0 %
často	0	0 %
vždy	1	1 %
Σ	82	100 %

Pro odpovědi jednotlivých skupin na otázku, zda se respondentky musí namáhat nebo tlačit, aby začaly močit, byla vytvořena kontingenční tabulka, z níž vyplývá, že ty ženy, které udávaly potíže zřídka, byly vždy zastoupeny pouze jednou z každé skupiny. Klientka, která tvrdí, že se musí namáhat vždy, byla po implantaci suburetrální pásky.

Problém, kdy se ženy musí zvýšeně namáhat nebo tlačit, aby začaly močit, patří do evakuačních poruch mikce a trpí jím celkově 4 (5 %) respondentky z 82 oslovených.

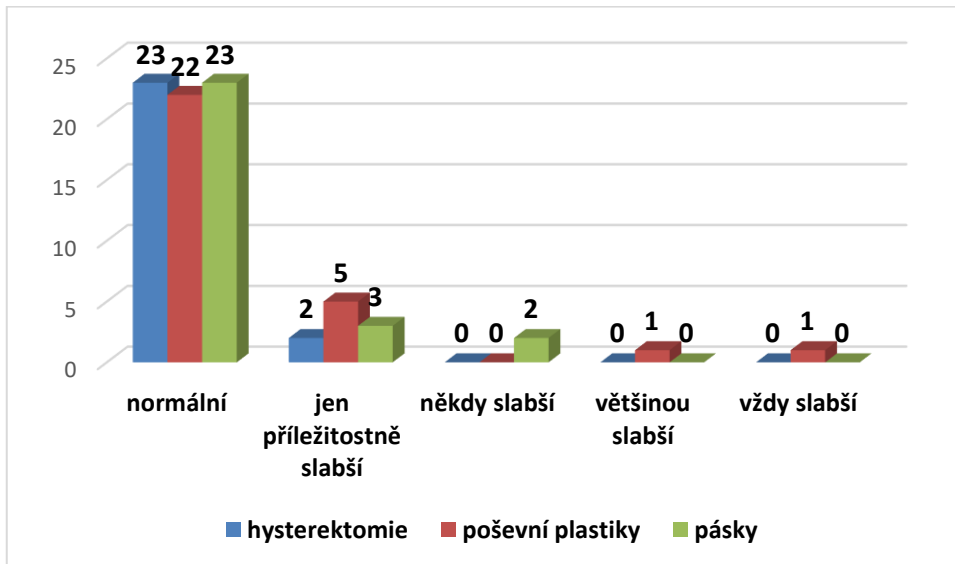
Tato otázka obsahovala také druhou bodovací část. I přesto, že některé klientky udávají, že touto poruchou trpí, ani jedné z nich to nevadí. Všechny respondentky udaly 0 bodů číselné škály. Výsledek se zdá být jako přijatelný, vzhledem k tomu, že pouze 3 z nich udávají potíže jen zřídka. Zajímavé je, že pacientce tvrdící, že tato porucha ji trápí vždy, to nevadí.

Intenzita proudu moči

Další část dotazníku se zabývala tím, jaký je proud moči. Pokud není proud normální, jedná se o evakuační poruchu mikce. Ze všech 82 oslovených respondentek má 68 (83 %) z nich proud moči normální. Celkem 10 (12 %) žen udává, že jejich proud moči je jen příležitostně slabší. Další 2 (2 %) respondentky odpověděly, že někdy mají proud moči slabší. Většinou slabší je odpověď 1 (1 %) pacientky a také pouze 1 (1 %) klientka tvrdí, že její proud moči je slabší vždy.

Pro lepší orientaci odpovědí jednotlivých skupin byl vytvořen sloupcový prostorový graf (Obrázek č. 3), na kterém lze vidět, že nejvíce zastoupenou odpovědí bylo jen příležitostně

slabší. Z toho 5 žen bylo ze skupiny poševních plastik, 2 pacientky po hysterektomii a 3 klientky, které prodělaly implantaci suburetrální pásky. Dvě respondentky udávají, že jejich proud moči je někdy slabší a jsou ze skupiny žen, které mají implantovanou suburetrální pásku. Ze skupiny žen, které prodělaly přední poševní plastiku udává jedna, že její proud moči je většinou slabší a jedna, že vždy je proud moči slabší.



Obrázek 3 Graf intenzity proudu moči jednotlivých skupin

Z grafu vyplývá, že touto evakuační poruchou trpí celkem 14 (16 %) respondentek. Nejvíce z nich je po předních poševních plastikách (7 žen), poté 5 žen po suburetrální pásce a nejméně po vaginální hysterektomii (2 ženy).

Co se týče toho, jak moc klientkám vadí, že jejich proud moči je jiný než normální, tak pouze jedné respondentce to vadí. Pouze jedna pacientka dala 5 bodů z číselné škály tomu, že je daný problém pro ni obtěžující.

Po vyhodnocení výsledků této otázky lze usoudit, že tento typ evakuační poruchy mikce, který se týká intenzity proudu moči, není pro pacientky nijak závažný ani obtěžující.

Přerušované močení opakovaně v průběhu jednoho močení

Dalším typem evakuační poruchy je přerušování močení více než jednou v průběhu močení. To zodpovídá otázka číslo 7 v dotazníku. Z následující tabulky lze vyčíst, že 60 (73 %) respondentek tyto obtíže nemá nikdy. Celkem 15 (18 %) žen udává, že se jim to zřídka stává. Přerušované močení mívají občas 2 (2 %) klientky. Ovšem 4 (5 %) pacientky tvrdí, že tento problém pociťují často. S touto poruchou se pouze 1 (1 %) žena trápí vždy (Tabulka č. 3).

Tabulka 3 Přerušované močení opakovaně v průběhu jednoho močení

odpověď	n _i	f _i
nikdy	60	73 %
zřídka	15	18 %
občas	2	2 %
často	4	5 %
vždy	1	1 %
Σ	82	100 %

Z kontingenční tabulky, která byla utvořena pro přehlednost jednotlivých skupin je vidět, že nejvíce žen, které trápí problém přerušovaného močení, patří do skupiny patientek s implantovanou subuetrální páskou (10 žen). O něco méně je respondentek s tímto problémem, které prodělaly operaci s přední poševní plastikou (8 žen) a nejméně trápí tyto obtíže ženy, mající za sebou vaginální hysterektomii (4 ženy).

Na základě odpovědí na tento problém, zda se přerušuje močení a znovu začíná více než jednou v průběhu močení, je patrné, že tímto typem evakuační poruchy mikce trpí celkem 22 (26 %) respondentek. Tento výsledek 26 % patientek se zdá být celkem jako vysoké číslo, ačkoliv většina z nich udává potíže spíše jen zřídka.

Ze všech účastnic ankety odpovídajících na otázku o přerušovaném močení jinak než nikdy, pouze 2 z nich tvrdí, že jim tento problém vadí. To znamená, že i přesto, že 22 klientek udává tuto poruchu močení, 20ti z nich to vlastně vůbec nevadí. Jedna respondentka vnímá tuto poruchu jako obtěžující na číselné škále 4 body a jedna žena na úrovni 5 bodů číselné škály.

Pocit nevyprázdněného močového měchýře

Jednou z dalších evakuačních poruch mikce je i pocit nevyprázdněného močového měchýře. Tento problém právě řeší 8. otázka. Z následující tabulky četností lze vyčíst, že z 82 dotazovaných odpovědělo 58 (71 %) respondentek, že nikdy nemají po vymočení pocit zcela nevyprázdněného močového měchýře. Zato 12 (15 %) žen tento problém vnímá zřídka. Dalších 8 (10 %) klientek udává, že s touto poruchou se setkává občas. Pocit nevyprázdněného močového měchýře mají často 3 (4 %) pacientky. Pouze 1 (1 %) respondentka tvrdí, že má vždy po vymočení pocit, že se její močový měchýř zcela nevyprázdnil (Tabulka č. 4).

Tabulka 4 Pocit nevyprázdňeného močového měchýře

odpověď	n_i	f_i
nikdy	58	71 %
zřídka	12	15 %
občas	8	10 %
často	3	4 %
vždy	1	1 %
Σ	82	100 %

Je třeba popsat odpovědi i jednotlivých skupin na otázku, zda mají klientky pocit nevyprázdňeného močového měchýře. Celkově se tato porucha nejvíce vyskytuje u skupiny klientek, které prodělaly poševní plastiky (9 žen). Dohromady 8 žen, které jsou po hysterektomii trpí těmito problémy. Nejméně obtíží mají pacientky po implantované suburetrální pásce (7 žen).

Z tabulky vyplývá, že ze všech 82 dotazovaných respondentek má celkem 24 (30 %) z nich po vymočení pocit, že se jejich močový měchýř zcela nevyprázdnil, což znamená, že mají problém s tímto typem evakuační poruchy mikce.

Tento druh evakuační poruchy mikce se zdá být intenzivní. Vyskytuje se celkem u velkého množství respondentek, i přesto, že pouze 1 pacientka tvrdí, že tento problém má vždy. Pocit nevyprázdňeného močového měchýře udává téměř stejný počet klientek v každé skupině, což vyplývá i z výsledků průzkumného šetření.

Druhá část otázky č. 8 se zabývala tím, jak moc ženám vadí pocit nevyprázdňeného močového měchýře. Z celkového počtu 24 respondentek, které udaly nějakým způsobem tuto poruchu, pouze 2 (2 %) z nich udávají, že je to pro ně obtěžující na úrovni 5 bodů číselné škály. Jedna klientka označila tento problém 7 body číselné škály a 1 žena tvrdí, že ji pocit nevyprázdňeného močového měchýře vadí dokonce na úrovni až 9 bodů číselné škály.

Náhlý pocit silného nucení na močení

Problémem s močovou urgencí se zabývala otázka č. 9. Náhlá a naléhavá potřeba močit je další typ poruchy močení, i když nepatří mezi evakuační. Z následující tabulky lze vyčíst, že celkem 49 (60 %) respondentek nemá problém s močovou urgencí nikdy. Poměrně velké množství

19ti (23 %) klientek udává, že s náhlou a nutkavou potřebou močit bojují zřídka. Dalších 10 (12 %) pacientek udalo, že potíže mají občas. Dohromady 3 (4 %) ženy udávají, že se s tímto problémem potkávají často a 1 (1 %) respondentka trpí těmito obtížemi vždy (Tabulka č. 5).

Tabulka 5 Náhlý pocit silného nucení na močení

odpověď	n_i	f_i
nikdy	49	60 %
zřídka	19	23 %
občas	10	12 %
často	3	4 %
vždy	1	1 %
Σ	82	100 %

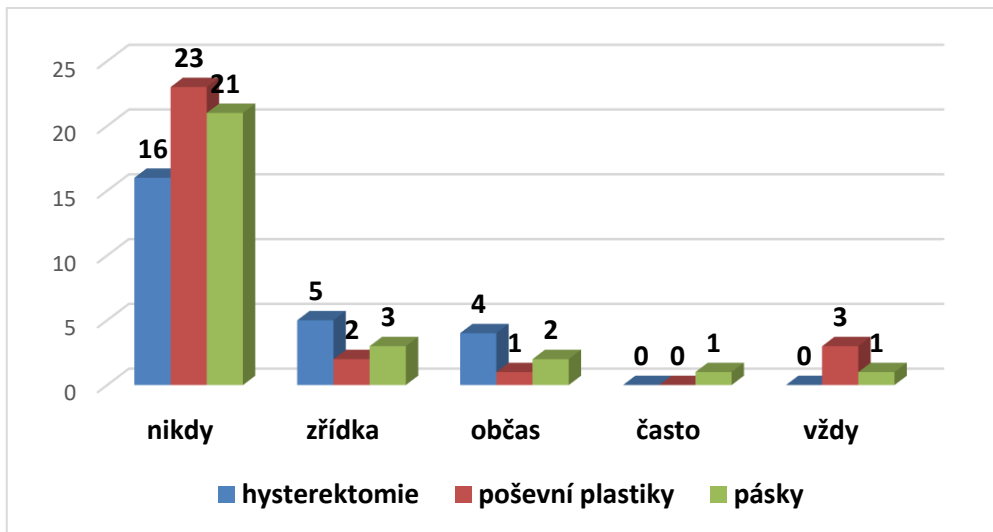
Co se týče jednotlivých skupin, nejvíce žen, které mají potíže s močovou urgencí, je ze skupiny poševních plastik (14 žen). Dalších 11 žen, které trpí náhlou a nutkavou potřebou močit spadají mezi klientky, které prodělaly implantaci suburetrální pásky. Zbylých 8 respondentek s touto poruchou je ze skupiny žen, jež mají za sebou vaginální hysterektomii. Celkový počet klientek trpících močovou urgencí je 33 (40 %).

I močovou urgenci hodnotily respondentky v druhé části této otázky. Největší počet 9 bodů číselné škály udává pouze 1 (1 %) žena. Dalším 3 (4 %) klientkám vadí náhlá a naléhavá potřeba močit na úrovni 7 bodů číselné škály. Na stupnici 5 bodů číselné škály ohodnotily tento problém 2 (2 %) pacientky. Pouze jedna respondentka tvrdí, že problémy jí vadí na stupnici 4 bodů číselné škály. Zbytek respondentek uvedlo, že i přesto, že poruchu močové urgencye vnímají, vůbec jim to nevadí.

Samovolný únik moči

Otázka č. 10 se věnuje problému se samovolným únikem moči. Tento problém se nazývá močová inkontinence. Z celkového počtu 82 dotazovaných odpovědělo 60 (73 %) respondentek, že je samovolný únik moči netrápí nikdy. Naopak 10 (12 %) pacientek uvádí tento problém zřídka. Dalších 7 (9 %) se s tímto problémem potýká občas. Pouze 1 (1 %)

klientka má potíže s inkontinencí často a 4 (5 %) respondentky tvrdí, že u nich dochází k samovolnému úniku moči vždy.



Obrázek 4 Graf samovolného úniku moči jednotlivých skupin

Na základě vytvořené kontingenční tabulky byl vypracován sloupcový prostorový graf, který přehledně zobrazuje odpovědi jednotlivých skupin na otázku, zda u respondentek dochází k samovolnému úniku moči (Obrázek č. 4). Nejvíce se s problémem inkontinence potýkají ženy ze skupiny, které prodělaly vaginální hysterektomii (9 žen). Celkem 7 žen, kterým byla implantována suburetrální páska vnímá tuto poruchu. Nejméně respondentek, které trápí samovolný únik moči je ze skupiny žen, jimž byla provedena přední poševní plastika (6 žen). Z grafu a tabulky vyplývá, že celkem 22 (27 %) pacientek trpí samovolným únikem moči, než stihnou dojít na WC.

Co se týče hodnocení samovolného úniku moči, bylo zjištěno, že 3 (4 %) klientkám tento problém vadí na úrovni dokonce až 10 bodů číselné škály, což je nejvyšší možná hodnota. Další 2 (2 %) pacientky tvrdí, že potíže vnímají jako problém na stupnici 9 bodů číselné škály. A také 2 (2 %) respondentky ohodnotily inkontinenci jako problém 5 body číselné škály. Dále hodnotu 3, 4, 6, 7, a 8 bodů číselné škály uvedla vždy jedna žena. Zbytek respondentek tvrdí, že jim samovolný únik moči nevadí. Všechny hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka č. 6).

Tabulka 6 Číselná škála hodnotící inkontinenci moči

číselná škála	n_i	f_i
0 bodů	70	85 %
1 bod	0	0 %
2 body	0	0 %
3 body	1	1 %
4 body	1	1 %
5 bodů	2	2 %
6 bodů	1	1 %
7 bodů	1	1 %
8 bodů	1	1 %
9 bodů	2	2 %
10 bodů	3	4 %
Σ	82	100 %

Na základě vyhodnocení otázky, která se týká samovolného úniku moči, lze usoudit, že problém s inkontinencí udává celkem vysoké procento respondentek. Zajímavé ale je, že ze všech 22 pacientek, které těmito obtížemi trpí, jen malé množství z nich to udává jako velmi obtěžující.

Samovolný únik moči při zakašlání, kýchnutí či zvedání břemen

Stresovou inkontinencí neboli problémem samovolného úniku moči při zakašlání či kýchnutí, se zabývala otázka č. 11. Tabulka četností ukazuje, že 58 (71 %) respondentek netrpí stresovou inkontinencí moči nikdy. Z celkového počtu 82 klientek ale 16 (20 %) z nich udává, že tento problém pocítuje zřídka. Dalších 5 (6 %) žen tvrdí, že u nich občas dochází k samovolnému úniku moči při zakašlání či kýchnutí. Stresovou inkontinencí trpí často 3 (4 %) pacientky. Žádná respondentka neudala, že by touto poruchou moči trpěla vždy (Tabulka č. 7).

Tabulka 7 Samovolný únik moči při zakašlání nebo kýchnutí

odpověď	n_i	f_i
nikdy	58	71 %
zřídka	16	20 %
občas	5	6 %
často	3	4 %
vždy	0	0 %
Σ	82	100 %

Pro přehlednost odpovědí jednotlivých skupin na otázku, zda u žen dochází k samovolnému úniku moči při zakašlání, kýchnutí, zvedání břemen nebo při podobných situacích, byla vytvořena kontingenční tabulka a lze z ní usoudit, že nejvíce respondentek trpících stresovou inkontinencí, patří do skupiny žen, které prodělaly vaginální hysterektomii (17 žen). Z klientek, kterým byla provedena přední poševní plastika trpí únikem moči při zakašlání nebo kýchnutí 4 pacientky. Pouze 3 respondentky ze skupiny po implantaci suburetrální pásky udávají tyto problémy. Z toho tedy vyplývá, že celkem stresovou inkontinencí trpí 24 (30 %) pacientek z celkového výzkumného souboru.

I otázku řešící samovolný únik moči při zakašlání, kýchnutí, zvedání břemen nebo při podobných situacích bylo třeba zhodnotit číselnou škálou. Nejvíce odpovědí a to 7 (9 %) respondentek tvrdí, že je stresová inkontinence obtěžuje na stupnici 5 bodů číselné škály. Celkem 2 ženy daly svému problému 7 bodů na číselné škále. Další body 2, 3, 8, 9 a 10 číselné škály se objevily vždy pouze od jedné klientky. Zbytek pacientek tvrdí, že jim samovolný únik moči při zakašlání či kýchnutí nevadí. Jednotlivé body zobrazuje číselná škála v následující tabulce (Tabulka č. 8).

Tabulka 8 Číselná škála stresové inkontinence

číselná škála	n_i	f_i
0 bodů	68	83 %
1 bod	0	0 %
2 body	1	1 %
3 body	1	1 %
4 body	0	0 %
5 bodů	7	9 %
6 bodů	0	0 %
7 bodů	2	2 %
8 bodů	1	1 %
9 bodů	1	1 %
10 bodů	1	1 %
Σ	82	100 %

Frekvence močení v průběhu dne

Frekvencí močení během dne se věnuje otázka č. 12. Pokud se močení objeví vícekrát jak 7 x za den, považuje se to již jako patologické. Pokud tedy respondentky označily jinou než první odpověď, dá se říct, že mají poruchu močení, která se týká častého močení v průběhu dne. Následující tabulka zobrazuje, že 58 (71 %) respondentek močí 1 až 6 x za den, což se považuje za normální. Častější močení udává 8 (10 %) žen, které se u nich vyskytuje 7 až 8 x za den. Dalších 12 (15 %) klientek chodí močit 9 až 10 x v průběhu dne. Celkem 2 (2 %) pacientky tvrdí, že musí močit 11 až 12 x denně. Zbylé 2 (2 %) respondentky z 82 oslovených udávají, že u nich močení probíhá 13 x i častěji během dne. Celková četnost močení během dne je zobrazena v následující tabulce (Tabulka č. 9).

Tabulka 9 Frekvence močení během dne

frekvence močení	n_i	f_i
1 až 6 x	58	71 %
7 až 8 x	8	10 %
9 až 10 x	12	15 %
11 až 12 x	2	2 %
13 x i častěji	2	2 %
Σ	82	100 %

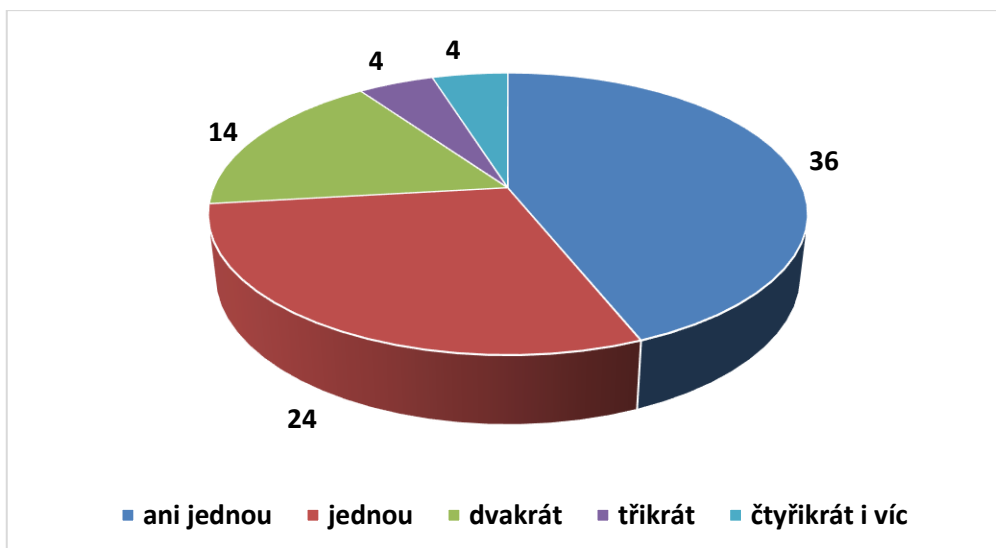
U porovnávání odpovědí jednotlivých skupin na otázku frekvence močení je vidět, že nejméně potíží s častým močením mají klientky po vaginální hysterektomii (7 žen). Problém s častějším močením má celkem 9 patientek po prodělané operaci poševních plastik. Co se týče respondentek, kterým byla implantována suburetrální páska, jich 8 udává častější močení během dne, ale dokonce 2 z nich tvrdí, že chodí močit 13 x i častěji. Z celkového počtu 82 patientek trpí poruchou častého močení celkem 24 respondentek.

Podotázka otázky č. 12 se zabývala tím, zda klientkám vadí, že musí chodit častěji močit. Celkem 77ti (94 %) respondentkám jejich frekvence močení během dne vůbec nevadí. Dále odpovídaly ženy různě. Na stupnici číselné škály vybrala odpověď 2, 5, 7, 8 a 9 bodů vždy jedna pacientka.

Překvapivým výsledkem je, že celkem 15 % patientek chodí močit 9 až 10 x denně.

Noční vstávání kvůli močení

Dalším problémem může být noční vstávání kvůli močení. Nykturií se zabývá otázka č. 13. Z celkového počtu 82 respondentek odpovědělo 36 (44 %), že nemusí v noci vstávat ani jednou, aby se vymočily. Další 24 (29 %) patientek udává, že musí vstát jednou. Dvakrát za noc vstává kvůli močení 14 (17 %) respondentek a 4 (5 %) ženy tvrdí, že jsou vzbuzeny třikrát během noci, aby se vymočily. Stejně tak si 4 (5 %) klientky stěžují, že musí vstávat čtyřikrát i vícekrát za noc, aby se šly vymočit. Frekvenci močení během noci zobrazuje koláčový graf (Obrázek č. 5).



Obrázek 5 Graf četností průměrného vstávání v noci kvůli močení

Z grafu a popisu vyplývá, že problémem s častým močením v noci trpí celkem 46 (56 %) respondentek. Tyto problémy nejméně trápí klientky po vaginální hysterektomii (14 žen). Stejný celkový počet 16ti žen udává, že musí několikrát vstávat v noci, aby se vymočily. Jsou ze skupiny po přední poševní plastice i po implantaci suburetrální pásky. Respondentky po přední poševní plastice pocítují tento problém více, dokonce 3 z nich tvrdí, že vstávají čtyřikrát i častěji během noci, aby se vymočily.

Pro zjištění, jak moc účastnicím ankety vadí noční vstávání kvůli močení, byla vytvořena také číselná škála. Celkem 5 (6 %) pacientek udává, že jim noční vstávání vadí na nejvyšší možné úrovni 10 bodů číselné škály. Další 3 (4 %) klientky zhodnotily tento problém 8 body číselné škály. Hodnotu 5 bodů číselné škály dalo celkem 6 (7 %) žen. Na úrovni 2, 3 a 9 bodů číselné škály potvrdila dané potíže vždy jedna respondentka. Zbytek pacientek tvrdí, že jim noční vstávání kvůli močení nevadí. Pro přehlednost jsou bodové úrovně problému častého močení v noci vyobrazeny v následující tabulce (Tabulka č. 10).

Problém s nočním vstáváním kvůli močení je dost častý. Celkem 14 žen vstává dvakrát během noci každý den a dokonce 4 respondentky budí noční močení čtyřikrát i častěji během noci. Celkem vysokému číslu respondentek to vadí na vysoké úrovni číselné škály, jelikož kvůli tomu nemohou v noci spát.

Tabulka 10 Číselná škála hodnotící časté močení během noci

číselná škála	n_i	f_i
0 bodů	65	79 %
1 bod	0	0 %
2 body	1	1 %
3 body	1	1 %
4 body	0	0 %
5 bodů	6	7 %
6 bodů	0	0 %
7 bodů	0	0 %
8 bodů	3	4 %
9 bodů	1	1 %
10 bodů	5	6 %
Σ	82	100 %

Opětné močení po vymočení

Další otázka v dotazníku se týkala toho, zda se respondentky musí jít vymočit krátce poté, co se již vymočily, a to zhruba do 10ti až 15ti minut. Jedná se o další typ evakuační poruchy mikce. Z následující tabulky je přehledně vidět, že celkem 79 (96 %) klientek tyto problémy nemá. Zbylé 3 (4 %) pacientky ze všech 82 oslovených tvrdí, že musí močit krátce poté, co se vymočily (Tabulka č. 11).

Tabulka 11 Opětné močení po vymočení

odpověď	n_i	f_i
ano	3	4 %
ne	79	96 %
Σ	82	100 %

Z reakcí jednotlivých skupin na problematiku nutnosti močení těsně po vymočení vyplynulo, že se týká pouze pacientek, jež prodělaly vaginální hysterektomii (3 ženy). Z celkového počtu tedy touto evakuační poruchou trpí 3 (4 %) respondentky.

Druhá část otázky č. 14 zjišťuje od dotazovaných, jak moc jim opětovné močení překáží. Ze 3 těchto respondentek tvrdí 2 ženy, že jim to vadí na úrovni 5 bodů číselné škály. Jedna pacientka označila svůj problém s opětovným močením na stupnici 2 bodů číselné škály.

Problém s opětovným močením má velmi malé množství respondentek, ale pro všechny ty 3 pacientky je to potíží celkem obtěžující.

Pocit pálení, řezání při močení

Potíže, které mohou znamenat močovou infekci a projevují se pálením či řezáním při močení, zjišťovala otázka č. 15. Z tabulky četností je evidentní, že pouze 1 (1 %) respondentka uvádí, že pálení či řezání při močení pociťuje občas. Zbýlých 81 (99 %) pacientek tvrdí, že tyto potíže nemají nikdy (Tabulka č. 12).

Tabulka 12 Pocit pálení, řezání při močení

odpověď	n_i	f_i
nikdy	81	99 %
zřídka	0	0 %
občas	1	1 %
často	0	0 %
vždy	0	0 %
Σ	82	100 %

Z popisu a tabulky vyplývá, že pocit pálení a řezání při močení trpí celkově jen jedna respondentka ze všech 82 oslovených, která patří mezi ženy, jež prodělaly vaginální hysterektomii.

Jelikož se problém pálení či řezání při močení objevil pouze u jedné pacientky, je možné, že daná klientka trpěla v tu dobu nějakým akutním zánětem močového měchýře, který ale nesouvisí nijak s poruchami močení po operaci.

Bolesti při močení

Otázka č. 16 se zabývala tím, zda mají ženy bolesti při močení. Celkem 80 (98 %) respondentek udává, že bolesti při močení nemají nikdy. Pouze 2 (2 %) klientky tvrdí, že je bolesti při močení trápí jen zřídka. Zobrazuje to následující tabulka četností (Tabulka č. 13).

Bolesti břicha při močení udávají celkově 2 respondentky, z toho jedna patří do skupiny žen, které prodělaly vaginální hysterektomii a jedna je ze skupiny pacientek, jež mají za sebou přední poševní plastiku.

Na základě těchto výsledků se lze domnívat, že ty dvě pacientky udávající bolesti při močení, měly v danou chvíli nějaký akutní problém s mikcí. Je otázkou, zda tyto obtíže mohou být jako následek operačního výkonu, ačkoliv bolesti při močení udávají pouze zřídka.

Tabulka 13 Bolesti při močení

odpověď	n_i	f_i
nikdy	80	98 %
zřídka	2	2 %
občas	0	0 %
často	0	0 %
vždy	0	0 %
Σ	82	100 %

Proud moči spíše jako postřík nebo rozstřík než jediný diskretní proud

Jedním z dalších typů evakuační poruchy je i postřík nebo rozstřík proudu moči, kterým se zabývala otázka č. 17. Ze všech 82 oslovených respondentek odpovědělo 78 (95 %) z nich, že tento pocit nemají. Zbylé 4 (5 %) pacientky udávají, že jejich proud moči je spíše postřík či rozstřík než jediný diskretní proud. Lze to vyčíst z tabulky četností (Tabulka č. 14).

Tabulka 14 Proud moči spíše jako rozstřík nebo postřík

odpověď	n_i	f_i
ano	4	5 %
ne	78	95 %
Σ	82	100 %

Z tabulky vyplývá, že evakuační poruchou, která se projevuje jako rozstřík nebo postřík než jediný diskrétní proud, trpí celkově 4 (5 %) respondentky ze všech 82 oslovených. Z toho jsou 3 pacientky, kterým byla implantována suburetrální páska a 1 klientka po operaci přední poševní plastiky.

Tento druh evakuační poruchy subjektivně vnímá pouze 5 % všech respondentek, což není nijak velké číslo, tudíž lze říct, že to pacientky tolik netrápí.

Četnost evakuačních poruch mikce

Tato diplomová práce se převážně zajímá o evakuační poruchy mikce. Těmito poruchami se zabývaly otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 14 a 17 v dotazníku. Z celkového průzkumu vyplývá, že dohromady trpí nějakým typem evakuační poruchy močení celkem 48 (59 %) respondentek ze všech 82 oslovených, a to v různé míře. Tímto je zodpovězena i první průzkumná otázka, která se ptala na četnost evakuačních poruch mikce po vaginálních operacích.

Výskyt evakuačních poruch mikce u jednotlivých skupin

Nejvíce pacientek trpících evakuační poruchou mikce je ze skupiny žen s implantovanou suburetrální páskou (18 žen). Z klientek, jež proděly přední poševní plastiku je 17 žen. Celkem 13 respondentek trpí evakuační poruchou mikce po vaginální hysterektomii. Těmito výsledky se dostalo odpovědi na druhou průzkumnou otázku, která se ptala na to, u které ze tří vaginálních operací se vyskytují evakuační poruchy mikce nejčastěji.

Pro vyhodnocení této průzkumné otázky byl použit Pearsonův chí-kvadrát, kterým lze zjistit, zda mezi jednotlivými skupinami existuje statisticky významný rozdíl. Pro tento test byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Vypočítaná hodnota p činí 0,663 a je vyšší než zvolená

hladina významnosti. Z čehož tedy vyplývá, že ve výskytu evakuačních poruch mikce mezi skupinami pacientek rozdělených podle typu operace, není statisticky významný rozdíl. Hodnota p je zobrazena v následující tabulce (Tabulka č. 15).

Tabulka 15 Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	p hodnota
Pearsonův chí-kvadrát	0,8214851	p = 0,66316

Nejčastější evakuační poruchy mikce

Další průzkumná otázka se zajímala o to, která z evakuačních poruch mikce se vyskytuje nejčastěji. Následující tabulka zobrazuje všechny odpovědi týkající se pouze evakuačních poruch. Zahrnuje pouze ty respondentky, které měly alespoň jednu z nich. Z této tabulky lze vyčíst, že nejvíce evakuačních poruch mikce trápí skupinu respondentek po prodělané přední poševní plastice a zároveň stejně tak skupinu pacientek po implantované suburetrální pásce. Celkem se u každé skupiny objevilo 30 poruch močení týkající se evakuace. Nejméně evakuačních poruch močení se objevuje u žen po vaginální hysterektomii. U těchto respondentek se vyskytlo celkově 21 evakuačních poruch mikce (Tabulka č. 16).

Tabulka 16 Evakuační poruchy mikce

	Hysterektomie	Poševní plastiky	Pásky	Celkem
otázka č. 4	3	4	3	10
otázka č. 5	1	1	2	4
otázka č. 6	2	7	5	14
otázka č. 7	4	8	10	22
otázka č. 8	8	9	7	24
otázka č. 14	3	0	0	3
otázka č. 17	0	1	3	4
Celkem	21	30	30	81

Nejvíce zastoupenou evakuační poruchou mikce je pocit nevyprázdněného močového měchýře. Trpí jí celkem 24 (30 %) respondentek ze všech dotazovaných 82 žen. Což zodpovídá třetí průzkumnou otázku zjišťující, která z evakuačních poruch se vyskytuje nejčastěji. O něco

méně, a to 22 (27 %) klientek udává přerušované močení opakovaně v průběhu jednoho močení. A další 3 (4 %) pacientky tvrdí, že musí močit krátce poté, co se již vymočily, což je nejméně zastoupená evakuační porucha mikce ze všech.

Hodnocení evakuačních poruch

V anketě otázky č. 4 až 14 obsahovaly ještě podotázky, které vždy řešily, jak moc respondentkám vadí problém, jenž uvedly v první části dané otázky. Hodnocení probíhalo na základě číselné škály, kde mohly klientky obodovat své potíže od 0 do 10, kdy 0 bodů znamená vůbec ne a 10 bodů velmi. Po vyhodnocení všech výsledků lze konstatovat, že i přesto, že respondentky tvrdí, že poruchy močení mají, ve výsledku jim to více méně nevadí.

Tohoto tématu se týká i čtvrtá průzkumná otázka. Ta se zabývá problémem, jak moc jsou evakuační poruchy mikce pro ženy obtěžující. Jako nejvíce obtěžující hodnotí subjektivně respondentky problém s pocitem nevyprázdněného močového měchýře, což byla také nejčastěji udávaná evakuační porucha mikce. Největší hodnota, která se ve výsledcích zobrazila, bylo 9 bodů číselné škály u tohoto problému, kdy mají klientky potíže s pocitem, že se jejich močový měchýř ještě zcela nevyprázdnil. Jako další problém vidí respondentky v intenzitě jejich proudu moči, kde udávají průměr 5 bodů číselné škály. Zbytek evakuačních poruch se pohybuje pod hranicí 5 bodů číselné škály, z čehož je možné usoudit, že není daný problém pro klientky nijak zásadně obtěžující. Následující tabulka zobrazuje všechny body, které respondentky přidělily tomu, jak je evakuační poruchy obtěžují (Tabulka č. 17).

Tabulka 17 Hodnocení evakuačních poruch

	otázka č. 4	otázka č. 5	otázka č. 6	otázka č. 7	otázka č. 8	otázka č. 14
Počet respondentek, které to obtěžovalo	3	0	1	2	4	3
Minimum bodů	3	0	5	4	5	2
Maximum bodů	5	0	5	5	9	5
Průměr bodů	4,33	0	5	4,5	6,5	4

Vyhledání odborné pomoci ohledně potíží s močením

Poslední otázka z dotazníku řešila, zda respondentky vyhledaly odbornou pomoc, která se týkala potíží s močením. V následující tabulce je vidět, že 70 (85 %) pacientek nemá potřebu vyhledat lékařskou pomoc. Naopak 7 (9 %) klientek již odbornou pomoc ohledně potíží s močením vyhledalo. Zbylých 5 (6 %) respondentek o vyhledání lékařské pomoci uvažuje a chystají se k tomu (Tabulka č. 18).

Tabulka 18 Vyhledání odborné pomoci ohledně potíží s močením

odpověď	n_i	f_i
ano	7	9 %
chystám se	5	6 %
ne	70	85 %
Σ	82	100 %

Z poměrně velkého množství respondentek udávajících jakoukoli poruchu močení by jen málo z nich chtělo řešit své problémy s odborníkem. Celkem 85 % pacientek nemá potřebu vyhledat odbornou pomoc.

4 DISKUZE

Diplomová práce se zabývala evakuačními poruchami mikce po vaginálních operacích. V této studii byly porovnávány respondentky rozdělené do tří skupin. Do první byly zařazeny pacientky, jež prodělaly vaginální hysterektomii. Druhou skupinu tvořily klientky, kterým byla provedena přední poševní plastika. Třetí kategorií respondentek byly ženy s implantovanou suburetrální páskou. Předmětem průzkumu bylo především odhalit, zda se po těchto vaginálních operacích objevují evakuační poruchy mikce. Dalšími cíli bylo také určit, po jaké z těchto operací se vyskytují evakuační mikční obtíže nejčastěji, která z poruch je nejčetnější a také jak moc jsou dané poruchy močení pro respondentky obtěžující. Je nutné zdůraznit, že k vyhodnocení výsledků nebyly použity žádné objektivní metody nebo vyšetření, ale byly zkoumány pouze subjektivní pocity klientek, a to pomocí dotazníku. Při posuzování výsledků a při porovnávání s ostatními výzkumy je nutno vzít v potaz, že byly zaznamenávány pouze subjektivní obtíže respondentek 12 až 24 měsíců po vaginální operaci.

Soubor 82 respondentek tvořily ženy ve věku od 32 do 85ti let. Největší podíl tvořila věková kategorie od 41 do 50ti let, a to ve 24 (29 %) případech. Dalších 19 (23 %) pacientek bylo zařazeno do kategorie 61 až 70 let a rovněž tak 19 klientek do kategorie 71 až 80 let. O něco méně bylo zastoupení 16ti (20 %) respondentek ve věku 51 až 60 let. Pouze 3 pacientkám bylo méně než 40 let a jen 1 z dotazovaných žen obsadila věkovou kategorii 81 až 90 let. Průměrný věk všech respondentek byl 58 let. Největší zastoupení pacientek po vaginální hysterektomii bylo ve věkové kategorii 41 až 50 let, kterých bylo 11 (13 %). Ve stejné věkové kategorii bylo i nejvíce klientek ze skupiny žen, po implantaci suburetrální pásky, což činilo 12 (15 %) žen. Co se týká skupiny účastnic ankety, jež prodělaly operaci přední poševní plastiky, obsadilo 13 (16 %) z nich věkovou kategorii 71 až 80 let. Z těchto výsledků lze usoudit, že operaci, u které je třeba provést přední poševní plastiku, podstupují spíše pacientky vyššího ročníku. Naopak na vaginální hysterektomii a suburetrální pásky chodí klientky mladšího věku.

Pooperační mikční dysfunkcí u žen se zabývala studie, do níž bylo zařazeno 1425 žen, které podstoupily vaginální pánevní rekonstrukční operaci. Respondentky byly rozděleny do tří věkových kategorií: 28 - 46 let, 47 - 65 let a 66 let nebo starší. Z pacientek udávající pooperační problémy s vyprazdňováním moči bylo 50 % ve věkové skupině 47 - 65 let. Což lze porovnat s výsledky této diplomové práce, kdy průměrný věk respondentek je 58 let (Lo, 2017, s. 575).

Četnost evakuačních poruch mikce

První průzkumná otázka se zabývala četností evakuačních poruch mikce po vaginálních operacích. Z průzkumného šetření vyplývá, že 34 (41 %) klientek netrpí žádným typem evakuační poruchy močení. Naopak 48 žen, což je 59 % z celkového souboru respondentek udává, že je nějaká evakuační porucha mikce sužuje. Tento výsledek byl poměrně překvapující, jelikož 59 % je celkem vysoké číslo. Je třeba ale zdůraznit, že v tomto výsledku jsou zařazeny všechny pacientky, i ty, které odpověděly, že pociťují evakuační poruchy močení jen zřídka nebo občas. Odpověď často nebo vždy se vyskytovala pouze výjimečně. Velmi zajímavé ale také je, že ze všech respondentek, které uvedly, že nějakou evakuační poruchu mají, se jen velmi malé množství z nich se rozhodlo vyhledat odbornou pomoc. Pouze 7 pacientek tvrdí, že už své mikční obtíže řeší se svým lékařem a další 4 klientky se odbornou pomoc chystají vyhledat. Zbytek respondentek ze 48, které trápí evakuační poruchy močení, se nesnaží svoje problémy řešit s nějakým odborníkem. Z tohoto výsledku lze usoudit, že i přesto, že 59 % respondentek uvádí nějakou evakuační poruchu, není to pro většinu z nich natolik obtěžující, aby to museli řešit se svým lékařem.

Tento výsledek lze porovnat s výzkumem, který byl publikován v roce 2007 v časopise *International Urogynecology Journal*. Tato studie se zabývala mikční dysfunkcí žen 6 měsíců po provedení suburetrální pásky. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 267 respondentek, které prodělaly TVT (retropubickou pásku). Publikovaná četnost mikční dysfunkce po této operaci je v rozmezí 2,5 až 26 %. Z toho bylo identifikováno 22 (8 %) žen, jež potřebovaly provádět intermitentní katetrizaci z důvodu močové dysfunkce. Pět žen z nich prováděly intermitentní katetrizaci k řešení symptomatického pomalého vyprazdňování, zatímco další tři tak činily pouze v noci, aby snížily nykturii. Dalších 6 klientek z 22 bylo k tomu indikováno na základě urodynamického vyšetření (Dawson, 2007, s. 1297).

I přesto, že se nejedná o operaci, ale porod, lze srovnat výsledky i s výzkumem, kde byla řešena retence moči po porodu, která souvisí také s evakuačními poruchami mikce. Do kontrolní studie uskutečněné mezi lednem 2014 a dubnem 2014, bylo zahrnuto 234 žen po porodu. Z tohoto počtu respondentek se u 19 (8,1 %) z nich objevila retence moči. Z těchto 19 případů byla pouze u jedné diagnostikována symptomatická retence moči a zbylých 18 respondentek trpělo skrytou retencí moči, která byla zjištěna ultrazvukovou metodou (Cavkaytar, 2014, s. 140).

Ze všech výsledků vyplývá, že celkově z 82 oslovených respondentek jich celkem 74 (90 %) má jakoukoliv poruchu močení. Pouze 8 pacientek ze všech netrpí vůbec žádným problémem,

který se týká mikce. Takto vysoká četnost respondentek s problémy při močení nebyla na počátku průzkumu předpokládána, ačkoliv se mezi nimi vyskytují i ty klientky, které mají nějakou mikční obtíž třeba jen zřídka.

Výskyt evakuačních poruch mikce u jednotlivých skupin

Druhá průzkumná otázka se zajímala o to, u které ze tří vaginálních operací se evakuační poruchy mikce objevují nejčastěji. Skupina, již nejvíce trápí evakuační poruchy močení jsou respondentky mající implantovanou suburetrální pásku. Celkem 18 (37 %) pacientek z nich popisuje problémy s evakuací močového měchýře. Dalších 17 (35 %) klientek udávajících evakuační poruchy mikce jsou zařazeny ve skupině žen, které prodělaly operaci přední poševní plastiky. Respondentky, které podstoupily vaginální hysterektomii udávají evakuační poruchy močení ve 13ti (27 %) případech. Pro vyhodnocení této průzkumné otázky byl ještě použit Pearsonův chí-kvadrát, pomocí něhož bylo zjištěno, že mezi jednotlivými skupinami není statisticky významný rozdíl. Jelikož vypočítaná hodnota $p = 0,663$ je vyšší než zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Mezi výskytem problémů, týkajících se evakuačních poruch mikce, u žen po jednotlivých operacích není statisticky významný rozdíl.

Podobnou studii publikoval v roce 2020 Mezinárodní urogynnekologický časopis, který prezentoval případovou kontrolní studii, zahrnující pánevní rekonstrukční operace žen, které následně vyžadovaly zkoušku vyprazdňování moči. Z celkového počtu 1219 pacientek podstoupilo 41,2 % žen operaci prolapsu dělohy, 10,3 % operaci pro inkontinenci a 48,5 % prodělalo operaci prolapsu i inkontinence. Ze všech respondentek bylo identifikováno 51 případů, u kterých byla zjištěna opožděná pooperační retence moči. Mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny rozdíly v symptomech vyprazdňování, věku, předchozích operacích či v onemocněních (Sappenfield, 2021, s. 603).

Co se týče suburetrálních pásek, lze popsat i zkušenosti s implantací TVT a TVT-O. V období od února 2003 do května 2013 bylo operováno 241 žen suburetrální páskou pro stresovou inkontinenci moči. Sledování operovaných respondentek proběhlo v intervalech po 6 a 36 měsících po výkonu. Z 68 pacientek po retropubické implantaci pásky měly pouze dvě přechodnou močovou retenci. Další tři z nich si stěžovaly na nově vzniklé urgencye moči. Ze 134 žen, které se dostavily ke kontrole po transobturatorní pásce udávaly 4 respondentky více jak po 6 měsících nově vzniklou močovou urgenci. Z výsledků vyplývá, že co se týče pooperačních mikčních komplikací, není mezi oběma metodami zásadní rozdíl (Drlík, 2015, s. 29).

Pro zajímavost lze uvést studii, kterou publikoval Mezinárodní urogynekologický časopis. Do průzkumu bylo zahrnuto 903 žen, které podstoupily operaci pro inkontinenci moči od ledna 1999 do dubna 2007. Ze všech zařazených respondentek mělo 326 (36 %) žen pooperační dysfunkci močení do jednoho měsíce. Pooperační potíže s mikcí a retence moči se objevily u 20 % pacientek po Burchově kolposuspenzi, 10 % po pubovaginálním závěsu, 20 % po TVT a 20 % po TOT. Pacientkám s mikční dysfunkcí se upravila konzervativní léčba a vrátily se k normálu do 10 dnů (Chung, 2010, s. 1505).

Nejčastěji vyskytující se evakuační porucha mikce

Třetí průzkumná otázka se zabývala tím, který typ evakuační poruchy mikce se vyskytuje u respondentek nejčastěji. Po vyhodnocení všech výsledků je jasné, že nejvíce udávaný problém je pocit nevyprázdněného močového měchýře. Z celkového počtu respondentek v souboru má 24 (30 %) klientek pocit, že se jejich močový měchýř ještě zcela nevyprázdnil. Mezi jednotlivými skupinami není v odpovědích nijak zásadní rozdíl, jelikož 9 pacientek tyto obtíže udává ze skupiny po operačním výkonu přední poševní plastiky, 8 klientek po vaginální hysterektomii a 7 respondentek po implantaci suburetrální pásky. Přesto, že je to nejčastěji udávaná evakuační porucha mikce, 12 klientek tímto problémem trpí jen zřídka, 8 respondentek se s tím potkává občas, 3 pacientky mají pocit nevyprázdněného močového měchýře často a pouze 1 žena se s touto poruchou trápí vždy.

Celkem překvapivý výsledek byl, že na druhém místě nejčastěji udávaná evakuační porucha byla přerušované močení v průběhu jednoho močení. Na otázku, zda se u respondentek přerušuje močení a znovu začíná během jednoho močení, odpovědělo 22 (27 %) pacientek pozitivně. Z toho ale 15 klientek se trápí jen zřídka a pouze jedna udává tyto potíže vždy. Nejvíce tento problém pociťují respondentky po implantaci suburetrální pásky, kterých bylo celkem 10. Dalších 8 pacientek bylo ze skupiny po přední poševní plastice a jen 4 ženy po vaginální hysterektomii. Ačkoliv z výsledků vyplývá vysoké číslo 22 respondentek udávajících přerušované močení, pro klientky to není až tak zatěžující problém, jelikož velká většina tvrdí, že problémy mají jen zřídka. Lze to usoudit i na základě hodnocení číselné škály, jak moc to respondentkám vadí, kdy se u problematiky přerušovaného močení objevil nejvyšší počet 5 bodů číselné škály.

Další nejčastěji se vyskytující problém s evakuací moči se týká intenzity proudu moči. Celkem 14 (16 %) respondentek tvrdí, že jejich proud moči je slabší. Z toho ale pouze jedna pacientka udává, že proud moči je slabší vždy a 10 klientek tento problém vnímá jen příležitostně. Ostatní

to subjektivně cítí jen někdy nebo občas. Tato otázka je poněkud zavádějící, protože pro každého může být proud moči normální jinak a každá žena si pod pojmem slabší proud moči může představit jinou intenzitu. I přesto, že 14 respondentek z celkového počtu udává slabší proud moči, nepředstavuje to pro ně nijak zásadní problém. Pouze jedna pacientka tvrdí, že ji to obtěžuje na stupnici 5 bodů číselné škály.

Problém se zahájením mikce s následným opožděným startem močení udává celkem 10 (12 %) respondentek a jedná se o další v pořadí nejčastější evakuační poruchu mikce. Poté se vyskytuje problém, kdy je nutná zvýšená svalová činnost k zahájení močení, a to ve 4 (5 %) případech a stejně tak se u 4 (5 %) pacientek objevují potíže s proudem moči, kdy je spíše jako rozstřík nebo postřík než jako jediný diskrétní proud. Nejméně vyskytující se evakuační porucha mikce se týká opakovaného močení, kdy pouze 3 (4 %) respondentky se musí jít vymočit i krátce poté, co se již vymočily.

Výsledky hodnotící nejčastěji vyskytující se evakuační poruchy lze částečně porovnat s velkým systematickým přehledem, ve kterém se analyzovala data od 15 861 žen ve věku nad 40 let. Hodnotilo se celkem 65 studií, které se týkaly dysfunkce vyprazdňování u žen. Z tohoto průzkumu vyšel u 38,5 % respondentek, jako nejčastější příznak, přerušovaný proud moči. Následoval pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře v 27,4 % případů. U 20,1 % pacientek se objevil slabý proud moči (Raheem, 2013, s. 319).

Mezinárodní urogynekologický časopis publikoval retrospektivní studii 365 žen, které byly sledovány v urogynekologické ambulanci pro symptomy dysfunkce pánevního dna. Příznaky mikční dysfunkce byly zjištěny na základě rozhovoru. Symptomy byly hodnoceny jako pozitivní, pokud se vyskytovaly častěji než příležitostně. Dysfunkce vyprazdňování byla zjištěna u 62 % respondentek. 26 % žen popsalo váhavost při močení, 28 % špatný proud moči, 26 % stop-start močení, 15 % pacientek se musí namáhat, aby začaly močit a 35 % žen má pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře (Dietz, 2005, s. 52).

Cílem jedné studie bylo posouzení vyprazdňování po operaci pánevního dna. Průzkumné šetření probíhalo od září 2011 do června 2014 u 432 žen, které podstoupily pooperační vyšetření po zákroku pro poruchy pánevního dna. Celkem u 20 % pacientek se objevila retence moči (Dolgun, 2021, s. 588).

Velmi zajímavé je, že z průzkumného šetření vyplývá, že daleko více respondentek trápí jiné mikční obtíže, než jsou evakuační poruchy mikce. Nejvíce pacientek ze všech 82 dotazovaných, a to 46 (56 %) trápí noční vstávání kvůli močení. Nykturie je nejčastější odpovědí z celého

průzkumného šetření, kdy musí respondentky alespoň jednou v noci vstávat, aby se šly vymočit. Druhou nejvíce udávanou poruchou mikce je urgence moči. Celkem 33 (40 %) pacientek trpí náhlou a naléhavou potřebou močit. Takto velká čísla se mezi evakuačními poruchami neobjevila. Z výsledků vyplynulo, že se na vysokých přičkách umístily problémy jako je inkontinence moči, stresová inkontinence, ale také časté močení během dne. Z celkového počtu respondentek trpí častým močením v průběhu dne 24 (29 %) žen. Dokonce dvě pacientky chodí močit 13 x i častěji za den. U stejného počtu 24 (29 %) respondentek dochází k samovolnému úniku moči při kašli, kýchnutí či zvedání těžkých břemen. Ačkoliv u 16 žen z nich se tyto problémy objevují jen zřídka, zdá se to být jako dosti často vyskytující se problém. Se záležitostí stresové inkontinence se potýkají pouze 3 respondentky ze skupiny žen, které prodělaly implantaci suburetrální pásky. Jelikož důvodem jejich operace byla právě stresová inkontinence, dalo by se říct, že je to spíše nepříjemná záležitost, pokud jim operace vlastně nepomohla od jejich problémů se samovolným únikem moči při zakašláním či kýchnutím. Potíže spojené se samovolným únikem moči, než stihne pacientka dojít na záchod, jsou objeveny u 22 (27 %) respondentek. Překvapivě celkem 4 klientky z nich trpí touto inkontinencí moči vždy. I přesto, že se nejedná o evakuační poruchy mikce, které jsou předmětem tohoto průzkumného šetření, pokládá tato práce za důležité se o těchto poruchách moči také zmínit. Jejich četnost je dokonce vyšší než samotné poruchy močení týkající se evakuace.

Hodnocení evakuačních poruch mikce

Čtvrtá průzkumná otázka se týkala toho, jak moc jsou evakuační poruchy mikce pro respondentky obtěžující. Pacientky mohly ohodnotit svůj problém, v jaké míře jim daná porucha vadí, a to na číselné škále body od 0 do 10. Kdy 0 bodů znamená vůbec ne a 10 bodů velice. Z vyhodnocených výsledků vyplynulo, že problémy s evakuací moči klientkám nijak zásadně nevadí. Z průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce obtěžující poruchou je pocit nevyprázdněného močového měchýře. Jen čtyřem ženám z celkového počtu s těmito obtížemi situace vadí. Nejvyšší počet bodů, který se objevil bylo 9 bodů a nejnižší 5 bodů číselné škály. Průměrný počet bodů u pocitu, kdy se močový měchýř po vymočení ještě zcela nevyprázdnil, činí 6,5 číselné škály. Slabší proud moči je další porucha evakuace mikce, kde se vyskytl nejvyšší počet 5 bodů číselné škály. Ovšem problém s intenzitou proudu moči uvedla pouze jedna pacientka, že ji to obtěžuje. Další evakuační porucha, jež nejvíce sužuje respondentky je přerušované močení. Průměr ze všech bodů udaných pacientkami u močení, které se přerušuje a znovu začíná v průběhu jednoho močení, je 4,5 bodů číselné škály. Tyto potíže udávají pouze ale dvě klientky ze všech, kterým to vadí. Na úrovni 4 bodů v průměru jsou 3 respondentky

nespokojené se situací, kdy jim trvá nějakou dobu, než začnou močit a také 3 pacientky, které stejně tak obtěžuje, že musí jít močit krátce poté, co se již vymočily. Z tohoto celkového výsledku lze usoudit, že evakuační poruchy mikce nejsou pro respondentky obtěžující.

Daleko více nepříjemné jsou pro účastnice ankety jiné poruchy močení. Nejvyšší průměr 7,17 bodů číselné škály obsadil samovolný únik moči. Močovou inkontinenci, která je uvedena jako nejvíc obtěžující porucha, udává celkem 12 pacientek, že jim to vadí. Urgence moči je další problém, který nejvíce sužuje 7 klientek. Její průměrný počet bodů činí 6,29 bodů číselné škály. Na stejné úrovni průměrného počtu bodů se nachází ještě problém s častým močením v průběhu dne, který obtěžuje celkem 5 respondentek. Stejně tak obtěžující je i noční vstávání kvůli močení a to u 17 pacientek, což je již velké množství žen, kterým vadí nykturie. Dalším 14 klientkám nevyhovuje samovolný únik moči při zakašlání, kýchnutí či zvedání břemen. U stresové inkontinence se dokonce objevil nejvyšší možný počet 10 bodů číselné škály. Výsledek je velkým překvapením, jelikož celkem značné množství respondentek nějakou tu evakuační poruchu má, ale vlastně jim to téměř nevadí. Naopak jiné poruchy jim vadí daleko více. Což je celkem pochopitelné, jelikož třeba močová inkontinence snižuje kvalitu života a omezuje ženu v každodenních činnostech, kdežto pocit nevyprázdněného močového měchýře, nebo to, že musí tlačit při močení, nijak zásadně neovlivňuje nebo neomezuje jejich denní režim.

Inkontinenci moči jako obtěžující problém u žen lze porovnat s výzkumem, který publikoval časopis *Urologie pro praxi*. Výzkumné šetření probíhalo u žen, které navštívily urologické a gynekologické ambulance z důvodu inkontinence. Do výzkumu bylo zařazeno 93 dotazníků, které se skládaly z 28 položek hodnotících stav klientek za poslední 4 týdny. Respondentky své odpovědi na potíže zaznamenávaly na hodnotící škále, kde 0 znamenala nehodnotí se, 1 vůbec ne, 2 zřídka, 3 někdy, 4 často a 5 velmi hodně. Průměrné hodnoty odpovědí dosahovaly 2,5 – 3,5 bodů, což na hodnotící škále vyjadřovalo problém, který ženy obtěžuje středně až hodně (Sochorová, 2008, s. 263).

5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá evakuačními poruchami mikce po vaginálních operacích. Konkrétně se jedná o vaginální hysterektomii, přední poševní plastiky a aplikace suburetrální pásky. V teoretické části je shrnuta anatomie pánevního dna a dolních močových cest u žen, fyziologie a poruchy mikce, diagnostika a léčba evakuačních poruch. Dále jsou ale popsány i jednotlivé operace, kterých se týká průzkumné šetření, jejich komplikace a ošetrovatelská péče po nich. Popsána je i edukační role porodní asistentky v dispenzární péči.

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda se po vaginálních operacích vyskytují evakuační poruchy mikce. V praktické části byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Po vyhodnocení všech výsledků lze říct, že se potíže s vyprazdňováním moči vyskytují mnohem častěji, než by se dalo čekat. Alespoň jeden druh obtíží s močením uvedly téměř všechny ženy v průzkumném souboru. Je důležité zmínit, že vyhodnocování průzkumného šetření probíhalo pouze na základě subjektivních pocitů respondentek, které byly získány pomocí dotazníků.

Výsledkem je, že 59 % respondentek trpí nějakým typem evakuační poruchy mikce, a to v různé míře. Tím byla zodpovězena i první průzkumná otázka, která se týkala četnosti výskytu potíží s vyprazdňováním moči, které udává celkem 48 respondentek. Velmi zajímavé ale je, že jen malé množství žen z nich se rozhodlo jejich problémy řešit s odborným lékařem. Jedním z cílů bylo ověřit, u které skupiny pacientek se vyskytují problémy s močením nejčastěji. Z průzkumného šetření vyplynulo, že mezi jednotlivými skupinami vaginálních operacích není významný rozdíl, co se týče výskytu potíží s vyprazdňováním močového měchýře. I přesto skupina, kterou nejvíce trápí evakuační poruchy mikce jsou ženy po implantaci suburetrální pásky. V 18ti (37 %) případech z nich se objevily problémy s evakuací močového měchýře. Nejčastěji vyskytující se evakuační porucha mikce je pocit nevyprázdněného močového měchýře, což je odpověď na další průzkumnou otázku. Z celkového počtu respondentek v souboru má 24 (30 %) klientek pocit, že se jejich močový měchýř ještě zcela nevyprázdnil. Tento problém se zdál být pro pacientky i nejvíce obtěžující. Respondentky mohly ohodnotit v dotazníku, jak moc jim daná porucha močení vadí. Pociť nevyprázdněného močového měchýře udávají podle počtu bodů číselné škály, jako nejvíce obtěžující ze všech evakuačních poruch mikce.

Evakuační obtíže sužují daleko větší množství žen, než by se mohlo zdát. Přínos této diplomové práce spočívá v tom, že se nejen lékaři, ale i porodní asistentky budou více zajímat o tyto problémy. Aby si uvědomily, že existují i jiné poruchy močení, než je nejvíce publikovaná

močová inkontinence. Diplomová práce by mohla být přínosným zdrojem informací pro porodní asistentky pracující na porodnicko-gynekologickém oddělení, v urogynekologických ambulancích nebo poradnách. Mohly by se aktivně zapojovat do vyhledávání obtíží v oblasti primární péče. Porodní asistentky jsou totiž mnohdy prvním člověkem, kterému se pacientka se svými problémy svěří. Proto velmi záleží na nás, jaké jsou naše znalosti, dovednosti a schopnosti a jak je využijeme v praxi. Bylo by vhodné se danou problematikou do budoucna více zabývat. Včasné odhalení mikčních poruch a jejich včasné řešení by mohlo předcházet závažnějším problémům.

6 POUŽITÁ LITERATURA

BAUMOVÁ, Ivanka. Intermitentní katetrizace jako součást léčby dysfunkcí močového měchýře. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, **9**(4): s. 197-199 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2008/04/10.pdf>.

CAVKAYTAR, Sabri, Mahmut Kuntay KOKANALI, Aysegül BAYLAS, Hasan Onur TOPCU, Bergen LALELI a Yasemin TASCI. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. [online]. 2014, **15**(3) [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195322/>. ISSN 1309-0399.

DAWSON, Tim, Vanessa, LAWTON, Elisabeth, ADAMS. Factors predictive of post-TVT voiding dysfunction. *International Urogynecology Journal* [online]. 2007, **18** [cit. 2022-02-15]. s. 1297–1302. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0324-x>.

DIETZ, H.P., B.T. HAYLEN. Symptoms of voiding dysfunction: what do they really mean? *International Urogynecology Journal* [online]. 2005, **16**, s. 52–55. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-004-1213-1>.

DOLGUN, Nihal. Z., Keisha, JONES and Oz HARMANLI. Voided volume for postoperative voiding assessment following prolapse and urinary incontinence surgery. *International Urogynecology Journal* [online]. 2021, **32**, s. 587–591 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04346-w>.

DRLÍK, Pavel, Jan, ZMRHAL, Jiří, KOČÁREK. Suburetrální pásy pro stresovou inkontinenci – 10 let zkušeností. *Urologie pro praxi*. 2015, **16**(1): s. 29-32. ISSN 1213-1768.

FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf, Jessenius. 2009, 284 s. ISBN 978-80-7345-191-2.

FEYREISEL, Jaroslav et al., Komplikace gynekologických operací. *Postgrad med*, 2003, **8**: s. 904-911.

GIBLO, Vladimír, Miroslav LOUDA, Jaroslav PACOVSKÝ. Přehled současné farmakoterapie LUTS. *Urologie pro praxi* [online]. 2014, **15**(3): s. 108-114 [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/03/03.pdf>.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

- HALAŠKA, Michael et al., *Urogynekologie*. Praha: Galén, 2004, 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
- HAYLEN, Bernard T. et al., An International Urogynecological Association (IUGA) International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics* [online]. 2010, 29: s. 4-20 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nau.20798>.
- HIBLBAUER, Jan ml., Jan HILBAUER st. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, 12(1): s. 18-28 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>.
- HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada, 2005, 236 s. ISBN 80-247-0834-5.
- HORČIČKA, Lukáš et al., *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá Fronta, 2017, 181 s. ISBN 978-80-204-4503-2.
- CHUNG, Sue-Min, Yeo-Jung, MOON, Myung-Jae, JEON, Sei-Kwang, KIM and Sank-Wook, BAI. Risk factors associated with voiding dysfunction after anti-incontinence surgery. *International Urogynecology Journal* [online]. 2010, 21, s. 1505-1509 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-010-1229-7>.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLEČKA, Jiří, Milan HORA, Viktor ERET, Petr STRÁNSKÝ a Tomáš ŮRGE. Vybrané názvosloví urodynamiky a mikčních symptomů dolních cest močových. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, 13(2) [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201202-0006_Vybrane_nazvoslovi_urodynamiky_a_mikcnich_symptomu_dolnich_cest_mocovych.php. ISSN 1803-5299.
- KOLOMBO, Ivan et al., Stresová inkontinence u žen - 1. část. *Urologie pro praxi*. 2009, 10 (1), s. 11–19. ISSN 1213-1768.
- KOLOMBO, Ivan et al., Stresová inkontinence u žen - 2. část. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, 9(6), s. 292-300 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/03.pdf>.

KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.

KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.

KRHUT, Jan. Hyperaktivní měchýř – současný pohled na etiopatogenezi, diagnostiku a farmakologickou léčbu. *Urologie pro praxi* [online]. 2005, **5** [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2005/05/02.pdf>.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LO, Tsia-Shu et al., Predictors of voiding dysfunction following extensive vaginal pelvic reconstructive surgery. *International Urogynecology Journal* [online]. 2017, **28**: s. 575–582 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04346-w>.

MACKŮ, František. *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada, 1995, 599 s. ISBN 80-7169-154-2.

MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-1854-5.

MARTAN, Alois, *Nové operační postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2011, 167 s. ISBN 978-80-7345-233-9.

MARTAN, Alois et al., *Nové operační a léčebné postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2013, 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.

MARTAN, Alois et al., *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.

MAŠATA, Jaromír. Anticholinergní látky v léčbě hyperaktivního močového měchýře. *Remedia* [online]. 2007, **17**: [cit. 2021-12-08] s. 90-100. Dostupné z: <file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/20070322084702PND-mocovy-mechyr-Masata.pdf>.

Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání gynekologů, porodníků a porodní asistentky. Bratislava: A-medi management. 2019, č. 4, s. 295-416. ISSN 1211-1058.

NG, Sio Fan et al., Stress Urinary Incontinence in Younger Women in Primary Care: prevalence and opportunistic intervention. *Journal of Women's Health* [online]. 2014, **23**(1) [cit. 2021-04-04]. ISSN 15409996. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4382>.

RAHEEM, Abdel a Helmut MADERSBACHER. Voiding dysfunction in women: How to manage it correctly. *Arab Journal of Urology* [online]. 2013, **11**(4) [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443013/>.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, Aleš et al., *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. Léčba stresové inkontinence žen. *Urologie pro praxi* [online]. 2021, **22**(2): s. 59-64 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: DOI: 10.36290/uro.2021.002.

SAPPENFIELD, Elisabeth C., Taylor, SCUTARI, David M, O'SULLIVAN, et al., Predictors of delayed postoperative urinary retention after female pelvic reconstructive surgery. *International Urogynecology Journal* [online]. 2021, **32** [cit. 2022-01-16]. s. 603–608. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04372-8>.

SCHINDLEROVÁ, Marie, Světlana FIŠAROVÁ. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(3): 138 s. [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/03/14.pdf>.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

SOCHOROVÁ, Nataša, Věra, VRÁNOVÁ. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, **9**(5): s. 236-266 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/uro-200805-0013_Inkontinence_moci_a_jeji_dopad_na_kvalitu_zivota_mnoha_zen.php.

ŠOTTNER, Oldřich. Současné možnosti diagnostiky a léčby hyperaktivního močového měchýře. *Gynekologie a porodnictví*. 2020, **4**(4): s. 227-231.

ŠOTTNER, Oldřich, Jaromír, VLÁČIL. Ženská močová inkontinence a současné možnosti léčby. *Gynekologie a porodnictví*. 2021, **24**(1): s. 15-19.

TIDY, Colin. Lower Urinary Tract Symptoms in Women. *Patient* [online]. 2017, ID 28467 (v3) [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://patient.info/womens-health/lower-urinary-tract-symptoms-in-women-luts>.

VILHEMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(2): s. 97-99 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>.

ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 219 s. ISBN 978-80-246-1931-6.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník	68
----------------------------	----

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Darina Šubrová a jsem studentkou 1. ročníku magisterského studia oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Univerzitě Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, jehož získaná data budou použita pouze ke zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Evakuační poruchy při mikci po vaginálních operacích. Dotazník je zcela dobrovolný a získané údaje budou uchovávány jen po dobu výzkumu. Předem Vám děkuji za ochotu k vyplnění.

Zodpovězte prosím následující otázky a zaměřte se přitom na to, jak jste se v průměru cítila během **posledních čtyř týdnů**.

1. Kolik je vám let?

..... let

2. Jakou jste podstoupila operaci?

- a) Vaginální hysterektomie/LAVH (odstranění dělohy poševní cestou)
- b) Přední poševní plastika
- c) Suburetrální páska (TOT, TVT)

3. Kdy jste podstoupila operaci?

.....

4. A. Trvá vám nějakou dobu, než začnete močit?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. A. Musíte se namáhat neboli “tlačit“, abyste začala močit?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. A. Řekla byste, že váš proud moči je:

- a) Normální
- b) Jen příležitostně slabší
- c) Někdy slabší
- d) Většinou slabší
- e) Vždy slabší

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. A. Přerušuje se močení a znovu začíná více než jednou v průběhu močení?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

8. A. Jak často máte po vymočení pocit, že se váš močový měchýř zcela nevyprázdnil?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

9. A. Trpíte náhlou a naléhavou potřebou močit?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10. A. Dochází u vás k samovolnému unikání moči, než stihnete dojít na WC?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

11. A. Dochází u vás k samovolnému unikání moči při zakašlání, kýchnutí, zvedání břemen nebo v podobných situacích?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

12. A. Jak často močíte během dne?

- a) 1 až 6 x
- b) 7 až 8 x
- c) 9 až 10 x
- d) 11 až 12 x
- e) 13 x i častěji

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

13. A. Kolikrát musíte průměrně v noci vstávat, abyste se vymočila?

- a) Ani jednou
- b) Jednou
- c) Dvakrát
- d) Třikrát
- e) Čtyřikrát i častěji

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

14. A. Musíte močit krátce poté, co jste se vymočila? (do 10 – 15 min.)

- a) Ano
- b) Ne

B. Jak moc vám to vadí? - zvolte prosím číslo od 0 (vůbec ne) do 10 (velice)

Škála: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

15. Máte při močení pocit pálení, řezání?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

16. Máte bolesti při močení?

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Občas
- d) Často
- e) Vždy

17. Máte pocit, že proud moči je spíše postřík nebo rozstřík než jediný diskretní proud?

- a) Ano
- b) Ne

18. Vyhledala jste odbornou pomoc ohledně potíží s močením?

- a) Ano
- b) Chystám se to udělat
- c) Ne

Mockrát děkuji za Váš čas při vyplňování
Bc. Darina Šubrová