

Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života

Kateřina Vavruřov

Bakalřsk práce
2014

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlni
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina VAVRUŠOVÁ**

Osobní číslo: **H10789**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu u žen s inkontinencí.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření a návrh využití pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. Inkontinence moči. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.

ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2. Praha: Grada, 2002. 2. vyd. ISBN 80-247-0143-X.

MARTAN, Alois a kol. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba. Praha: Maxdorf, 2006. 2. rozš. vydání. ISBN 80-7345-094-1.

PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

ZIKMUND, Jiří. Inkontinence moči u žen. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.6.2014

..... Vozg

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávatečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledek obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené škou nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ří autor takového díla udělit svolení bez vátného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Má bakalářská práce se zabývá močovou inkontinencí u žen a jejím vlivem na kvalitu života. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Hlavním cílem je zjistit subjektivní vnímání kvality života u ženy s močovou inkontinencí.

V teoretické části se zabývám anatomií ženského močového systému. Dále rozebírám pojem inkontinence, což je stručně řečeno samovolný únik moči. Inkontinenci dělím na určité typy, tak jak je uvedeno v literatuře. V bakalářské práci popisuji i možnou léčbu inkontinence a jak docílit co nejlepší kvality života. K inkontinenci patří i pomůcky, kterými se v práci také zabývám. Dalším pojmem v teoretické části je „kvalita života“, kterým se zabývám po psychologické stránce.

V praktické části zkoumám, jak močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života ženy. Použila jsem standardizovaný dotazník kvality života s močovou inkontinencí (Quality of Life in persons with urinary incontinence- I QoL). Tento dotazník jsem doplnila o vlastní demografické otázky a rozdala ženám trpícím inkontinencí.

Hlavním cílem je zjistit subjektivní vnímání kvality života u žen s inkontinencí. Výzkum probíhal v KNTB ve Zlíně pomocí dotazníkového šetření a prokázal, že inkontinentní ženy cítí různé obavy spojené s inkontinencí, cítí úzkost, deprese, nejistotu, stud. Inkontinence tedy ovlivňuje kvalitu života ženy v mnoha směrech.

Klíčová slova:

Močová inkontinence, žena, kvalita života, dotazník, pomůcky pro inkontinentní.

ABSTRACT

This thesis deals with urinary incontinence in women and its impact on quality of life. The work is divided into theoretical and practical parts. The main objective is to determine the subjective perception of quality of life in women with urinary incontinence.

In the theoretical part deals with the anatomy of the female urinary system. Furthermore, I analyze the concept of incontinence, which is a short bladder urine. Incontinence classified into certain types, as described in the literature. The work also describes the possible treatment of incontinence and how to achieve the best possible quality of life. The incontinence include utilities, which also deal with at work. Another concept in the theoretical part of the "quality of life", which deals with his psychological profile.

In the practical part I examine how urinary incontinence affects quality of life of women. I used a standardized quality of life questionnaire with urinary incontinence (Quality of Life in persons with urinary incontinece I-QoL). I completed the questionnaire on their own demographic and distributed to women suffering from incontinence.

The main objective is to determine the subjective perception of quality of life in women with urinary incontinence. The research was conducted in KNTB in Zlín, using a questionnaire survey showed that incontinent women feel different concerns associated with incontinence, feel anxiety, depression, insecurity, shame. Incontinence therefore affects the quality of life of women in many ways.

Keywords:

Urinary incontinence, women, quality of life, questionnaire, incontinence products.

Děkuji Mgr. Andree Filové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, vstřícnost, ochotu a čas, který mi věnovala. Můj velký dík patří i respondentkám, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Chtěla bych také poděkovat mé rodině a partnerovi za podporu a trpělivost při vypracovávání bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Bolest u dětí vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE MOČOVÝCH CEST	13
1.1 LEDVINY	13
1.2 LEDVINNÉ KALICHY A PÁNVIČKY	14
1.3 MOČOVODY (URETER).....	14
1.4 MOČOVÝ MĚCHÝŘ (VESICA URINARIA).....	14
1.5 MOČOVÁ TRUBICE (URETRA FEMINA).....	15
2 MOČENÍ – MIKCE	16
3 INKONTINENCE	17
3.1 TYPY INKONTINENCE.....	17
3.1.1 Stresová inkontinence	17
3.1.2 Urgentní inkontinence	18
3.1.3 Reflexní inkontinence	18
3.1.4 Paradoxní inkontinence	18
3.2 STUPNĚ INKONTINENCE	18
4 DIAGNOSTIKA	20
4.1 ANAMNÉZA	20
4.2 DOTAZNÍKY A DALŠÍ ZÁZNAMY	20
4.2.1 IQoL dotazník	20
4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	20
4.4 KLINICKÉ TESTY	20
4.5 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	21
4.6 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ.....	21
4.7 ZOBRAZOVACÍ METODY	21
4.7.1 Urecystografie	21
4.7.2 Ultrazvukové vyšetření	22
4.7.3 Magnetická rezonance.....	22
4.8 URODYNAMICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	22
4.8.1 Cystometrie	22
4.8.2 Uretrální tlakový profil	23
4.8.3 Uroflowmetrie	23
4.8.4 Elektromyografie.....	23
5 LÉČBA	24
5.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA	24
5.2 REHABILITACE	24
5.2.1 Cviky	24
5.2.2 Vaginální kužely	24
5.2.3 Elektrostimulace.....	25
5.2.4 Pesary	25
5.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA	25
6 INKONTINENČNÍ POMŮCKY	27

6.1	VLOŽKY	27
6.2	VKLÁDACÍ PLENY	27
6.3	PLENKOVÉ KALHOTKY	27
6.4	FIXAČNÍ KALHOTKY	27
6.5	PODLOŽKY POD NEMOCNÉ.....	27
6.6	KOSMETIKA.....	28
6.7	ZNAČKY POMŮCEK.....	28
7	KVALITA ŽIVOTA.....	29
7.1	MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA OBJEKTIVNÍMI UKAZATELI.....	30
7.2	KVALITA ŽIVOTA S MOČOVOU INKONTINENCÍ	31
7.3	MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA V UROGYNEKOLOGII.....	31
7.4	FAKTORY ZHORŠUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA	32
7.5	DOTAZNÍKY HODNOTÍCÍ KVALITU ŽIVOTA S INKONTINENCÍ.....	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
8	CÍL PRÁCE	36
8.1	DÍLČÍ CÍLE	36
9	METODIKA PRÁCE.....	37
9.1	FORMULACE PROBLÉMU	37
9.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37
9.3	METODA SBĚRU DAT	37
9.4	ORGANIZACE PRŮZKUMU	38
9.5	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	38
10	VÝSLEDKY.....	39
11	DISKUZE.....	66
	ZÁVĚR	69
	VÝSTUP Z PRAXE.....	70
	BROŽURA PRO INKONTINENTNÍ ŽENY	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

„Inkontinence moči je definovaná podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS- International Continence Society) stavem nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. (Čermák a Pacík, 2006, s. 13)

Pro mou bakalářskou práci jsem si tedy vybrala téma močová inkontinenci u žen a to z toho důvodu, že se s ženami, které trpí tímto onemocněním, mohu setkávat nejenom v nemocnici, ale i ve svém okolí. Inkontinenci totiž trpí ženy v jakémkoliv věku a pro velké množství žen je tento problém stále tabu. Neřešení problému může vést ke zhoršování kvality života ve všech oblastech.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám anatomii ženského močového systému. Dále rozebírám pojem inkontinence, což je stručně řečeno samovolný únik moči. Inkontinenci dělím na určité typy, tak jak je uvedeno v literatuře. V bakalářské práci popisuji i možnou léčbu inkontinence a jak docílit co nejlepší kvality života. K inkontinenci patří i pomůcky, kterými se v práci také zabývám. Dalším pojmem v teoretické části je „kvalita života“, kterým se zabývám po psychologické stránce.

V praktické části zkoumám, jak močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života ženy. Použila jsem standardizovaný dotazník kvality života s močovou inkontinencí (Quality of Life in persons with urinary incontinence- I QoL). Tento dotazník jsem doplnila o vlastní demografické otázky a rozdala ženám trpícím inkontinencí.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života u ženy s močovou inkontinencí. Šetření by mělo zjistit nejčastější věk inkontinentních žen a nejběžnější typ inkontinence. Dále by měl průzkum prokázat i další problémy spojené s inkontinencí, jako jsou strach a ovlivnění každodenního života.

Tato práce by měla inspirovat zdravotní sestry, aby se této problematice více věnovaly a nebraly inkontinenci na lehkou váhu. Práce také poslouží ke zvýšené informovanosti o této problematice a ke zlepšení kvality života inkontinentních žen.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE MOČOVÝCH CEST

Základní funkcí orgánů močového systému je odstraňování rozpuštěných produktů látkové přeměny z krve.

K močovému systému patří ledviny, močové cesty, ledvinové kalichy, ledvinová pánvička, pravý a levý močovod, močový měchýř, močová trubice. (Čihák, 2002, s. 247)

1.1 Ledviny

Mají mnoho funkcí. Hlavní funkcí ledvin je exkrece moče, další důležitou funkcí je udržování stálosti vnitřního prostředí, rovnováhy vody a elektrolytu. Ledviny mají také funkci endokrinní. (Čihák, 2002, s. 248)

Ledviny jsou uloženy v retroperitoneální oblasti ve výši obratlů Th12-L2. Pravá ledvina je zpravidla niž než levá. Jsou fixovány předním a zadním listem fascia renalis, tukovým pouzdrém, úponem mesocolon transversum a nitrobřišním tlakem. Ledvina má charakteristický fazolovitý tvar, je dlouhá 10-12 cm, široká 5-6 cm, její tloušťka je 3,5-4 cm, hmotnost ledviny je 120-170 g. Ženská ledvina je přibližně o 15 g nižší než mužská ledvina. Během života se velikost ledviny mění. Při ztrátě jedné ledviny se zpravidla druhá ledvina zvětší. Zvětšují se také při nadbytku bílkovin (hypertrofují). (Čihák, 2002, s. 249)

Ledvina má hladký povrch s červenohnědým zbarvením a prosvítajícími žilkami. Na řezu ledviny nacházíme: kůru ledviny, dřev ledviny, l. pyramidy, papily, otvůrky papil, lalůčky ledvin. Dále se ledvina skládá z tubulů (ledvinových kanálků), které nesou označení nefron. Nefron začíná jako Malpighiho tělísko, ve kterém je uložen glomerulus. V každé ledvině je až 1,6 milionu těchto tělísek. Glomeruly jsou uloženy v Bowmanově pouzdře, které má 2 listy a mezi nimi filtruje primitivní moč. (Čihák, 2002, s. 249-250)

Cévní zásobení ledviny zajišťují tyto hlavní arterie, (které se poté dělí na menší): Arteria renalis dextra et sinistra, které odstupují od břišní aorty. Každá tepna se dělí na ramus anterior a posterior. (Čihák, 2002, s. 258)

Žíly zajišťující odtok z ledviny: venae stellatae, v. interlobulares, v. arcuatae, v. interlobares, v. renalis. (Čihák, 2002, s. 261)

1.2 Ledvinné kalichy a pánvičky

Ledvinové kalichy mají pohárkovitý tvar a jsou spojeny s tkání kolem papily. Rozlišujeme velké ledvinové kalichy (3) a malé ledvinové kalichy (7-14).

Ledvinová pánvička má trojúhelníkovitý tvar. Do ledvinové pánvičky z laterální strany vstupují ledvinné kalichy a z ledvinové pánvičky vystupuje močovod. Objem pánvičky je přibližně 3-8 cm³. Spolu s ledvinou je ledvinová pánvička obklopena tukovým pouzdrem. (Čihák, 2002, s. 271-273)

1.3 Močovody (ureter)

Ureter je lehce zploštělá trubice, která má 3 části (pars abdominalis, pars pelvica a pars intramuralis). Močovod nasedá na ledvinovou pánvičku a sestupuje v retroperitoneálním prostoru. Poté se dotýká okraje malé pánve. Pak zahýbá k močovému měchýři, do nějž vstupuje. Délka močovodu je 25 – 30 cm a jeho průměr je 4-7 mm. (Čihák, 2002, s. 274)

Stěnu močovodu tvoří sliznice (tunica mucosa), svalovina (tunica muscularis) a adventicie (tunica adventicia). (Čihák, 2002, s. 275-276)

Hlavní funkcí močovodu je převádět moč do močového měchýře. Moč ale z kalichů a z ledvinové pánvičky nepřetéká volně. Močovody aktivně posouvají moč stahy svaloviny. Peristaltický stah je 1 – 5 krát za minutu. Aby nedocházelo k močovému refluxu, je na ústí močovodu do močového měchýře typický svěrač. (Čihák, 2002, s. 276)

1.4 Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř je dutý orgán, který leží v malé pánvi. V močovém měchýři se shromažďuje moč. Je-li naplněn, tak je jeho tvar ovoidní. Fyziologická kapacita močového měchýře je 250-300 ml. Při takovém množství pocítujeme pocit na močení. Močový měchýř může pojmout 500-700 ml moči. (Čihák, 2002, s. 277)

Močový měchýř je vystlán sliznicí (tunica mucosa), která má sytě červenou barvu a je krytá přechodným epitelem. Sliznice je bohatě zásobená cévami a je chráněná hlenem. Další slizniční vrstvou je podslizniční vazivo (tela submucosa), které se podle naplnění močového měchýře skládá a zplošťuje. Močový měchýř dále obsahuje svalovinu (tunica muscularis), která má tři vrstvy (zevní podélnou vrstvu, střední cirkulární vrstvu a vnitřní podélnou vrstvu). Tyto vrstvy mají vypuzovací schopnost a jsou nazývána jako musculus detrusor.

Dalšími vrstvami močového měchýře jsou tunica adventitia a tunica serosa. (Čihák, 2002, s. 278-282)

Vyprazdňování močového měchýře funguje díky musculus detrusor, který se skládá z vnitřní a vnější podélné vrstvy a z cirkulární střední vrstvy. Musculus trigonalis zajišťuje otevírání a uzavírání ústí močovodů. (Čihák, 2002, s. 283)

U žen je močový měchýř uložen v pánvi za symfýzou hlouběji než u mužů. Močový měchýř a močová trubice jsou fixovány k diaphragma urogenitale. Dále je močový měchýř fixován pomocí závěsného aparátu dělohy (ligamenta vesicouterina) a ligamenta pubovesicalia, která spojuje symfýzu s fundem močového měchýře. (Čihák, 2002, s. 285)

Močový měchýř funguje jako rezervoár, vypuzuje moč.

1.5 Močová trubice (uretra femina)

Močová trubice je dlouhá 3-4 cm a široká 6 mm. Navazuje na močový měchýř a ústí mezi stydkými pysky. (Čihák, 2002, s. 287)

Urethra má 3 úseky, které se dělí dle průběhu. Začíná ve stěně močového měchýře a nazývá se pars intramuralis, další částí je pars pelvica, což je pánevní úsek. Poslední částí je pars perinealis (hráze), ta vede až k ostium externum. (Čihák, 2002, s. 288)

Poloha urethry je ventrokaudální. Jde souběžně s vaginální stěnou, na kterou naléhá musculus urethralis vaginalis. (Čihák, 2002, s. 288)

Urethra je fixována stěnou vaginy, dále musculus levator, ossa pubis a diaphragma urogenitale. (Čihák, 2002, s. 289)

„Stěna urethry se skládá ze sliznice, svalové vrstvy a zevní vazivové vrstvy.“ Tunica mucosa je sliznice, která je krytá přechodním epitelem, který po dvou třetinách urethry přechází v mnohvrstevný přechodný dlaždicový epitel. Tunica muscularis je svalová vrstva, která není přímo ohraničená. Vnitřní vrstva obsahuje hladkou svalovinu a naopak vnější vrstva obsahuje svalovinu příčně pruhovanou. (Čihák, 2002, s. 289)

2 MOČENÍ – MIKCE

„Podmínka pro odtok moče urethrou z měchýře je vzestup tlaku v měchýři nad sílu sevření urethry. K nucení na moč dochází po naplnění měchýře asi 300 cm³. Do tohoto objemu se měchýř plní pod tlakem kolem 5cm vodního sloupce a až do této náplně nervová zakončení v měchýři nevyvolávají aferentní vzruchy charakteru nucení na moč. Při překročení tohoto fyziologického množství stoupá tlak uvnitř měchýře k 20 cm vodního sloupce a objevují se stahy svaloviny, isotonické, které nemění tlak v měchýři a isometrické, které vyvolají vzestup tlaku v měchýři až na 100 torrů. Tento tlak drážděním receptorů při napínání měchýře vyvolá pocit nucení na moč, postupně stále silnější a stupňující se až k pocitu imperativního nucení. Následuje vyprázdnění měchýře. Které je zahájeno mimovolní svalovou akcí v trigonum vesicae, čímž je zahájeno rozšíření vnitřního ústí urethry. Na základě aktivity parasympatického mikčního centra jsou aktivovány svalové snopce detrusoru cestou parasympatických vláken jdoucích ze sakrální míchy pánevními pleteněmi. Současně přichází volní a aktivní relaxace příčně pruhovaného musculus sphincter urethrae externus. Zvýšený tlak v měchýři pak překoná elastické napětí cervixu měchýře a sevření urethry a od dolní části vnitřního ústí urethry začne vlastní odtok, mikce, přičemž převažující podélné složky hladké svaloviny ženské urethry působí na její zkrácení a rozšíření. Obě nervové akce jsou řízeny sestupnými nervovými dráhami. Činnost je aktivována z jader retikulární formace a inhibována z retikulárních jader středního mozku, lokalizovaného do čelního laloku. Mikci zakončí stahy příčně pruhovaného svalstva v diaphragma pelvis.“ (Čihák, 2002, s. 291)

3 INKONTINENCE

„Inkontinence moči je definovaná podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS- International Continence Society) stavem nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém.

Jedná se o častý a ve svých důsledcích závažný medicínský, společenský a ekonomický problém, který bohužel stále ještě není dostatečným způsobem řešen. Inkontinence se vyskytuje u žen i u mužů, u dětí, dospělých i ve stáří. V jednotlivých obdobích života má inkontinence určité odlišnosti v příčinách, projevech, diagnostice a léčbě. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje inkontinence moči „rozšířený zdravotní problém vyskytující se v celém světě“ a pro mnoho osob je stále ještě tabu.“ (Čermák a Pacík, 2006, s. 13)

Velká část nemocných totiž nevyhledá odbornou pomoc. Roli hraje hlavně kultura, výchova, vzdělání a postavení ve společnosti. (Čermák a Pacík, 2006, s. 14)

3.1 Typy inkontinence

3.1.1 Stresová inkontinence

Mimovolní únik moči, který vzniká při kýchnutí, smíchu, kašli, zvedání těžkých předmětů nebo náhlým postavením. Uvnitř břišní dutiny vznikne tlak, který působí na močový měchýř. Při tomto typu inkontinence žena dokáže stahem svalů dna pánevního moč zastavit, ale záleží na síle těchto svalů, což může žena ovlivnit posilováním svalů dna pánevního.

Příčiny stresové inkontinence:

- Snížená uzávěrová schopnost močovodu
- Poškození urethry a jejich závěsných aparátů
- Předporodní změny na čípku děložním nebo postižení okolní pojivové tkáně
- Další příčinou může být náročný a komplikovaný porod. Drobná poranění při porodu mohou v pozdějším věku zhoršit svalstvo a tkáně pánevního dna. Tomu předchází hormonální změny

Stresová inkontinence je nejlépe léčitelným a klasifikovaným typem. (Zikmund, 2001, s. 37)

3.1.2 Urgentní inkontinence

Je nechtěný únik moči, který je spojený s náhlým pocitem nucení na močení. Únik je vůli neovladatelný.

„Způsobuje ji buď velmi silný podnět z receptorů registrujících tenzi močového měchýře nebo nedostatečnost motorické inhibice mikčného reflexu.“

Příčinou může být kámen, zánět, změna tkáně.

Rozlišujeme ji na motorickou urgentní inkontinenci a senzorickou urgentní inkontinenci. První typ je způsoben netlumenými vypuzovacími kontrakcemi detruzoru, přičemž uzávěrový mechanismus je funkční. Příčinou je primární nedostatečnost mozkové kontroly mikčného reflexu. Žena nepotlačí mikčný reflex. Příčinou bývá postižen centrální nervový systém. (Zikmund, 2001, s. 34)

„Senzorická forma je způsobená hypersenzitivitou receptoru detruzoru.“ (Zikmund, 2001, s. 24). Příčinou může být nádor, zánět močového měchýře, které působí na nervové zakončení močového měchýře a tím jsou narušena nervová spojení. (Zikmund, 2001, s. 37)

3.1.3 Reflexní inkontinence

Příčinou je neurologická porucha, kdy postižený nepocítuje potřebu močit. Inkontinence je zapříčiněna hyperreflexií detruzoru. Většinou se jedná o zlomeniny obratlů a následné poškození míchy. Dále může být jako následek zánětu nebo se může jednat o degenerativní původ. (Čermák a Pacík, 2006, s. 25)

3.1.4 Paradoxní inkontinence

„Je nechtěný únik moči, kdy intravezikální tlak převýší maximální intrauretrální tlak, přičemž při tomto úniku chybí detruzorová aktivita a únik je způsoben pouze pasivním přepětím stěny močového měchýře.“ (Martan, 2006, s. 39)

3.2 Stupně inkontinence

I. stupeň (lehká forma)

„Jedná se o občasné úniky po kapkách.“ (Tkáčová a Dlugošová, 2012, s. 49)

II. stupeň (střední forma)

„Častý únik moči, několikrát denně.“ (Tkáčová a Dluhošová, 2012, s. 49)

III. stupeň (těžká forma)

„Trvalý únik moči i vleže“ (Tkáčová a Dluhošová, 2012, s. 49)

4 DIAGNOSTIKA

Pro zajištění nejúčinnější léčby, je potřeba zjistit co nejvíce informací a příznaků. Proto je důležitá anamnéza, tedy slovní rozhovor s pacientkou. Dále lékař provádí různá vyšetření a testy. (Martan, 2006, s. 40)

4.1 Anamnéza

Lékař se ptá na genetické anomálie v rodině, gynekologicko-porodnickou anamnézu, osobní a sociální anamnézu. Dále se ptá na různé dysurické problémy, jako jsou bolesti v podbřišku a při močení, na barvu, zápach, řezání, pálení, krev v moči. Ptá se na noční močení a četnost močení za den. (Martan, 2006, s. 40)

4.2 Dotazníky a další záznamy

Kromě anamnézy je důležité vést mikční karty a deníky. Vhodné je vyplňovat dotazníky kvality života. Mezi nejznámější patří BFLUTSQ (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire) nebo IQoL (Quality of Life in persons with urinary incontinence). (Martan, 2006, s. 46)

4.2.1 IQoL dotazník

Sestává z 22 otázek, které jsou jasné a srozumitelné, tudíž jeho vyplnění pacientka zvládne a zabere jí to jen velmi málo času. (Huvar, 2004)

4.3 Fyzikální vyšetření

Provádí se celkové vyšetření a gynekologické, kde lékař vyšetřuje pohmatem vstup poševní, hrázi, ústí urethry, perineální a perianální oblast. (Martan, 2006, s. 46)

4.4 Klinické testy

Marshalův test - do močového měchýře se vpraví 200 ml sterilního roztoku. Jestliže pacientka trpí stresovou inkontinencí, tak při kašli vpravená tekutina odteče.

Q-tip test- tímto testem zjistíme pohyblivost uretrovezikálního spojení. Do urehtry se zavádí jednorázová cévka, která se při tlaku pohybuje směrem vzhůru. Pohybem se utváří polokruh, který by neměl přesahovat více jak 30 stupňů. (Martan, 2006, s. 41)

Pad-weigh test- tento test funguje na principu vážení plen anebo vložek. Pacientka během 15 minut vypije 500 ml tekutiny a poté 30 minut chodí. Následně provádí stoj ze sedu (10x), kašle (10x), běh na místě (1 minutu), ohnout se a zvednout předmět ze země (5x), umýt si ruce v proudící vodě (1 minuta). To vše by mělo proběhnout během 15 minut. Poté se váží pleny nebo vložky a proběhne vyhodnocení testu:

- Ztráta moči 2 g/h- nejde o inkontinenci
- Ztráta moči 2 – 10 g/h – mírná ztráta moči
- Ztráta moči 10 – 50 g/h – hojná ztráta moči
- Ztráta moči více jak 50 g/h – velmi hojná ztráta moči

(Martan, 2006, s. 41)

4.5 Laboratorní vyšetření

Provádí se vyšetření mikrobiálního obsahu poševního, moč a sediment, moč na kultivaci. (Martan, 2006, s. 42)

4.6 Endoskopické vyšetření

Je důležité hlavně kvůli nálezů tumoru močového měchýře, ke zjištění změn na hrdle jako jsou divertikly. „Za indikace k tomuto vyšetření považujeme zejména hematurii, symptomy urgencye, inkontinenci, uretrální divertikly, urogenitální píštěle a poruchy evakuační.“

(Martan, 2006, s. 42)

4.7 Zobrazovací metody

4.7.1 Urecystografie

Hodně let byla důležitou metodou řetízková urecystografie, která odhalovala různé patologie v okolí močovodů a močového měchýře, dále bylo možné měřit uretrovezikální úhel, díky kterému se dala zjistit stresová inkontinence. Nakonec bylo zjištěno, že změny úhlu nejsou důležité pro zjištění stresové inkontinence. „Toto vyšetření se provádí tak, že se močový

měchýř naplní 200 ml kontrastní látky a do urehtry je zaveden řetízek a následně jsou provedeny dva boční snímky – první v klidu a druhý při maximálním zatlačení.“ Toto vyšetření se v některých případech využívá i dnes. Tato metoda je více zátěžová a to proto, že hodně zatěžuje ženu rentgenovým zářením a vkládáním řetízku. (Martan, 2006, s. 43)

4.7.2 Ultrazvukové vyšetření

U nás se provádí od roku 1997. Je to vyšetření jednodušší, které lze opakovat, aniž by byla žena zatěžována. Ultrazvukovým vyšetřením lze zjistit typ a příčina inkontinence. (Martan, 2006, s. 43)

„V současnosti při ultrazvukovém vyšetření nejčastěji sledujeme postmikční reziduum, paravaginální defekt, pozici a mobilitu urehtry, hrdla a báze močového měchýře, vezikalizaci proximální urehtry, tloušťku detruzoru, pomocí barevného dopplerovského vyšetření určujeme únik moči, eventuálně stanovujeme VLPP (tlak, při kterém je zaznamenán únik moči během Valsavova manévru.“ (Martan, 2006, s. 44)

4.7.3 Magnetická rezonance

Využívá se hlavně u komplikovaných případů, kde je potřeba zjistit umístění a pohyb močového měchýře. Tato metoda je vhodná u žen, které prodělaly více urogynekologických operací. (Martan, 2006, s. 43)

4.8 Urodynamické vyšetřovací metody

Díky těmto metodám lze zjistit tvar, funkci, pohyb moči a schopnosti udržování moči.

4.8.1 Cystometrie

Tato metoda se využívá ke zjištění hyperaktivity detruzoru. „Vodní nebo plynová cystometrie studuje vztah mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře, tlakem v močovém měchýři a tlakem v dutině břišní.“ (Martan, 2006, s. 44)

4.8.2 Uretrální tlakový profil

Tato metoda je využívána pro srovnávání hodnot před a po operaci. Měří se hodnoty intraluminálního tlaku, kdy se snímá intravezikální tlak a rozdíl uretrálního uzávěrového tlaku. (Martan, 2006, s. 44)

4.8.3 Uroflowmetrie

Měří se objem moči, který proudí uretrou za určitý čas. Tímto vyšetřením se zjistí průběh mikce. (Martan, 2006, s. 40)

4.8.4 Elektromyografie

„Studuje elektrické potenciály vzbuzené depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního za použití povrchových nebo jehlových elektrod.“ Touto metodou můžeme zjistit, zda fungují svěrače a zjistíme funkčnost dna pánevního za pomoci zátěžových testů. Vyšetřením se dá zjistit efektivita léčby gymnastikou svalů dna pánevního. (Martan, 2006, s. 45)

5 LÉČBA

Léčbu dělíme na konzervativní a chirurgickou. Řídí se dle typu a stupně inkontinence a určuje ji lékař.

5.1 Medikamentózní léčba

Většinou se využívají léky, které zvyšují tlak v oblasti močové trubice. Nejčastěji se podávají estrogeny, které jsou vkládány do pochvy. (© *Gona*)

„Další možností léčby stresové inkontinence zahrnuje hormonální substituční léčbu, agonisty adrenergických alfa i beta receptorů, antagonisty adrenergických beta-receptorů, tricyklická antidepresiva, antagonisty acetylcholinových receptorů.“ Většina těchto léčiv není schválena a s léčbou přináší i nežádoucí účinky jako jsou vznik rakoviny, poruchy srdečního rytmu, nevolnost, zvracení. Možnosti farmakologické léčby stresové inkontinence jsou bohužel velmi omezené. (Martan, 2006, s. 57)

U urgentního typu se využívají parasympatolytika. (Martan, 2006, s. 57)

5.2 Rehabilitace

„Vypracování soustavy cviků posilujících svaly pánevního dna slouží k rehabilitaci svalstva. V důsledku cvičení se zvyšuje klidový uzavírací tlak v močové trubici a zlepšuje se také koordinace při kontrakcích svalů pánevního dna v průběhu stresových manévrů (kašel, smích, kýchání). Pro efektivitu léčby je velmi důležitá motivace pacientky a její schopnost absolvovat celý program fyzioterapie. K rehabilitačním metodám patří“: (© *Gona*)

5.2.1 Cviky

„Doporučuje se cvičit 3x denně po dobu 20 minut. Zlepšení příznaků inkontinence je patrné asi u 75% pacientek.“ (© *Gona*)

5.2.2 Vaginální kužely

Jedná se o cvičení svalstva pánevního dna poševně umístěnými předměty, které pacientka nosí. Po určité době, kdy je bez problému v pochvě udrží, jsou měněny za další o větší hmotnosti. Musí se nosit denně po dobu 20 minut. Příznivé výsledky léčby jsou udávány asi v 50% případů.

5.2.3 Elektrostimulace

„Jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervosvalových struktur pánevního dna pomocí pošečně umístěné elektrostimulační sondy. Efekt stimulace je způsoben hlavně kontrakcí příčně pruhovaného svalu. Používá se stimulace po dobu 30 minut denně v průběhu dvaceti až třiceti dnů. Příznivý efekt této metody na redukci symptomů stresové inkontinence se popisuje až v 60%.“ (© Gona)

5.2.4 Pesary

„Vaginální pesary mají odstranit stresovou inkontinenci tím, že upravují porušené anatomické poměry. K dispozici je řada nových pesarů různých velikostí, které jsou vyrobeny z rozmanitých materiálů. Mechanismus účinku je velmi podobný principům chirurgické terapie stresové močové inkontinence. Pesary se v současnosti používají často jen jako provizorium před plánovanou operací. Dlouhodobé použití bývá doporučováno jen u těch žen, kdy není operační léčba možná anebo je samotnou pacientkou odmítána.“ (© Gona)

5.3 Chirurgická léčba

TVT- Pension free Vaginal tape, beznapěťová podpora při inkontinenci

TVT-O - obturatorní systém- pro zavedené pásky přes foramen obturatum

(Čermák a Pacík, 2006, s. 70)

„Metoda je indikována u pacientek se stresovou inkontinencí zapříčiněnou hypermobilitou urethry nebo insuficiencí vnitřního svěrače. V případě smíšené a urgentní inkontinence musí být pacientka informována, že operace řeší pouze stresovou inkontinenci. (Čermák a Pacík, 2006, s. 70)

„Nová operační technika TVT je založena na použití speciálně vyvinuté pásky (speciální síťová struktura, která tvoří podporu pro močovou trubici. Patří mezi smyčkové operace, ale smyčku nenakládáme pod hrdlo močového měchýře jako klasických operací, ale pod distální urethru. Dochází, tak ke kompresi distální urethry páskou, která přenáší změny intraabdominálního tlaku. Výhodou je možnost spolupráce pacientky při operaci, kdy při svodné analgezii můžeme nastavit tah pásky a minimalizovat tak vznik pooperační urgency.“ (Čermák a Pacík, 2006, s. 70-71)

Postup: Provede se místní znecitlivění, aby lékař mohl komunikovat s pacientkou. Provedou se tři řezy. Jeden v pochvě a dva nad stydkou kostí. Poté se speciálním zavaděčem protáhne páska tak, aby oba její konce vycházely řezy nad stydkou kostí. Poté se páska utahuje.

Pokud pacientka nemá komplikace, tak může po několika hodinách od operace odejít domů. Po zákroku by žena neměla zvedat těžká břemena a měla by se vyhnout pohlavnímu styku po dobu 4-6 týdnů. (Čermák a Pacík, 2006, s. 71)

6 INKONTINENČNÍ POMŮCKY

V dnešní době je možnost využívat velké množství pomůcek k inkontinenci. Většina pomůcek je jednorázových a jejich hlavní funkcí je spolehlivá a rychlá absorpce moči, zabránění zápachu a přínos co největšího komfortu. Jejich výběr volíme dle stupně inkontinence. Dále si žena může vybrat podle velikosti, kvality, ceny a značky. Většinu pomůcek hradí pojišťovna. (Inkontinence, 2010)

6.1 Vložky

Vkládají se do kalhotek a jsou vhodné při malém úniku moči. Mají menší absorpční plochu a jsou tedy diskrétní a přesto spolehlivé. Využijí je ženy prvním stupněm inkontinence. Existují různé velikosti, tloušťky, savost. (Inkontinence, 2010)

6.2 Vkládací pleny

Fungují na stejném principu jako vložky s tím rozdílem, že mají větší absorpční plochu a nejsou zas až tak diskrétní. Vhodné zejména pro druhý stupeň inkontinence.

Navlékací plenkové kalhotky- zajišťují komfort u mobilních pacientek, které mají středně silný stupeň inkontinence. Jsou to prodyšné kalhotky, které lze jednoduše obléct, tak jako klasické spodní prádlo. (Inkontinence, 2010)

6.3 Plenkové kalhotky

Využijí je převážně imobilní pacienti, kteří trpí těžkým stupněm inkontinence. (Inkontinence, 2010)

6.4 Fixační kalhotky

Je možnost vkládat do nich vložky nebo vložné pleny. (Inkontinence, 2010)

6.5 Podložky pod nemocné

Využívají se pro nemocné při těžkém stupni inkontinence, kteří jsou upoutáni na lůžko. (Inkontinence, 2010)

6.6 Kosmetika

Doporučuje se provádět pravidelná hygiena genitálu, ale nedocházelo k zánětu, poškození a podráždění kůže. K těmto účelům jsou vhodné speciální mýdla, mycí emulze, vlhčené ubrousky, čistící pěny. Po důkladné hygieně je důležitá následná péče o pokožku v oblasti genitálu krémy a oleji. (Inkontinence, 2010)

6.7 Značky pomůcek

Tena, Seni, Euron, Abena, Hartmann, Pfizer,

7 KVALITA ŽIVOTA

Kromě účinné léčby očekávají pacienti změnu kvality života, což může vést k jejich nespokojenosti s výsledkem léčby. Nemoc, bolest, tělesné změny vedou ke změnám kvality života. Pacient mnohdy může ztotožňovat úspěšnost v životě také se svou nemocí. Často je také nespokojen po úspěšném zákroku. To znamená, že pacienti očekávají od léčby více (například rychlejší uzdravování). I méně úspěšnou léčbu považují za neúspěch a psychicky je to poznamená. Z hlediska medicínského může jít o zlepšení, ale pacient to tak ve vztahu ke kvalitě života nevnímá. Operační rány a jiné následky se stávají součástí pacientova života, na kterou se musejí adaptovat. Pokud se nevěnuje pacientovi dostatečná pozornost, co se týče spokojenosti s léčbou, může to vést až k nedůvěře k lékaři a medicíně. (Payne a kolektiv, 2005, s. 176-180)

O kvalitě života se diskutuje již od 20. let 20. století zejména v souvislosti s hospodářským růstem a úlohou státu. Později se objevují názory, že je důležitější, za jakých podmínek se lidem žije. Ve 2. polovině 20. století je kvalita života i součástí politických cílů a tento pojem zdomácněl i v sociologii. Kvalita života se stává termínem pro výzkumné účely. Na přelomu tisíciletí se studiu kvality životy věnují celé výzkumné týmy. (Payne a kolektiv, 2005, s. 206)

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních 10 letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. (Payne a kolektiv, 2005, s. 206)

Kvalitou života se zabývá mnoho vědních disciplín, například psychologie, sociologie, ekologie, medicína, přičemž ve zdravotnictví je nejdůležitější poskytovaná péče nebo zdravotnické programy.

Pokud se chceme zabývat definicí kvality života, dospějeme k závěru, že je velmi těžké ji definovat, protože každá definice vychází z jiných hledisek a zkoumá jiný cíl. (Payne a kolektiv, 2005, s. 351)

Kvalitu života můžeme chápat jako vzájemné působení mnoha různých faktorů. Například zdravotní, sociální a ekonomické podmínky, které ovlivňují vývoj jedince ve společnosti. Kvalitu života můžeme posuzovat subjektivně i objektivně.

„Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života, je zprostředkována očekáváním.“ (Payne a kolektiv, 2005, s. 208)

Dále může být tento pojem definován jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociovan s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, TK, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby...) se sledují subjektivní i objektivní údaje po fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí, či prožívaná míra úzkosti či napětí.“ (Payne a kolektiv, 2005, s. 211)

Zvláště u pacientů, kde nelze dosáhnout úplného uzdravení se hovoří o kvalitě života jako o cíli. (Payne a kolektiv, 2005, s. 211)

7.1 Měření kvality života objektivními ukazateli

Otázka kvality života se zkoumá především od poloviny 20. století v důsledku zvyšujícího se počtu starších pacientů, u kterých byla úspěšná léčba, s čímž je spojen i problém kvality života. K jeho řešení je možné použít několika metod, jejichž podstata spočívá v hodnotícím systému odchylek daného stavu pacienta od stavu normálního, kdy se zkoumá např. potřeba cizí pomoci, jeho práceschopnost a sebeobslužnost, nutná podpůrná péče apod. Všechna kritéria jsou obodována, podle míry stavu pacienta. Tyto metody je vhodné doplnit slovně, např. jak pacient zvládá míru těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta, emocionální stav apod. (Payne a kolektiv, 2005, s. 281)

V celosvětovém měřítku je nejčastějším používaným systémem Spitzerův systém, který zahrnuje kritéria kvality: pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech, finanční situace, volný čas, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí o následcích nemoci, komunikace,

vztah s přáteli a rodinou. Pacient pochopitelně může vnímat kvalitu svého života vnímat jinak, než jej hodnotí lékař. (Payne a kolektiv, 2005, s. 286)

Kvalita života se zkoumá i z mnoha dalších hledisek: pohlaví a věk. Výzkumy se ale značně liší, podle toho o jaké analýzy se jedná a co je jejich předmětem. Tyto analýzy se zabývají jedinci, kteří žijí sami, ale párovým soužitím nebo rozvedeným pářím. Manželství může přispět ke zlepšení kvality života žen. Rozvedené ženy vykazují horší kvalitu života. (Payne a kolektiv, 2005, s. 418)

Dále se kvalita života zkoumá z hlediska sociologického, což znamená, že vliv může mít sociální minulost, současnost i minulost člověka, vztahy k druhým lidem, skupinám, politice. Dále má vliv vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav a již zmíněné partnerství a rodičovství, úroveň sociálních služeb a sociálního zabezpečení. Rostoucí stupeň vzdělání a vyšší příjmy mají vliv na kvalitu života, protože tyto lidé jsou více konkurence schopní a umí více řešit existenční problémy a jsou flexibilnější. Ne vždy to ale musí platit. (Payne a kolektiv, 2005, s. 418)

7.2 Kvalita života s močovou inkontinencí

Kvalita života žen s močovou inkontinencí je ovlivněna v oblasti bio-psycho-sociální. Trpí v partnerských vztazích, sexuální oblasti, v zaměstnání a v běžném životě vůbec. Každodenní činnosti podřizují močové inkontinenci, to znamená, že musejí svůj čas organizovat podle dostupnosti toalet a hygienických potřeb. Navíc mnoho žen se za svůj stav stydí a odbornou pomoc nevyhledá, protože si myslí, že tento problém nemá řešení. Většina lékařů nevnímá subjektivní pocity kvality života pacientek, ale řeší hlavní problém a to inkontinenci samotnou. Přesto by měla být kvalita života při inkontinenci také cílem léčby. (Horčíčka, 2006)

7.3 Měření kvality života v urogynekologii

Měření kvality života nemá vliv na léčbu samotnou, ale na psychický stav.

Většinou se k měření využívá různých typů dotazníků nebo rozhovoru s pacientkou. Rozhovory a dotazníky se většinou zaměřují na:

- „fyzické funkce (pohyblivost, péče o sebe, cvičení)

- emoční funkce (deprese, strach, obavy)
- sociální oblast (kontakty, zájmová činnost, intimní oblast)
- práce (zařazení v pracovním procesu, starost o domácnost, nákupy)
- bolest
- spánek
- specifické vztažené ke zkoumanému symptomu“. (Horčíčka, 2006)

7.4 Faktory zhoršující kvalitu života

Močová inkontinence zhoršuje kvalitu života v mnoha směrech, i když každá žena problémy může vnímat jinak v závislosti na typu inkontinence, věku, sociální skupině a ekonomické situaci.

„Ve vyspělých zemích se medicína stále více orientuje na chronická onemocnění, která sice nezkracují život, ale zhoršují jeho kvalitu.“

„Ačkoliv bychom očekávali největší zhoršení kvality života podle závažnosti úniku moči a délce trvání symptomů inkontinence, existují studie, které tuto skutečnost nepotvrzují.“

Ve více studiích bylo dokázáno, že je důležité zaměřit se na kvalitu života inkontinentních žen a změnit tak přístup k jejich léčbě (Horčíčka, 2006).

7.5 Dotazníky hodnotící kvalitu života s inkontinencí

„**CONTI LIFE:** Dotazník je určen pro ženy se stresovou inkontinencí. Skládá se z 28 otázek hodnotících stav v posledních 4 týdnech. Hodnotí se vliv na běžné denní aktivity a aktivity spojené s námahou, emocionální důsledky, vliv na pohlavní život, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení. Využívá se i k hodnocení efektu operační léčby stresové inkontinence pomocí polypropylenové TVT pásky.“ (Rybárova, 2010)

„**KHQ – Kings` s Health Questionnaire:** Dotazník se používá u žen a mužů s urgentní i stresovou inkontinencí moči. Skládá se z 21 otázek, které hodnotí současný stav obtíží. Hodnotí omezení v oblasti fyzické aktivity, sociální aktivity a mezilidských vztahů, emocionální

problémy, vliv na spánek a celkovou únavu, stupeň závažnosti opatření vyvíjených na vyrovnání se s obtížemi a vliv na celkový zdravotní stav. Používá se k dlouhodobému i krátkodobému hodnocení kvality života.“ (Rybářova, 2010)

„I-QoL – Incontinence-Quality of Life questionnaire: Dotazník se skládá z 22 otázek. Je určený k hodnocení kvality života pacientů s inkontinencí moči v rámci nutnosti sebeomezení v obvyklých činnostech, její psychosociální a sociální dopad.“ (Rybářova, 2010)

„ISQ-P – Incontinence Stress Questionnaire for Patients: Používá se jako pomůcka při hodnocení dlouhodobých psychologických důsledků spojených s inkontinencí moči. Obsahuje 20 otázek, které se týkají období posledního týdne, a zaměřuje se na hodnocení vlivu inkontinence na vznik depresí, sociální dopad a estetické či somatické postižení pacientů.

Quality of life questionnaire for urinary urge incontinence: Jde o dotazník s 24 otázkami, který hodnotí urgentní inkontinenci u žen. Hodnotí vliv na denní aktivity a emoce, na spánek, celkový stav a sebehodnocení.“ (Rybářova, 2010)

„SII -SI – Symptom Impact Index for Stress Incontinence: Dotazník hodnotí 3 otázky týkající se nevyhnutelnosti omezení běžných aktivit způsobené stresovou inkontinencí u žen za období posledního roku.“ (Rybářova, 2010)

„UISS – Urinary Incontinence Severity Score: Jde o dotazník obsahující 10 otázek, ze kterých 4 kvantifikují únik moči a 6 z nich hodnotí vliv inkontinence na běžné denní aktivity žen.“ (Rybářova, 2010)

„URI S – Urge Impact Scale: Dotazník hodnotí vliv urgentní inkontinence na kvalitu života starších pacientů. Tvoří ho 24 otázek, které hodnotí stav obtíží (psychika, zvládání běžných situací, pocit sebejistoty) v průběhu posledního měsíce.“ (Rybářova, 2010)

„U-II Q – Urge-Incontinence Impact Questionnaire: Dotazník obsahuje 32 otázek, které hodnotí vliv urgentní inkontinence, nykturie a spokojenosti s léčbou za období posledních 4 týdnů na kvalitu života.“ (Rybářova, 2010)

„UIHI – Urinary Incontinence Handicap Inventory: Dotazník je určen pro starší ženy s urgentní inkontinencí, obsahuje 17 otázek, které hodnotí vliv inkontinence na běžné denní aktivity, fyzickou námahu, emoce a sociální důsledky obtíží.“ (Rybářova, 2010)

YIPS – York Incontinence Perception Scale: Dotazník vyhodnocuje inkontinenci mužů a žen pomocí 8 otázek zaměřených na současný stav obtíží. (Rybářova, 2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL PRÁCE

Zjistit subjektivní vnímání kvality života u ženy s močovou inkontinencí.

8.1 Dílčí cíle

Cíl 1:

Zjistit, zda má četnost porodů vliv na inkontinenci

Cíl 2:

Zjistit, zda má žena obavy.

Cíl 3:

Zjistit, zda se žena bojí neznámého prostředí.

Cíl 4:

Zjistit, jak se žena cítí po psychické stránce (deprese, úzkost, stud)

Cíl 5:

Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech.

Cíl 6:

Zjistit, zda má žena radost ze života.

Cíl 7:

Zjistit, jakým typem inkontinence ženy nejčastěji trpí.

Cíl 8:

Zjistit, jaké pomůcky používají inkontinentní ženy nejčastěji.

Cíl 9:

Zjistit, zda žena věří v léčbu.

Cíl 10:

Zjistit, od jakého věku nejčastěji ženy trápí inkontinence.

9 METODIKA PRÁCE

9.1 Formulace problému

Kvalita života žen s močovou inkontinencí je ovlivněna v oblasti bio-psycho-sociální. Ženy trpí v partnerských vztazích, sexuální oblasti, v zaměstnání a v běžném životě vůbec. Každodenní činnosti podřizují močové inkontinenci, to znamená, že musejí svůj čas organizovat podle dostupnosti toalet a hygienických potřeb. Navíc mnoho žen se za svůj stav stydí a odbornou pomoc nevyhledá, protože si myslí, že tento problém nemá řešení. Většina lékařů nevnímá subjektivní pocity kvality života pacientek, ale řeší hlavní problém a to inkontinenci samotnou. Přesto by měla být kvalita života při inkontinenci také cílem léčby. (Horčička, 2006)

Výsledky průzkumného šetření by měly přispět k řešení problému inkontinence a tím i zlepšení kvality života.

9.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy trpící inkontinencí. Nejvyšší počet respondentek tvořily ženy ve věku 46 – 65 let. Na gynekologickém oddělení bylo postupně rozdáno 50 dotazníků. Ty byly rozdávány osobně na doporučení staniční sestry. Kritéria výběru vzorku: věk od 20 let, ženy s močovou inkontinencí. Respondentky tvořily převážně ženy, které čekaly na operaci. Ostatní ženy měly jiné urologické nebo gynekologické problémy. Návratnost těchto dotazníků činila 100 %. Další dotazníky byly postupně rozdávány v mém okolí ženám, trpícím inkontinencí. Bylo rozdáno 20 dotazníků, vráceno bylo 17 kompletně vyplněných dotazníků. Návratnost tedy byla 85 %.

9.3 Metoda sběru dat

Pro tuto práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Tedy modifikovaný standardizovaný dotazník IQoL, který obsahoval 29 otázek. Dotazník byl rozdělen na 2 části. První část tvořilo 7 otázek, kterými byl zjištěn věk respondentek, vzdělání, zaměstnání, počet porodů, jakým typem a od kdy inkontinencí trpí a jaké pomůcky využívají. Druhou část tvořilo 22 otázek, jež zjišťovaly kvalitu života. Respondentky měly možnost označit své obtíže na Likertově škále 1-5 (1- velmi silně, 2- poměrně dosti, značně, často, 3- občas, mírně, někdy, poněkud, 4- výjimečně, málokdy, jen málo, 5- ne, nikdy). Dotazník obsahoval 26 uzavřených otázek s jednou možnou odpovědí. Pouze jedna otázka byla otevřená.

Dotazníky vyplnilo celkem 67 žen.

9.4 Organizace průzkumu

Výzkum probíhal od 26. 11. 2012 do 19. 4. 2013 v KNTB ve Zlíně na gynekologickém oddělení, které poskytuje komplexní péči v diagnostice a léčbě poruch dolních cest močových. Dotazníky byly rozdány po souhlasu náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Šetření bylo zcela anonymní.

9.5 Zpracování dat

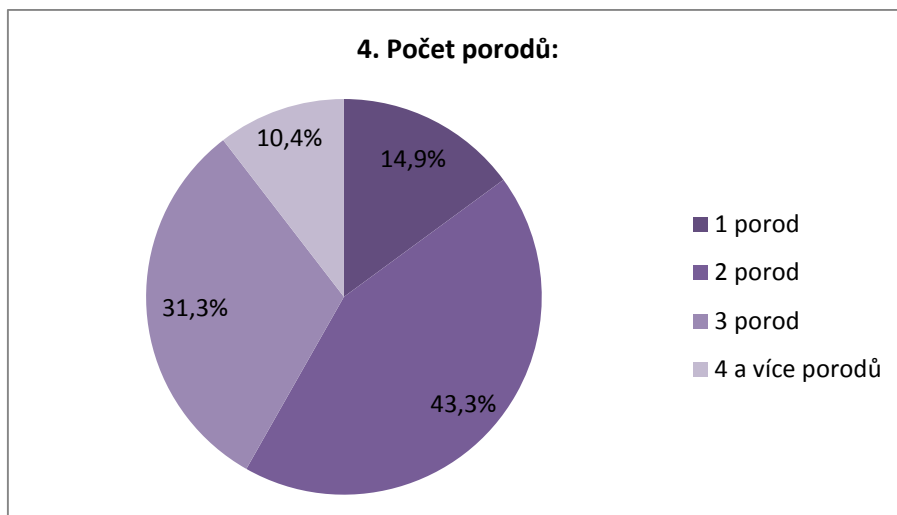
Výsledky získané z dotazníků byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010.

10 VÝSLEDKY

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce 32 (47,8 %) respondentek bylo ve věku 46 – 65 let. Nejméně odpovídaly ženy ve věku 20 – 30 let (3) a 76 a více let (3).

Z celkového počtu 67 respondentek odpovědělo, že má nejvyšší dosažené vzdělání základní 6 (9 %), nejvyššího počet respondentek má středoškolské vzdělání bez maturity 25 (37,3%), 26 (38,8 %) respondentek má středoškolské vzdělání s maturitou a 10 (14,9 %) žen má vysokoškolské vzdělání.

Dále vyplývá, že nejvíce respondentek 27 (40,3 %) je v důchodu, 3 (4,5 %) respondentky neuvedly zaměstnání, 4 (6 %) respondentky uvedly, že jsou nezaměstnané a 4 (6 %) respondentky jsou na mateřské dovolené. Fyzicky náročnější povolání (gastronomie, pohostinství, potravinářství, výroba, průmysl, provoz a služby, zdravotnictví) má 10 (15 %) dotazovaných žen. Fyzicky nenáročná povolání (prodej a podnikání, administrativa, finance, ekonomika, vzdělávání) má 19 (28 %) respondentek.



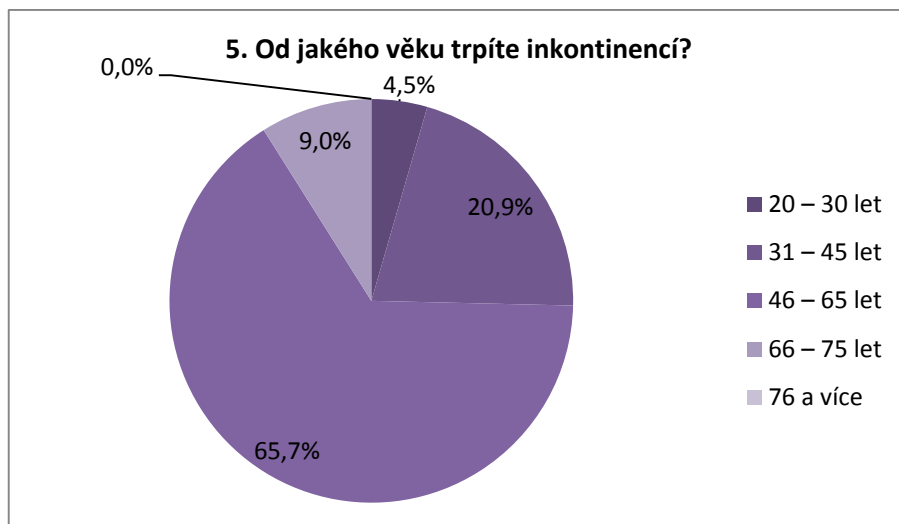
Graf 1: Počet porodů

Počet porodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	0	0 %
1	10	14,9 %
2	29	43,3 %
3	21	31,3 %
4 a více	7	10,4 %

Tabulka 1: Počet porodů

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, jestli má větší počet porodů vliv na inkontinenci*, se vážala položka z dotazníku č. 1 (graf a tabulka 1), která určovala počet porodů respondentky.

Z grafu 1 vyplývá, že jeden porod mělo 10 (14,9 %) dotazovaných žen. Nejvíce odpovídaly ženy, které měly 2 porody 29 (43,3 %). Tříkrát rodilo 21 (31,3 %) respondentek a 4 a více porodů uvádí 7 (10,4 %) dotazovaných žen.



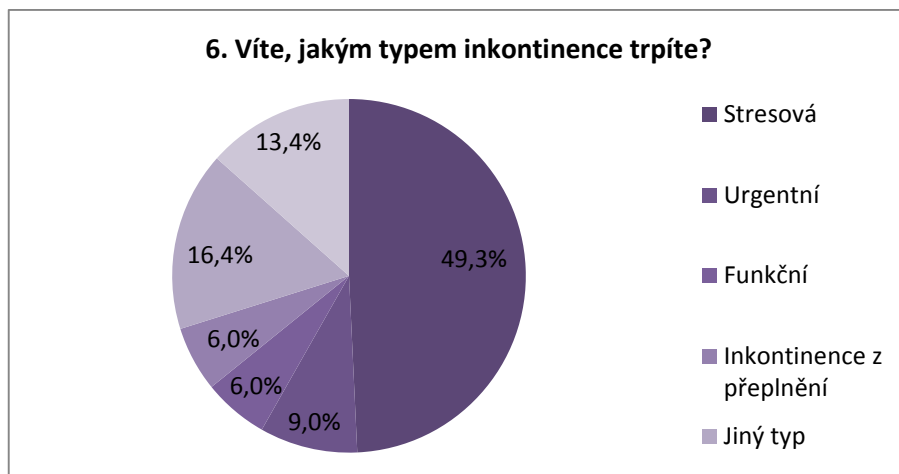
Graf 2: Nejčastější věk začátku inkontinence

Od jakého věku žena trpí inkontinencí	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 – 30 let	3	4,5 %
31 – 45 let	14	20,9 %
46 – 65 let	44	65,7 %
66 – 75 let	6	9,0 %
76 a více	0	0,0 %

Tabulka 2: Nejčastější věk začátku inkontinence

K dílčímu cíli č. 10 *Zjistit, od jakého věku nejčastěji ženy trápí inkontinence*, se vážala položka dotazníku č. 5 (graf a tabulka 2), která zjišťovala, od jakého věku respondentka trpí inkontinencí.

Z šetření vyplynulo, že nejvíce ženy trpí inkontinencí od věku 46 – 65 let, 44 (65,7 %) respondentek. Ve věku 20 – 30 let začala inkontinence 3 (4,5%) ženám. Od věku 31 – 45 let trpí 14 (20,9 %) dotazovaných žen inkontinencí. A pouhých 6 (9 %) žen uvedlo, že inkontinencí trpí až od věku 66 – 75 let.



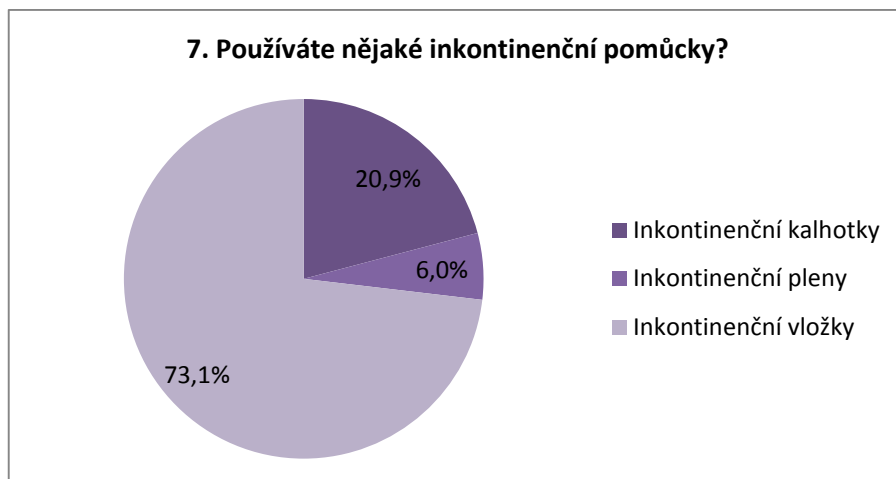
Graf 3: Typ inkontinence

Typ inkontinence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stresová	33	49,3 %
Urgentní	6	9,0 %
Funkční	4	6,0 %
Inkontinence z přeplnění	4	6,0 %
Nevím	11	16,4 %
Jiný typ	9	13,4 %

Tabulka 3: Typ inkontinence

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit, jakým typem inkontinence ženy trpí nejčastěji*, se vážala položka dotazníku č. 6, která zjišťovala typ inkontinence.

Na otázku č. 6 odpovědělo nejvíce 33 (49,3 %) respondentek, že trpí stresovou inkontinencí. Urgentním typem je postiženo 6 (9 %) žen. Funkční typ inkontinence mají 4 (6 %) dotazované ženy, inkontinenci z přeplnění uvedly 4 ženy (6 %). Překvapivě 9 (13,4 %) respondentek uvedlo, že neví, jakým typem inkontinence trpí. Jiný typ uvádí 11 (16,4 %) respondentek.



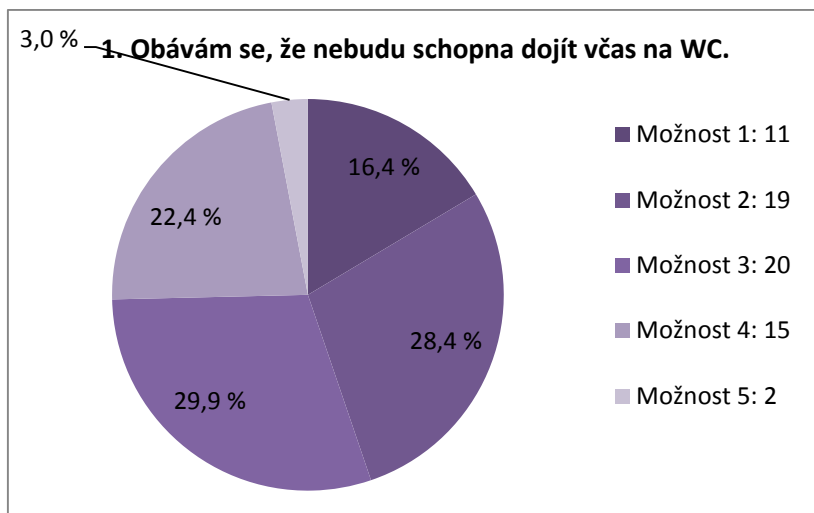
Graf 4: Inkontinenční pomůcky

Inkontinenční pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Inkontinenční vložky	49	73,1 %
Inkontinenční kalhotky	14	20,9 %
Inkontinenční pleny	4	6 %

Tabulka 4: Inkontinenční pomůcky

K dílčímu cíli č. 8 *Zjistit, jaké pomůcky používají inkontinentní ženy nejčastěji*, se vztahovala otázka č. 7 (graf a tabulka 4), která zjišťovala, jaké pomůcky žena používá.

Z šetření vyplývá, že dotazované ženy nejvíce používají inkontinenční vložky- 49 (73,1 %) respondentek. Inkontinenční kalhotky používá 14 (20,9 %) žen. Pleny pouze 4 (6 %) ženy.



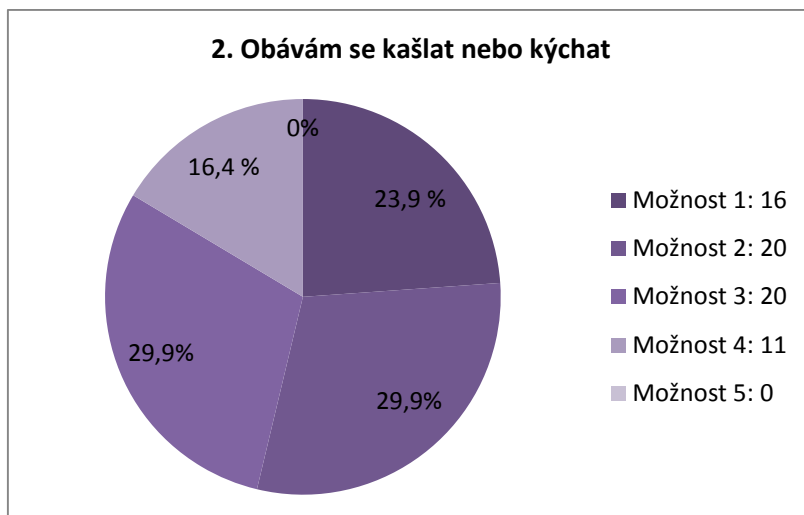
Graf 5: Obava z neschopnosti dojít včas na WC

Obava z neschopnosti dojít včas na WC	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	11	16,4 %
2- poměrně dosti, značně, často	19	28,4 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	20	29,9 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	15	22,4 %
5- ne, nikdy	2	3,0 %

Tabulka 5: Obava z neschopnosti dojít včas na WC

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena nějaké obavy*, se vážala položka dotazníku druhé části č. 1 (graf a tabulka 5), která zjišťovala obavu ženy z neschopnosti dojít včas na WC.

Na otázku č. 1 odpovědělo 11 (16,4 %) respondentek že se velmi silně bojí, že nebudou schopny dojít včas na WC. Odpověď „poměrně dosti, značně, často“ uvedlo 19 (28,4 %) dotazovaných žen, nejvíce odpovědi 20 (29,9 %) bylo u odpovědi 3 tedy občas, mírně, někdy, poněkud. Odpověď „výjimečně, málokdy, jen málo“ uvedlo 15 (22,4 %) respondentek. Pouze 2 (3 %) dotazované ženy se nebojí, že nebudou schopny dojít včas na WC.



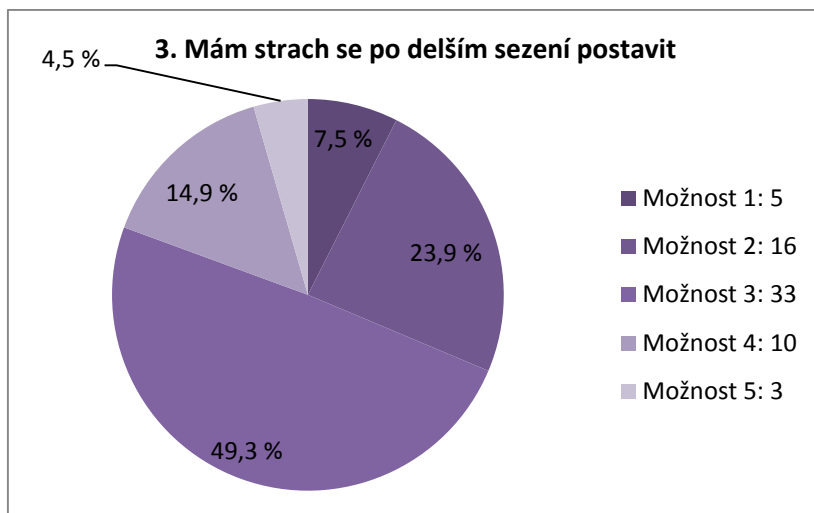
Graf 6: Obava z kašláni nebo kýcháni

Obava z kašláni nebo kýcháni	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	16	23,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	20	29,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	20	29,9 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	11	16,4 %
5- ne, nikdy	0	0,0 %

Tabulka 6: Obava z kašláni nebo kýcháni

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena obavy, se vázala otázka č. 2* (graf a tabulka 6), která zjišťovala, jestli se žena bojí kašlat nebo kýchat.

Z grafu 9 vyplývá, že 16 (23,9 %) respondentek se velmi silně obává kašlat nebo kýchat. Možnost č. 2 a č. 3 zvolil stejný počet respondentek 20 (29,9 %). Odpověď výjimečně, málokdy, jen málo uvedlo 11 (16,4 %) žen.



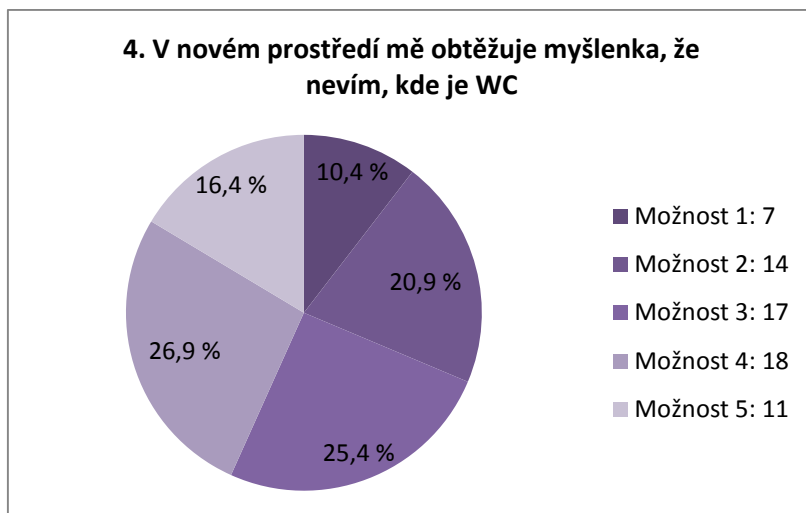
Graf 7: Strach postavit se po delším sezení

Strach postavit se po delším sezení	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	5	7,5 %
2- poměrně dosti, značně, často	16	23,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	33	49,3 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	10	14,9 %
5- ne, nikdy	3	4,5 %

Tabulka 7: Strach postavit se po delším sezení

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena obavy*, se vázala položka dotazníku č. 3 (graf a tabulka 7), která zjišťovala, zda má žena strach postavit se po delším sezení.

Na otázku č. 3 odpovědělo 5 (7,5 %) žen, že se velmi silně bojí po delším sezení postavit. Odpověď „poměrně dosti, značně, často“ zvolilo 16 (23,9 %) žen. Nejvyšší počet 33 (49,3 %) byl u odpovědi „občas, mírně, někdy“. Výjimečně nebo jen málo má strach 10 (14,9 %) dotazovaných žen. Pouze 3 (4,5 %) respondentky se vůbec nebojí po delším sezení postavit.



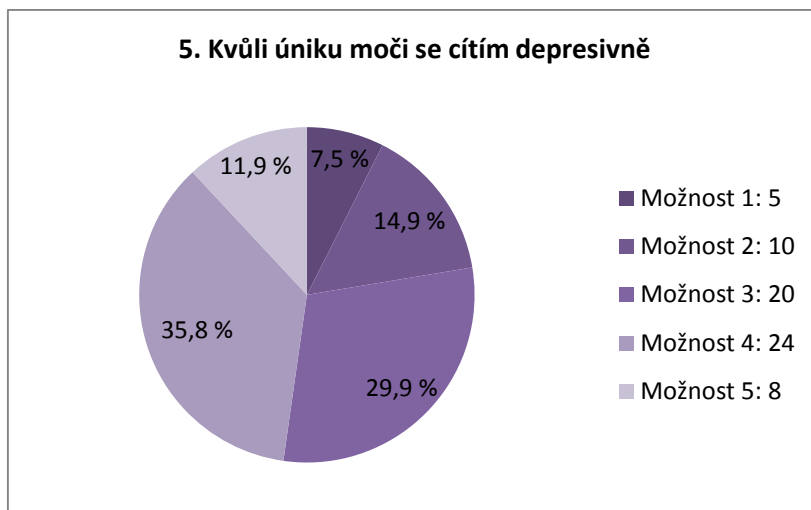
Graf 8: Myšlenka na WC

Strach z nového prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	7	10,4 %
2- poměrně dosti, značně, často	14	20,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	17	25,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	18	26,9 %
5- ne, nikdy	11	16,4 %

Tabulka 8: Myšlenka na WC

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda se žena bojí neznámého prostředí*, se vážala výzkumná otázka z druhé části dotazníku č. 4 (graf a tabulka 8), která zjišťovala, zda respondentku v novém prostředí obtěžuje myšlenka, že neví, kde je WC.

Z šetření vyplynulo, že 7 (10,4 %) žen z celkového počtu 67 velmi silně obtěžuje, že v novém prostředí neví, kde je WC. Poměrně dosti tato věc obtěžuje 14 (20,9 %) respondentek. 17 (25,4 %) žen uvedlo, že je občas nebo někdy obtěžuje, že neví, kde je WC. Odpověď „výjimečně, málokdy“ uvedlo překvapivě nejvíce žen a to 18 (26,9 %). A 11 (16,4 %) respondentek uvedlo, že je nikdy neobtěžuje, že neví, kde je v novém prostředí WC.



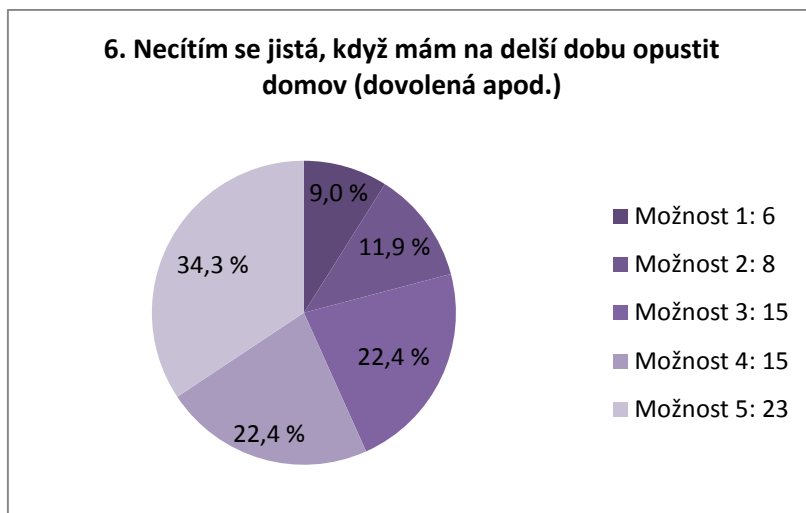
Graf 9: Deprese z úniku moči

Deprese z úniku moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	5	7,5 %
2- poměrně dosti, značně, často	10	14,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	20	29,9 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	24	35,8 %
5- ne, nikdy	8	11,9 %

Tabulka 9: Deprese z úniku moči

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, jak se žena cítí po psychické stránce*, se vážala výzkumná otázka č. 5 (graf a tabulka 9), která určovala, zda se žena cítí depresivně.

Z grafu 12 vyplývá, že pouze 5 (7,5 %) respondentek se cítí velmi depresivně. 10 (14,9 %) dotazovaných žen uvedlo odpověď „poměrně dosti, značně, často“. Odpověď č. 3 zvolilo 20 (29,9 %) respondentek. Nejvíce odpovědí 24 (35,8 %) bylo u čtvrté možnosti. Nikdy se necítí depresivně 8 (11,9 %) dotazovaných žen.



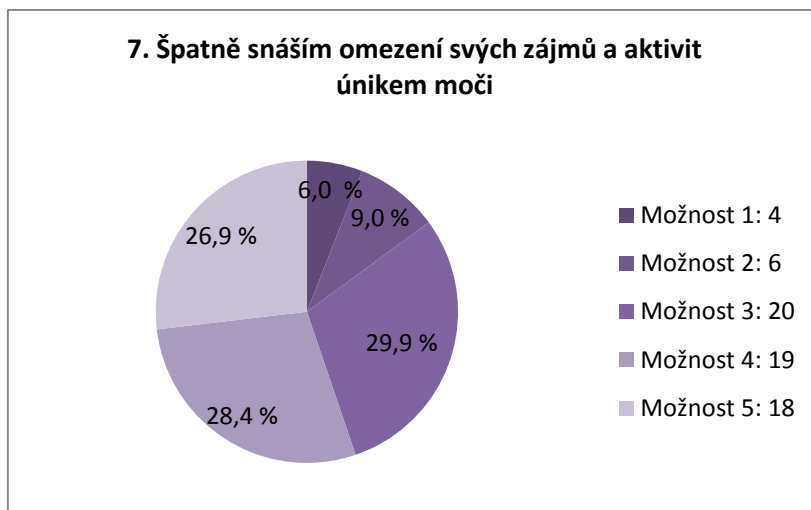
Graf 10: Nejistota při opuštění domova

Nejistota při opuštění domova	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	8	11,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	15	22,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	15	22,4 %
5- ne, nikdy	23	34,3 %

Tabulka 10: Nejistota při opuštění domova

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda se žena bojí neznámého prostředí*, se vážala výzkumná otázka z druhé části dotazníku č. 6 (graf a tabulka 10), která zjišťovala, zda se žena cítí nejistá, když má na delší dobu opustit domov.

Z šetření vyplývá, že se 6 (9 %) žen velmi silně necítí jisté, když mají opustit domov. Často se necítí jisté 8 (11,9 %) respondentek. Odpověď „občas, mírně, někdy, poněkud“ zvolilo 15 (22,4 %) respondentek, stejný výsledek byl i u odpovědi „výjimečně, málokdy“. Překvapivě 23 (34,3 %) respondentek se nikdy necítí nejisté při opuštění domova.



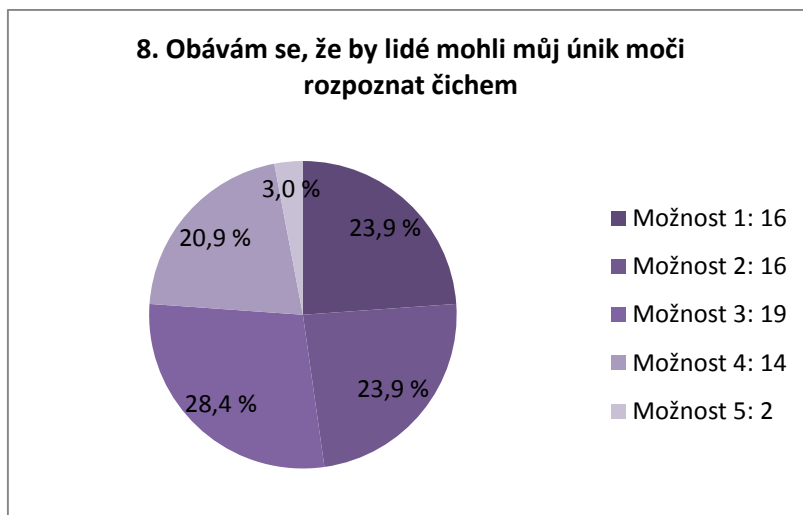
Graf 11: Omezení zájmů kvůli úniku moči

Omezení zájmů kvůli úniku moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	4	6,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	6	9,0 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	20	29,9 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	19	28,4 %
5- ne, nikdy	18	26,9 %

Tabulka 11: Omezení zájmů kvůli úniku moči

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vztahovala otázka č. 7 (graf a tabulka 11), která se dotazovala respondentek, jak snáší omezení svých zájmů a aktivit spojených s únikem moči.

Z grafu 14 vyplývá, že pouze 4 (6 %) respondentky velmi silně špatně snáší omezení svých zájmů a aktivit spojených s únikem moči. Odpověď „poměrně dosti, značně, často“ uvedlo 6 (9 %) respondentek. Nejvíce odpovědí 20 (29,9 %) je u třetí možnosti. Výjimečně špatně snáší omezení 19 (28,4 %) respondentek. Odpověď „nikdy“ uvedlo 18 (26,9 %) dotazovaných žen.



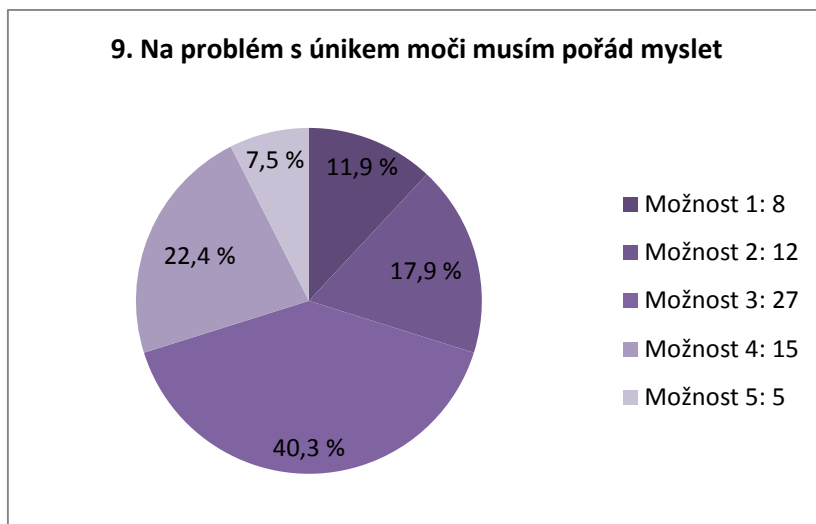
Graf 12: Obava z rozpoznání úniku moči okolím

Obava z rozpoznání úniku moči okolím	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	16	23,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	16	23,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	19	28,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	14	20,9 %
5- ne, nikdy	2	3,0 %

Tabulka 12: Obava z rozpoznání úniku moči okolím

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena obavy, se vážala otázka č. 8, která zjišťovala obavu z rozpoznání úniku čichem okolím.*

Na otázku, zda se respondentka bojí, že by lidé mohli únik moči rozpoznat čichem, odpovědělo 16 (23,9 %) respondentek, že se velmi bojí. Stejný počet byl i u možnosti „poměrně dosti, značně, často“. Největší počet odpovědí 19 (28,4 %) je u možnosti „občas, mírně, někdy, poněkud“. Čtvrtou možnost zvolilo 14 (20,9 %) respondentek. Pouze 2 (3 %) dotazované ženy se vůbec neobávají, že by lidé mohli rozpoznat jejich únik moči čichem.



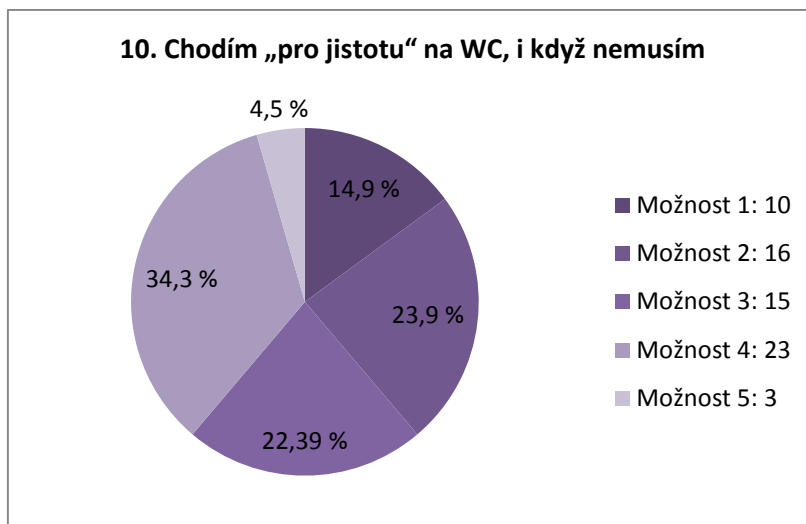
Graf 13: Myšlenka na únik moči

Myšlenka na únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	8	11,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	12	17,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	27	40,3 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	15	22,4 %
5- ne, nikdy	5	7,5 %

Tabulka 13: Myšlenka na únik moči

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech, se vážala otázka č. 9 (graf a tabulka 13), která zjišťovala, zda musí respondentka na únik moči pořád myslet.

Z grafu 16 vyplývá, že 8 (11,9 %) respondentek musí na problém s únikem moči pořád myslet. Často na tento problém myslí 12 (17,9 %) dotazovaných žen. Pouze občas nebo jen někdy na problém myslí nejvíce dotazovaných žen – 27 (40,3 %). Odpověď „výjimečně, málokdy, jen málo“ zvolilo 15 (22,4 %) respondentek a 5 (7,5 %) dotazovaných žen na problém s únikem moči nemyslí vůbec.



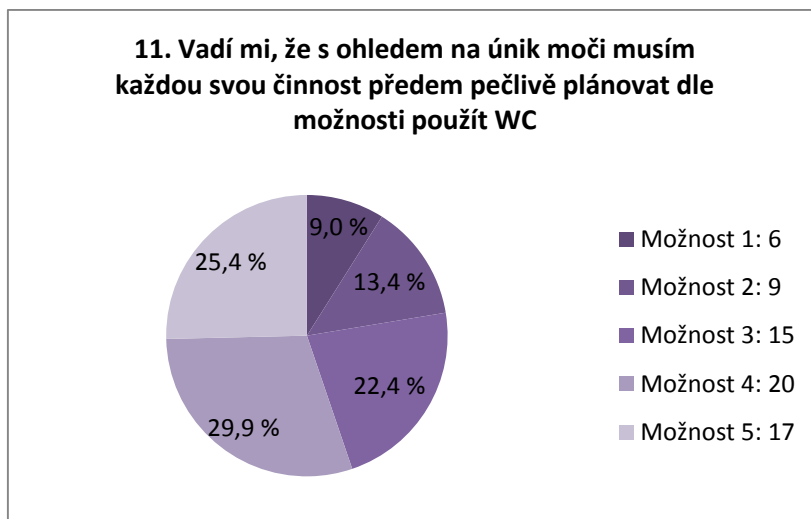
Graf 14: Četnost návštěv WC

Chození na WC	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	10	14,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	16	23,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	15	22,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	23	34,3 %
5- ne, nikdy	3	4,5 %

Tabulka 14: Četnost návštěv WC

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vážala otázka č. 10 (graf a tabulka 14), která zjišťovala, zda ženy chodí „pro jistotu“ na WC, i když nemusí.

Z šetření vyplývá, že na otázku č. 10 odpovědělo 10 (14,9 %) respondentek možnost č. 1, odpověď „často“ uvedlo 16 (23,9 %) respondentek. 15 (22,4 %) dotazovaných žen zvolilo odpověď „občas, někdy, poněkud“. Výjimečně nebo jen málo chodí „pro jistotu“ na WC, i když nemusí 23 (34,3 %) respondentek. Pouze 3 (4,5 %) dotazované ženy nechodí „pro jistotu“ na WC, i když nemusí.



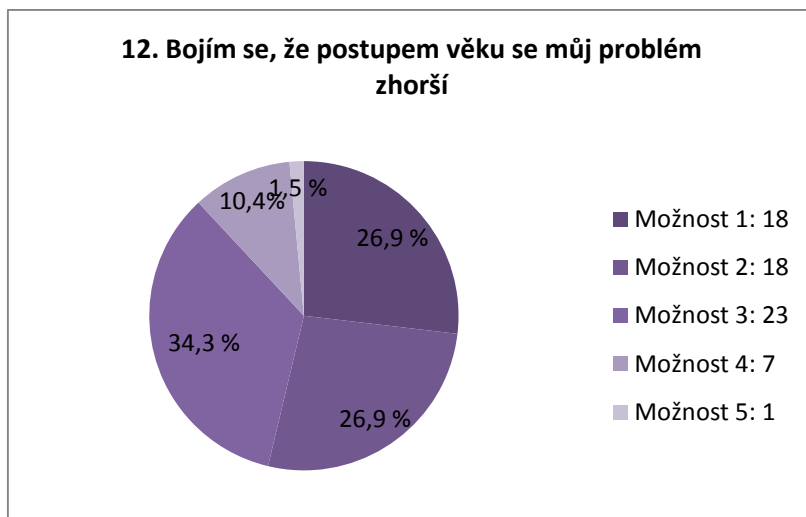
Graf 15: Plánování činností s ohledem na použití WC

Plánování činností s ohledem na WC	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	9	13,4 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	15	22,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	20	29,9 %
5- ne, nikdy	17	25,4 %

Tabulka 15: Plánování činností s ohledem na použití WC

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vážala otázka v dotazníku č. 11 (graf a tabulka 15), která zjišťovala, zda musí respondentka předem plánovat své činnosti s ohledem na inkontinenci.

Z grafu 18 vyplývá, že 6 (9 %) ženám velmi vadí, že musí s ohledem na únik moči, každou svou činnost předem pečlivě plánovat. Možnost č. 2 zvolilo 9 (13,4 %) respondentek. 15 (22,4 %) respondentek uvedlo, že jim občas nebo někdy vadí, že s ohledem na únik moči musí každou svou činnost pečlivě plánovat. Největší počet odpovědí je u 4. možnosti 20 (29,9 %). Překvapivě 17 (25,4 %) respondentek uvedlo, že jim vůbec nevadí, že musejí vše plánovat s ohledem na inkontinenci.



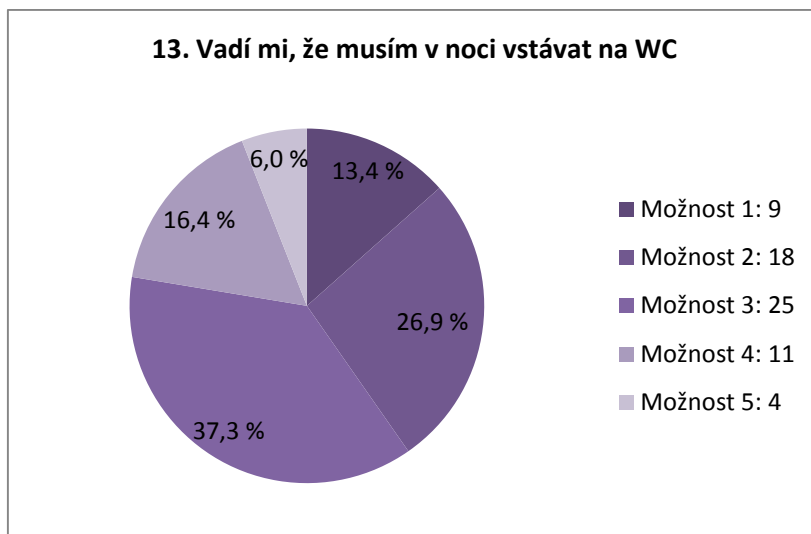
Graf 16: Strach ze zhoršení

Strach ze zhoršení	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	18	26,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	18	26,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	23	34,3 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	7	10,4 %
5- ne, nikdy	1	1,5 %

Tabulka 16: Strach ze zhoršení

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena obavy*, se vážala položka dotazníku č. 12 (graf a tabulka 16), která zjišťovala, zda se žena bojí, že se postupem věku její problém zhorší.

Z grafu 19 vyplývá, že 18 (26,9 %) respondentek se bojí, že se problém s postupem věku zhorší. Stejný počet je i u 2. možnosti. Nejvíce odpovědí bylo u třetí možnosti 23 (34,3 %). Odpověď „výjimečně, málokdy, jen málo“ zvolilo 7 (10,4 %) dotazovaných žen. Pouze 1 (1,5 %) respondentka se vůbec nebojí, že by se problém s inkontinencí mohl postupem věku zhoršit.



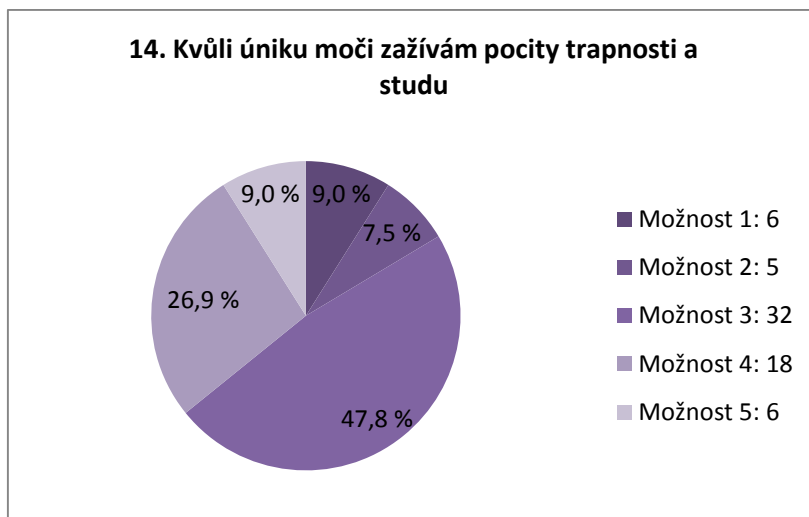
Graf 17: Noční vstávání na WC

Vstávání na WC	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	9	13,4 %
2- poměrně dosti, značně, často	18	26,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	25	37,3 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	11	16,4 %
5- ne, nikdy	4	6,0 %

Tabulka 17: Noční vstávání na WC

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech, se vážala položka dotazníku č. 13 (graf a tabulka 17), která zjišťovala, zda respondentce vadí, že musí v noci vstávat na WC.

Na otázku č. 13 odpovědělo 9 (13,4 %) respondentek, že jim velmi vadí, že musí v noci vstávat na WC. Poměrně dosti tento problém vadí 18 (26,9 %) ženám. Odpověď „občas, mírně, někdy, poněkud“ uvedlo 25 (37,3 %) žen, což byl největší počet. 11 (16,4 %) žen uvedlo 4. možnost a pouze 4 (6 %) dotazované ženy uvedly, že jim vůbec nevadí, že musí v noci vstávat na WC.



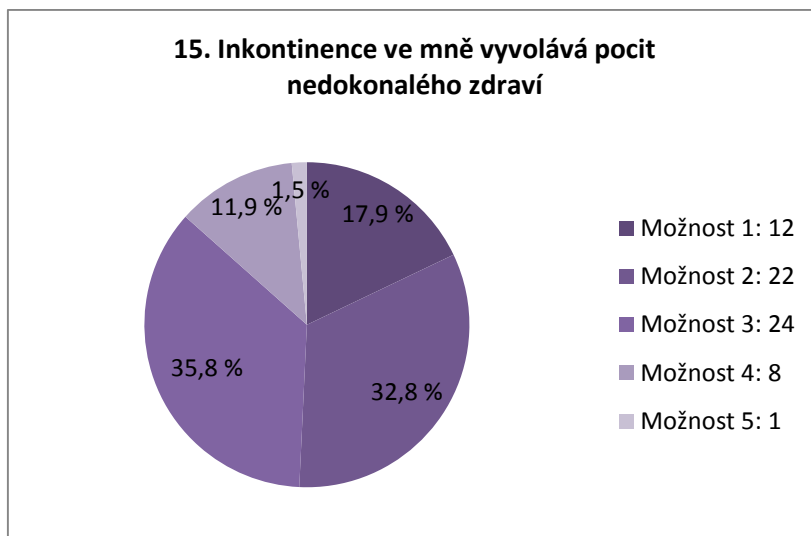
Graf 18: Zažívání pocitu trapnosti a studu

Zažívání pocitu trapnosti a studu	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	5	7,5 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	32	47,8 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	18	26,9 %
5- ne, nikdy	6	9,0 %

Tabulka 18: Zažívání pocitu trapnosti a studu

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, jak se žena cítí po psychické stránce*, se vážala položka dotazníku č. 14 (graf a tabulka 18), která zjišťovala, zda žena kvůli úniku moči zažívá pocity trapnosti a studu.

Z šetření vyplývá, že 6 (9 %) respondentek cítí stud. Poměrně dosti nebo často se cítí trapně nebo cítí stud 5 (7,5 %) respondentek. Nejvíce dotazovaných žen volilo odpověď „občas, mírně, někdy, poněkud“, 32 (47,8 %). Možnost č. 4 volilo 18 (26,9 %) respondentek. A 6 (9 %) dotazovaných nikdy necítí trapnost ani stud.



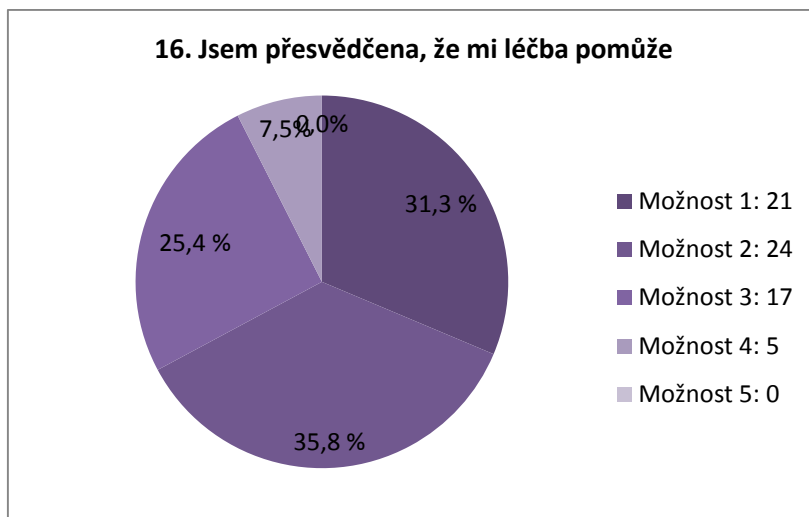
Graf 19: Pociť nedokonalého zdraví

Pocit nedokonalého zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	12	17,9 %
2- poměrně dosti, značně, často	22	32,8 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	24	35,8 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	8	11,9 %
5- ne, nikdy	1	1,5 %

Tabulka 19: Pociť nedokonalého zdraví

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, jak se žena cítí po psychické stránce*, se vázala položka dotazníku č. 15 (graf a tabulka 18), která zjišťovala, zda inkontinence v ženě vyvolává pocit nedokonalého zdraví.

Z grafu 19 vyplývá, že ve 12 (17,9 %) dotazovaných ženách, inkontinence velmi vyvolává pocit nedokonalého zdraví. Odpověď „poměrně dosti“ uvedlo 22 (32,8 %) respondentek. Nejvíce odpovědí je u možnosti „občas, mírně, poněkud“, 24 (35,8 %). Čtvrtou možnost zvolilo 8 (11,9 %) respondentek. Pouze 1 (1,5 %) dotazovaná žena odpověděla, že inkontinence v ní vůbec nevyvolává pocit nedokonalého zdraví.



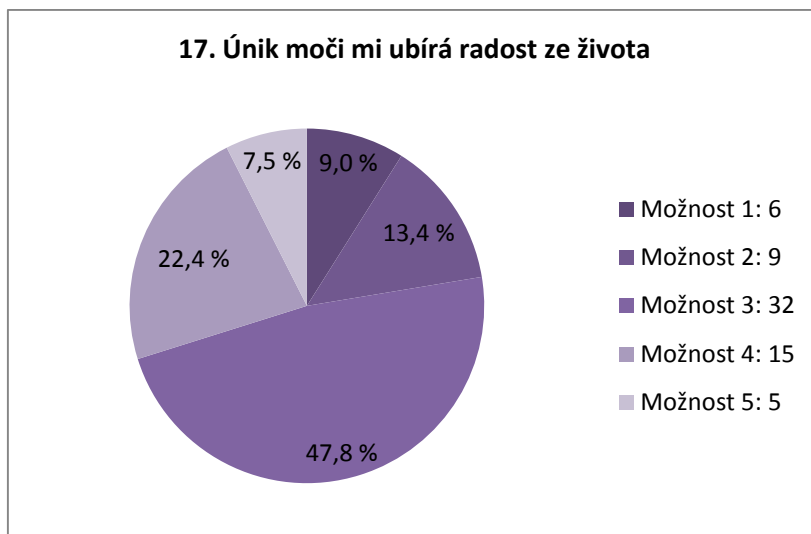
Graf 20: Víra v léčbu

Víra v léčbu	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	21	31,3 %
2- poměrně dosti, značně, často	24	35,8 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	17	25,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	5	7,5 %
5- ne, nikdy	0	0,0 %

Tabulka 20: Víra v léčbu

K dílčímu cíli č. 9 *Zjistit, zda žena věří v léčbu*, se vážala položka v dotazníku č. 16 (graf a tabulka 20), která zjišťovala, zda je žena přesvědčena, že jí léčba pomůže.

Na otázku č. 17 odpovědělo 21 (31,3 %) respondentek, že si myslí, že jim léčba pomůže. Nejvíce odpovědí 24 (35,8 %) je u odpovědi „poměrně dosti, značně, často“. Odpověď „občas, mírně, někdy“ zvolilo 17 (25,4 %) respondentek. Pouze 5 (7,5 %) dotazovaných žen si myslí, že jim léčba pomůže jen málo.



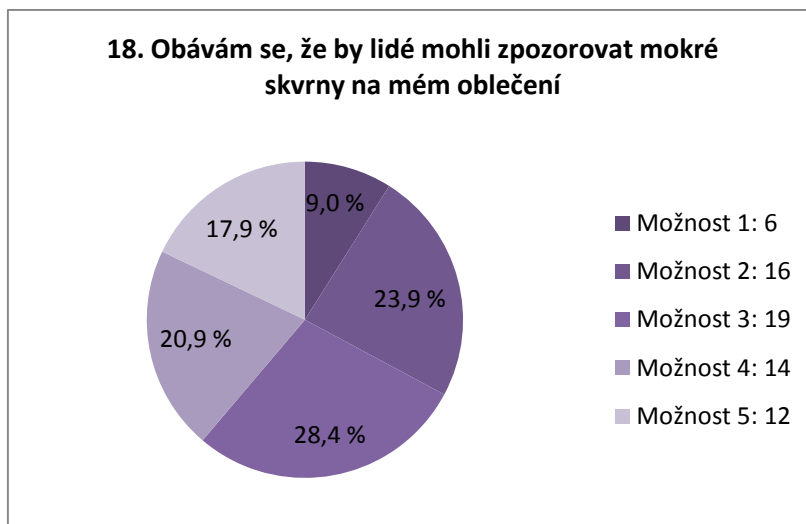
Graf 21: Radost ze života

Radost ze života	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	9	13,4 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	32	47,8 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	15	22,4 %
5- ne, nikdy	5	7,5 %

Tabulka 21: Radost ze života

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit, zda má žena radost ze života*, se vztahovala otázka z druhé části dotazníku č. 17 (graf a tabulka 21), která zjišťovala, zda má žena radost ze života.

Z grafu 21 vyplývá, že inkontinence ubírá radost ze života 6 (9 %) respondentkám velmi silně, 9 (13,4 %) dotazovaných žen uvedlo odpověď „poměrně dosti, značně, často. Nejvíce odpovědi 32 (47,8 %) bylo u třetí možnosti. 15 (22,4 %) dotazovaných žen uvedlo odpověď „výjimečně, málokdy, jen málo“. Pouze 5 (7,5 %) dotazovaným ženám, inkontinence vůbec neubírá radost ze života.



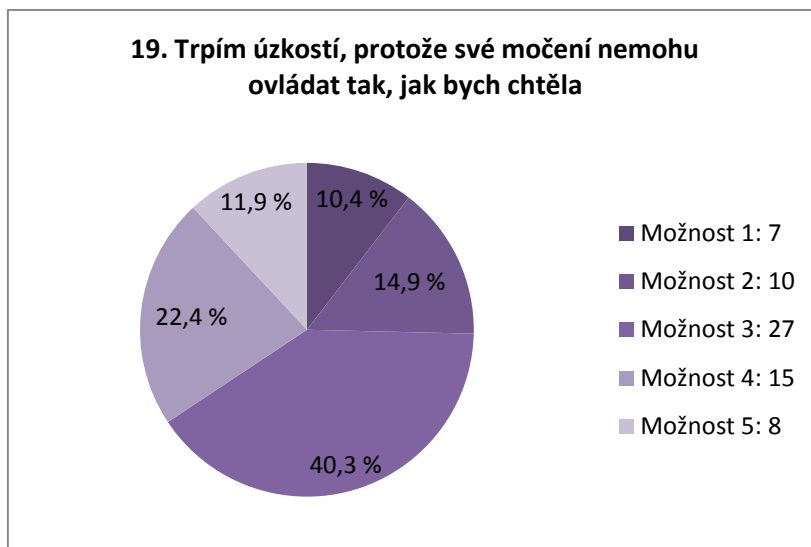
Graf 22: Zpozorování inkontinence okolím ženy

Zpozorování inkontinence od okolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	16	23,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	19	28,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	14	20,9 %
5- ne, nikdy	12	17,9 %

Tabulka 22: Zpozorování inkontinence okolím ženy

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda má žena obavy*, se vážala položka dotazníku č. 18 (graf a tabulka 22), která zjišťovala, zda se žena obává zpozorování mokrých skvrn na oblečení jejím okolím.

Na otázku, zda se respondentky obávají, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na jejich oblečení, překvapivě odpovědělo 12 (17,9 %) respondentek z celkového počtu 67, že se vůbec nikdy neobávají, že by mohly být zpozorovány mokré skvrny na jejich oblečení. Odpověď „výjimečně, málokdy“ zvolilo 14 (20,9 %) respondentek, možnost č. 3 uvedlo 19 (28,4 %) dotazovaných žen, poměrně dosti a často se obává 16 (23,9 %) respondentek a pouze 6 (9 %) žen se velmi silně obává, že by mohly být zpozorovány skvrny.



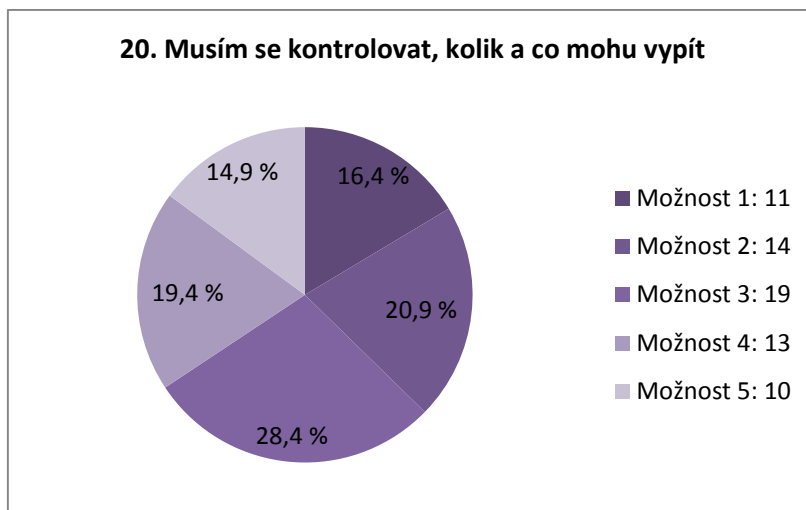
Graf 23: Pociťování úzkosti

Úzkost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	7	10,4 %
2- poměrně dosti, značně, často	10	14,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	27	40,3 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	15	22,4 %
5- ne, nikdy	8	11,9 %

Tabulka 23: Pociťování úzkosti

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, jak se žena cítí po psychické stránce*, se vážala položka dotazníku č. 19 (graf a tabulka 23), která zjišťovala, zda žena kvůli úniku moči trpí úzkostí.

Z grafu 23 vyplývá, že velmi silně trpí úzkostí 7 (10,4 %) respondentek. 10 (14,9 %) dotazovaných žen zvolilo odpověď „poměrně dosti. Nejvíce odpovědí- 27 (40,3 %) bylo u 3. možnosti. Výjimečně trpí úzkostí 15 (22,4 %) respondentek a 8 (11,9 %) žen uvedlo, že nikdy netrpí úzkostí.



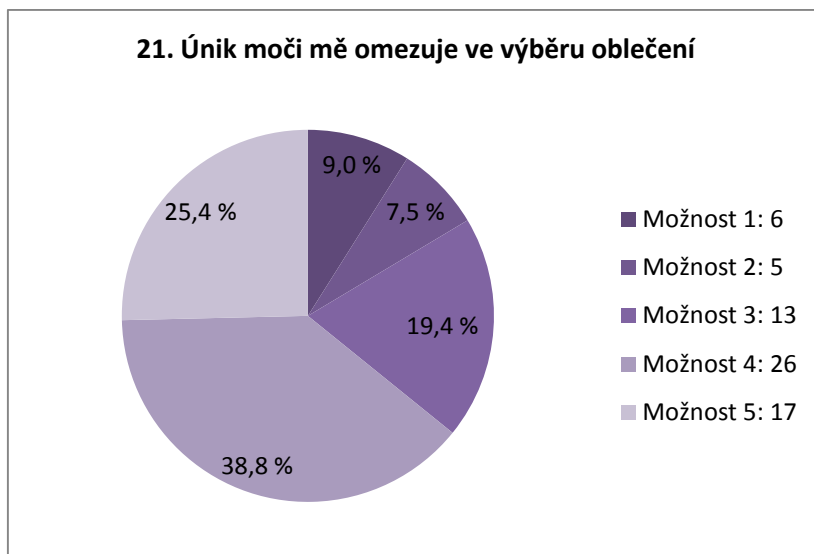
Graf 24: Kontrola množství vypitých tekutin

Kontrola tekutin	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	11	16,4 %
2- poměrně dosti, značně, často	14	20,9 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	19	28,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	13	19,4 %
5- ne, nikdy	10	14,9 %

Tabulka 24: Kontrola množství vypitých tekutin

K dílčímu cíli č. 5, *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vztahovala položka dotazníku č. 20 (graf a tabulka 24), která zjišťovala, zda se respondentka musí kontrolovat, kolik a co může vypít.

Na otázku č. 20 odpovědělo 11 (16,4 %) dotazovaných žen, že se musí velmi silně kontrolovat, co mohou vypít. Odpověď „poměrně dosti, značně, často“ uvedlo 14 (20,9 %) žen. Třetí odpověď zvolilo nejvíce žen 19 (28,4 %). Výjimečně nebo jen málo se musí kontrolovat 13 (19,4 %) respondentek. Z celkového počtu 67 respondentek zvolilo odpověď „ne, nikdy“ 10 (14,9 %) dotazovaných žen.



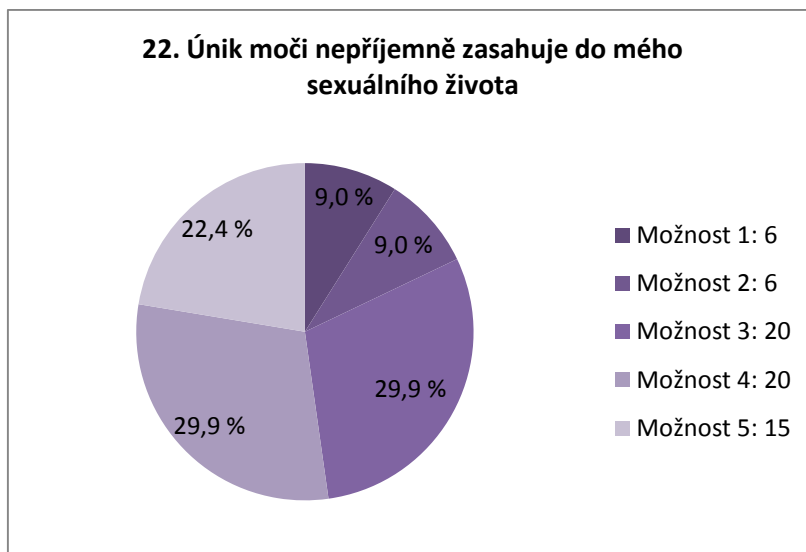
Graf 15: Výběr oblečení

Výběr oblečení	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	5	7,5 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	13	19,4 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	26	38,8 %
5- ne, nikdy	17	25,4 %

Tabulka 25: Výběr oblečení

K dílčímu cíli č. 5, *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vztahovala položka dotazníku č. 21 (graf a tabulka 25), která zjišťovala, zda ženu únik moči omezuje ve výběru oblečení.

Z grafu 25 vyplývá, že únik moči velmi silně omezuje 6 (9 %) žen z celkového počtu 67. Poměrně dosti, značně, často omezuje výběr 5 (7,5 %) žen, pouze občas nebo někdy omezuje výběr oblečení 13 (19,4 %) respondentek. Odpověď „výjimečně, jen málo“ zvolilo nejvíce žen a to 26 (38,8 %). Nikdy neomezuje výběr oblečení 17 (25,4 %) žen.



Graf 26: Sexuální život

Sexuální život	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- velmi silně	6	9,0 %
2- poměrně dosti, značně, často	6	9,0 %
3- občas, mírně, někdy, poněkud	20	29,9 %
4- výjimečně, málokdy, jen málo	20	29,9 %
5- ne, nikdy	15	22,4 %

Tabulka 26: Sexuální život

K dílčímu cíli č. 5, *Zjistit, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech*, se vztahovala položka dotazníku č. 22 (graf a tabulka 26), která zjišťovala, zda únik moči nepříjemně zasahuje do respondentčina života.

Z grafu 26 vyplývá, že šesti (9 %) ženám z 67 zasahuje únik moči velmi silně do sexuálního života. Stejný počet dotazovaných žen zvolilo možnost poměrně dosti, značně, často. Možnost č. 3, tedy občas, mírně, někdy, poněkud, zvolilo 20 (29,9 %). Stejný počet odpovědí byl u možnosti „výjimečně, málokdy, jen málo“. 15 (22,4 %) ženám nezasahuje inkontinence do sexuálního života vůbec.

11 DISKUZE

Inkontinence velmi zasahuje do života ženy v mnoha oblastech. Močová inkontinence je problémem bio- psycho- sociálním.

V bakalářské práci s názvem „Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života“ byl stanovený hlavní cíl a 10 dílčích cílů.

Analýza otázky k dílčímu cíli č. 1, která zjišťovala, zda má větší počet porodů vliv na inkontinenci. Nejvíce odpovídaly respondentky, které uvedly 2 porody (43,3 %). Z výsledků je tedy zřejmé, že 2 a více porodů vedou k většímu riziku vzniku inkontinence.

Analýza otázek k dílčímu cíli č. 2, která zjišťovala, zda má žena nějaké obavy, prokázala, že na otázku č. 1, odpovědělo nejvíce respondentek 20 (29,9 %), že občas nebo někdy mají obavu, že nebudou schopné včas dojít na WC. Na otázku č. 2 odpovědělo nejvíce respondentek 20 (29,9 %), že se často bojí kýchat nebo kašlat. Na otázku č. 3 odpovědělo nejvíce dotazovaných žen 33 (49,3 %), že mají občas nebo někdy strach se po delším sezení postavit. Na otázku č. 8, která zjišťovala obavu z rozpoznání úniku čichem okolím, zvolilo 19 (28,4 %) respondentek možnost „občas, mírně, někdy, poněkud“. Na otázku č. 12 odpovědělo nejvíce 23 (34,3 %) respondentek, že se občas bojí, že se postupem věku jejich problém zhorší. Na otázku č. 18, která zjišťovala, zda se žena obává zpozorování mokrých skvrn na oblečení jejím okolím, zvolilo možnost „občas, mírně, poněkud“ 19 (28,4 %) dotazovaných žen. Z výsledků je tedy zřejmé, že má žena obavy v mnoha směrech. Ženy se především obávají zhoršení problému a rozpoznáním inkontinence okolím, což může dle mého názoru vést ke změnám kvality života.

Analýza otázek k dílčímu cíli č. 3, která zjišťovala, zda se žena bojí neznámého prostředí, zjistila, že na otázku č. 4 odpovědělo nejvíce 18 (26,9 %) respondentek, že je výjimečně obtěžuje, že neví, kde je v novém prostředí WC. Na otázku č. 6 odpovědělo nejvíce respondentek (34,3 %) že se nikdy necítí nejisté, když mají na delší dobu opustit domov. Z výsledků je tedy zřejmé, že ženy se neznámého prostředí neobávají ve velké míře. Myslím si, že ženy, které svůj problém s inkontinencí řeší, se nemusí obávat měnit domácí prostředí za neznámé díky moderní době, velkému množství inkontinenčních pomůcek, vývoji léčebných metod.

Analýza otázek k dílčímu cíli č. 4, která zjišťovala, jak se žena cítí po psychické stránce, zjistila, že nejvíce respondentek 24 (35,8 %) odpovídalo na otázku č. 5, že se výjimečně cítí depresivně. Na otázku č. 14 odpovědělo nejvíce 32 (47,8 %), že zažívají pocity trapnosti a

studu. Na otázku č. 15, která zjišťovala, zda inkontinence v ženě vyvolává pocit nedokonalého zdraví, bylo nejvíce odpovědí u možnosti „občas, mírně, poněkud“, 24 (35,8 %). Na otázku č. 19, která zjišťovala, zda žena kvůli úniku moči trpí úzkostí, bylo nejvíce odpovědí 27 (40,3 %) bylo u 3. možnosti. Z výsledků je tedy zřejmé, že je žena postižena inkontinencí nejen fyzicky, ale onemocnění ji ovlivňuje i po psychické stránce, což dle mého názoru může vést ke změnám chování, uzavření se do sebe, atd.

Výsledky dílčího cíle č. 4 jsem porovnávala s výsledky dotazníkového šetření bakalářské práce bc. Jany Maršíkové, která psala bakalářskou práci v roce 2012 na téma „Inkontinence jako stresový faktor u seniorů – žen“. Její výzkum probíhal v Domově důchodců v Humpolci. Cílem její práce bylo zjistit, jak problém inkontinence ovlivňuje psychickou pohodu žen. Maršíková také uvádí, že „čtyři klientky udávají zhoršení psychického stavu v souvislosti s inkontinencí a čtyři klientky si inkontinenci do souvislosti s psychikou nedávají.“ (Maršíková, 20012)

Analýza otázek k dílčímu cíli č. 5, která zjišťovala, zda inkontinence ženy omezuje v osobním, rodinném, společenském životě, i v každodenních činnostech a zájmech, prokázala, že občas špatně snáší omezení svých zájmů a aktivit spojených s únikem moči 20 (29,9 %) dotazovaných žen, což bylo nejvíce odpovědí u otázky č. 7. Na otázku č. 9, která zjišťovala, zda musí respondentka na únik moči pořád myslet, odpovědělo nejvíce dotazovaných žen, 27 (40,3 %), že na problém občas nebo jen někdy na problém myslí. Na otázku č. 10, která zjišťovala, zda ženy chodí „pro jistotu“ na WC, i když nemusí, zvolilo 23 (34,3 %) respondentek možnost „výjimečně“. Na otázku č. 13, která zjišťovala, zda respondentce vadí, že musí v noci vstávat na WC, zvolilo odpověď „občas, mírně, někdy, poněkud“ 25 (37,3 %) žen. Výjimečně vadí 20 (29,9 %) respondentkám, že musí každou svou činnost plánovat s ohledem na únik moči. Občas nebo někdy vadí vstávání v noci na WC 25 (37,3 %) respondentkám, což byl největší počet odpovědí u této otázky. Z výsledků je tedy zřejmé, že inkontinence ženám ovlivňuje každodenní život. Inkontinence může díky změnám nálad, které se mění díky psychické stránce, ovlivňovat rodinný i společenský život. Ženy se totiž mohou začít vyhýbat společnosti, do které dříve rády chodily. Únik moči může také díky nočnímu vstávání na WC, narušit spánek, což může způsobovat další problémy, jako jsou třeba poruchy soustředění a podrážděnost.

Analýza otázky k dílčímu cíli č. 6, která zjišťovala, zda má žena radost ze života, zjistila, že 32 (47,8 %) respondentkám inkontinence občas ubírá radost ze života. Pouze 5 (7,5 %) respondentek uvádí, že mají radost ze života i přes inkontinenci. Z výsledků tedy vyplývá, že inkontinence ubírá ženám radost ze života. Dle mého názoru ženy, které nad svým problémem musí neustále přemýšlet, si nemohou užívat života naplno. Protože i když se budou věnovat svým zájmům, rodině, přátelům, prostě všemu, co je baví, tak stejně budou pořád myslet i na inkontinenci.

Analýza otázky k dílčímu č. 7, která zjišťovala, jakým typem inkontinence ženy nejčastěji trpí, zjistila, že nejvíce ženy postihuje stresová inkontinence. Z výsledků vyplývá, že 33 (49,3 %) respondentek z celkového počtu 67, postihuje tento typ. Dle jiných výzkumů a článků jde o nejvíce vyskytovaný typ inkontinence.

Analýza otázky k dílčímu cíli č. 8, která zjišťovala, jaké pomůcky používají ženy nejčastěji, zjistila, že dotazované ženy nejvíce používají inkontinenční vložky- 49 (73,1 %).

Analýza otázky k dílčímu cíli č. 9, která zjišťovala, zda žena věří v léčbu, zjistila, že 24 (35,8 %) respondentek si myslí, že jim léčba pomůže. Myslím si, že v dnešní pokročilé době, je větší šance na léčbu inkontinence a že je důležité, aby se žena s inkontinencí léčila, protože tento problém může vést ke zhoršení a ovlivňovat dále život ženy.

Analýza otázky k dílčímu cíli č. 10, která zjišťovala, od jakého věku nejčastěji ženy trápí inkontinence, zjistila, že nejvíce ženy trpí inkontinencí od věku 46 – 65 let, 44 (65,7 %) respondentek. Myslím si, že na tuto skutečnost může mít vliv hlavně menopauza.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života u ženy s močovou inkontinencí. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ženy s inkontinencí cítí různé obavy spojené s inkontinencí, cítí úzkost, deprese, nejistotu, stud. Inkontinence tedy ovlivňuje kvalitu života ženy v mnoha směrech.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala močovou inkontinencí u žen a jejím vlivem na kvalitu života.

Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Výzkum probíhal v KNTB ve Zlíně na gynekologickém oddělení.

Hlavním cílem bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života ženy s močovou inkontinencí. Cíl byl splněn pomocí dotazníkového šetření v KNTB ve Zlíně na gynekologickém oddělení a v mém okolí.

Analýza výsledků dotazníkového šetření prokázala, že inkontinence ovlivňuje život ženy v mnoha oblastech. Inkontinence způsobuje úzkost, depresi, stud, ovlivňuje osobní i společenský život. Inkontinence ubírá ženám radost ze života, což prokázal i můj výzkum. Z celkového počtu 67 respondentek uvedlo 32 (47,8 %) dotazovaných žen, že jim inkontinence ubírá radost ze života.

Dle mého názoru, by se této problematice mělo věnovat více pozornosti, protože pro značnou část žen je inkontinence stále tabu. Tato práce by měla inspirovat zdravotní sestry, aby se této problematice více věnovaly a nebraly inkontinenci na lehkou váhu.

VÝSTUP Z PRAXE

Práce poslouží ke zvýšené informovanosti o této problematice a ke zlepšení kvality života inkontinentních žen.

Brožura pro inkontinentní ženy

Pro lepší informovanost žen jsem se rozhodla vytvořit brožuru, která bude informovat ženy trpící únikem moči o tom, co vlastně inkontinence znamená, jaké jsou typy, možnosti léčby, cvičení. Tuto brožuru budu rozdávat do čekáren u praktických lékařů a gynekologů.

Přečtení brožury by mělo vést ženy k řešení problému, který pomůže k jejich zlepšení kvality života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-875-1.
- [2] ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing. 2.vyd. ISBN 80-247-0143-X
- [3] HORČIČKA, L. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. In *Moderní Babičtví*, 2006. [cit. 2014-04-17] Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=62>>
- [4] HUVAR, Ivan. *Praktická gynekologie* [online]. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_03_01_04.pdf
- [5] CHMEL, Roman. 2010. *Ženská močová inkontinence*. Praha: Mladá fronta.158–161. ISSN 1212-0197.
- [6] INKONTINENCE, *Inkontinence*, 2010, [online]. [cit. 2013-5-8]. Dostupné z: <http://inkontinence-info.cz/pomucky-pro-inkontinentni.html>
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Přístup online z URL: <http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html> [cit. 2012-11-22]
- [8] MARŠÍKOVÁ, Jana, 2012, *Inkontinence jako stresový faktor u seniorů – žen*. [online] [cit. 21. 05. 2014]. Dostupné z: http://theses.cz/id/wb8u7q/Marsikova_bakalarska_prace.pdf

[9] MARTAN, Alois a kol., 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf. 2., rozš. vydání. ISBN 80-7345-094-1.

[10] NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ GONA, S.R.O., *Močová inkontinence*, [online]. © Gona [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.mocova-inkontinence.cz/mocova-inkontinence/>

[11] PAYNE, Jan a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-657-0.

[12] RYBÁROVA, Ľubica. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*, 4/2010. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/posouzeni-kvality-zivota-zen-s-mocovou-inkontinenci-450949> [cit. 2014-05-20]

[13] TKÁČOVÁ, Ľubomíra a Anna DLUGOŠOVÁ, *Močová inkontinence- teorie a praxe*, *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2013, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404.

[14] ZACHOVAL, Roman, Jan KRHUT, Libor ZÁMEČNÍK, Tomáš HANUŠ a ČELKO. *Urologie pro praxi: Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči* [online]. 2006 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>

[15] ZIKMUND, Jiří, 2001. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0164-8

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
Č.	Číslo
Např.	Například
©	Copyright
s.	Strana

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet porodů	40
Tabulka 2 Nejčastější věk začátku inkontinence	41
Tabulka 3 Typ inkontinence	42
Tabulka 4 Inkontinenční pomůcky	413
Tabulka 5 Obava z neschopnosti dojít včas na WC.....	424
Tabulka 6 Obava z kašláni nebo kýchání	435
Tabulka 7 Strach postavit se po delším sezení	446
Tabulka 8 Myšlenka na WC	457
Tabulka 9 Deprese z úniku moči	468
Tabulka 10 Nejistota při opuštění domova	479
Tabulka 11 Omezení zájmů kvůli úniku moči.....	480
Tabulka 12 Obava z rozpoznání úniku moči okolím.....	51
Tabulka 13 Myšlenka na únik moči.....	52
Tabulka 14 Četnost návštěv WC	513
Tabulka 15 Plánování činností s ohledem na použití WC	524
Tabulka 16 Strach ze zhoršení	535
Tabulka 17 Noční vstávání na WC	546
Tabulka 18 Zažívání pocitu trapnosti a studu	557
Tabulka 19 Pocit nedokonalého zdraví.....	568
Tabulka 20 Víra v léčbu.....	579
Tabulka 21 Radost ze života	60
Tabulka 22 Zpozorování inkontinence okolím ženy	591
Tabulka 23 Pociťování úzkosti	602
Tabulka 24 Kontrola množství vypitých tekutin	613
Tabulka 25 Výběr oblečení.....	624
Tabulka 26 Sexuální život	635

SEZANAM GRAFŮ

Graf 1 Počet porodů.....	40
Graf 2 Nejčastější věk začátku inkontinence	41
Graf 3 Typ inkontinence	42
Graf 4 Inkontinenční pomůcky	403
Graf 5 Obava z neschopnosti dojít včas na WC	414
Graf 6 Obava z kašláni nebo kýchání	425
Graf 7 Strach postavit se po delším sezení	436
Graf 8 Myšlenka na WC	447
Graf 9 Deprese z úniku moči	458
Graf 10 Nejistota při opuštění domova.....	469
Graf 11 Omezení zájmů kvůli úniku moči.....	50
Graf 12 Obava z rozpoznání úniku moči okolím.....	481
Graf 13 Myšlenka na únik moči	492
Graf 14 Četnost návštěv WC	503
Graf 15 Plánování činností s ohledem na použití WC.....	514
Graf 16 Strach ze zhoršení.....	525
Graf 17 Noční vstávání na WC.....	536
Graf 18 Zažívání pocitu trapnosti a studu.....	547
Graf 19 Pocit nedokonalého zdraví	558
Graf 20 Víra v léčbu	569
Graf 21 Radost ze života.....	60
Graf 22 Zpozorování inkontinence okolím ženy	61
Graf 23 Pociťování úzkosti.....	592
Graf 24 Kontrola množství vypitých tekutin	603
Graf 25 Výběr oblečení.....	614
Graf 26 Sexuální život	625

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II: Dotazník

Příloha P III: Brožura pro inkontinentní ženy

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Vavrušová
Téma bakalářské práce	Inkontinence u žen v kontextu kvality života
Skupina respondentů	Ženy trpící inkontinencí
Pracoviště	Gynekologicko-porodnické oddělení


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
780 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 23.11.2012.


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
782 75 Zlín


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dotazník kvality života při močové inkontinenci

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Vavrušová, jsem studentkou třetího ročníku, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ve své bakalářské práci provádím průzkum o kvalitě života ženy s močovou inkontinencí. Tímto bych vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Děkuji za vyplnění.

Prosím zakroužkujte u každé otázky vždy jednu možnost.

Demografické údaje:

1. Vaše věková kategorie:
 - a) 20 – 30 let
 - b) 31 – 45 let
 - c) 46 – 65 let
 - d) 66 – 75 let
 - e) 76 a více let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) Neukončené základní vzdělání
 - b) Základní vzdělání
 - c) Středoškolské vzdělání s maturitou
 - d) Středoškolské vzdělání bez maturity
 - e) Vysokoškolské vzdělání

3. Jaké je Vaše zaměstnání?(Prosím napište)

.....

4. Počet porodů:
- a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 a více
5. Od jakého věku trpíte inkontinencí?
- a) 20 – 30 let
 - b) 31 – 45 let
 - c) 46 – 65 let
 - d) 66 – 75 let
 - e) 76 a více
6. Víte, jakým typem inkontinence trpíte?
- a) Stresová
 - b) Urgentní
 - c) Funkční
 - d) Inkontinence z přeplnění
 - e) Nevím
 - f) Jiný typ
7. Používáte nějaké inkontinenční pomůcky? Pokud ano, označte jaké? Pokud ne, přejděte k další části dotazníku.
- a) Inkontinenční vložky
 - b) Inkontinenční kalhotky
 - c) Inkontinenční pleny
 - d) Jiné, doplňte.....

V této části dotazníku prosím zakroužkujte nejvýstižnější odpověď podle níže uvedené stupnice:

- 1 velmi silně
- 2 poměrně dosti, značně, často
- 3 občas, mírně, někdy, poněkud
- 4 výjimečně, málokdy, jen málo
- 5 ne, nikdy

1. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC.
1 2 3 4 5
2. Obávám se kašlat nebo kýchat.
1 2 3 4 5
3. Mám strach se po delším sezení postavit.
1 2 3 4 5
4. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC.
1 2 3 4 5
5. Kvůli úniku moči se cítím depresivně.
1 2 3 4 5
6. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.).
1 2 3 4 5
7. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči.
1 2 3 4 5
8. Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem.
1 2 3 4 5
9. Na problém s únikem moči musím pořád myslet.
1 2 3 4 5
10. Chodím „pro jistotu“ na WC, i když nemusím.
1 2 3 4 5
11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC.
1 2 3 4 5
12. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší.
1 2 3 4 5
13. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC.
1 2 3 4 5

14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu.
1 2 3 4 5
15. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví.
1 2 3 4 5
16. Jsem přesvědčena, že mi léčba pomůže.
1 2 3 4 5
17. Únik moči mi ubírá radost ze života.
1 2 3 4 5
18. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení.
1 2 3 4 5
19. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla.
1 2 3 4 5
20. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít.
1 2 3 4 5
21. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení.
1 2 3 4 5
22. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života.
1 2 3 4 5

PŘÍLOHA P III: BROŽURA PRO INKONTINENTNÍ ŽENY



*Vše, co jste chtěli vědět o úniku
moči a bály jste se zeptat*

Vážená čtenářko,

do rukou se Vám dostává brožura, ve které se dočtete o choulostivém problému zvaném inkontinence moči. Dočtete se zde o tom, co vlastně inkontinence znamená, jaké jsou typy, možnosti léčby, cvičení a vhodné volbě pomůcek, kterých je v dnešní době dostatek.

Inkontinence moči je definovaná podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS- International Continence Society) stavem nedobrovolného úniku moče, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém.

Jedná se o častý a ve svých důsledcích závažný medicínský, společenský a ekonomický problém, který bohužel stále ještě není dostatečným způsobem řešen. Inkontinence se vyskytuje u žen i u mužů, u dětí, dospělých i ve stáří. V jednotlivých obdobích života má inkontinence určité odlišnosti v příčinách, projevech, diagnostice a léčbě. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje inkontinence moči „rozšířený zdravotní problém vykytující se v celém světě“ a pro mnoho osob je stále ještě tabu.“

Velká část nemocných totiž nevyhledá odbornou pomoc. Roli hraje hlavně kultura, výchova, vzdělání a postavení ve společnosti.

Typy inkontinence

Stresová inkontinence

Mimovolní únik moči, který vzniká při kýchnutí, smichu, kašli, zvedání těžkých předmětů nebo náhlým postavením. Uvnitř břišní dutiny vznikne tlak, který působí na močový měchýř. Při tomto typu

inkontinence žena dokáže stahem svalů dna pánevního moč zastavit, ale záleží na síle těchto svalů, což může žena ovlivnit posilováním svalů dna pánevního.

Příčinami stresové inkontinence může být například snížení uzavěrové schopnosti močového, poškození uretry, změny na děložním čípku, naročný a komplikovaný porod, hormonální změny.

Stresová inkontinence je nejlépe léčitelným a klasifikovaným typem.

Urgentní inkontinence

Je nechtěný únik moče, který je spojený s náhlým pocitem nucení na močení. Unik je vůči neovladatelný. Způsobuje ji buď velmi silný podnět z receptorů registrujících tenzi močového měchýře nebo nedostatečnost motorické inhibice míšního reflexu.“

Příčinou může být kámen, zánět, změna tkáně.

Reflexní inkontinence

Příčinou je neurologická porucha, kdy postižený nepocítuje potřebu močit. Inkontinence je zapříčiněna hyperreflexí detruzoru. Většinou se jedná o zlomeniny obratlů a následně poškození míchy. Dale může být jako následek zánětu nebo se může jednat o degenerativní původ.

Paradoxní inkontinence

„Je nechtěný únik moči, kdy intravezikální tlak převyšuje maximální intra uretrální tlak, přičemž při tomto úniku chybí detruzorová akti-

vita a únik je způsoben pouze pasivním přepětím stěny močového měchýře“

Diagnostika

Pro zajištění nejúčinnější léčby, je potřeba zjistit co nejvíce informace a příznaky. Proto je důležitá anamnéza, tedy slovním rozhovor s pacientkou. Dále lékař provádí různá vyšetření a testy.

Anamnéza

Lékař se ptá na genetické anomálie v rodině, gynekologicko-porodnickou anamnézu, osobní a sociální anamnézu. Dále se ptá na různé dysurické problémy, jako jsou bolesti v podbřišku a při močení, barvu, zápach, fezání, pálení, krev v moči. Ptá se na noční močení a četnost močení za den.

Dotazníky a další záznamy

Kromě anamnézy je důležité vést míšní karty a deníky. Vhodné je vyplňovat dotazníky kvality života. Mezi nejznámější patří BFLUTSQ(Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire) nebo IQoL (Quality of Life in persons with urinary incontinence).

Fyzikální vyšetření

Provádí se celkové vyšetření a gynekologické, kde lékař vyšetřuje pohmatem vstup poševní, hrází, ústí uretry, perineální a perianální oblast.

Ultrazvukové vyšetření

U nás se provádí od roku 1997. Je to vyšetření jednodušší, které lze opakovat, aniž by byla žena zatěžována. Ultrazvukovým vyšetřením lze zjistit typ a příčina inkontinence.

„V současnosti při ultrazvukovém vyšetření nejčastěji sledujeme postmikční reziduum, paravaginální defekt, pozici a mobilitu uretry, hrdla a baze močového měchýře, vezikalizaci proximální uretry, tloušťku detruzoru, pomocí barevného dopplerovského vyšetření určujeme únik moči.“

Magnetická rezonance

Využívá se hlavně u komplikovaných případech, kde je potřeba zjistit umístění a pohyb močového měchýře. Tato metoda je vhodná u žen, které prodělaly více urogynekologických operací.

Elektromyografie

Studuje elektrické potenciály vzbuzené depolarizací příčné pruhovitého svalstva dna pánevního za použití povrchových nebo jehlových elektrod. Touto metodou můžeme zjistit, zda fungují svěrače a zjistíme funkčnost dna pánevního za pomoci zatěžovacích testů. Vyšetřením se dá zjistit efektivita léčby gymnastikou svalů dna pánevního.

Léčba

Léčbu dělíme na konzervativní a chirurgickou. Ridi se dle typu a stupně inkontinence a určuje jí lékař.

Medikamentózní léčba

Většinou se využívají léky, které zvyšují tlak v oblasti močové trubice. Nejčastěji se podávají estrogeny, které jsou vkládány do pochvy.

Další možností léčby stresové inkontinence zahrnuje hormonální substituční léčbu, agonisty adrenergních alfa i beta receptorů, antagonisty adrenergních beta-receptorů, tricyklická antidepresiva, antagonisty acetylcholinových receptorů. Většina těchto léčiv není schválena a s léčbou přináší i nežádoucí účinky jako jsou vznik rakoviny, poruchy srdečního rytmu, nevolnost, zvracení. Možnosti farmakologické léčby stresové inkontinence jsou bohužel velmi omezené.

U urgentního typu se využívají parasymptolika

Rehabilitace

Vypracování soustavy svalů posilujících svaly pánevního dna slouží k rehabilitaci svalstva. V důsledku cvičení se zvyšuje klidový uzavírací tlak v močové trubici a zlepšuje se také koordinace při kontrakcích svalů pánevního dna v průběhu stresových manévřů (kašel, smích, kýchní). Pro efektivitu léčby je velmi důležitá motivace pacientky a její schopnost absolvovat celý program fyzioterapie. K rehabilitačním metodám patří:

Cviky

Doporučuje se cvičit 3x denně po dobu 20 minut. Zlepšení příznaků inkontinence je patrné asi u 75% pacientek.

Vaginální kužely

Jedná se o cvičení svalstva pánevního dna poševně umístěnými předměty, které pacientka nosí. Po určité době, kdy je bez problému v pochvě udrží, jsou méněny za další o větší hmotnosti. Musí se nosit denně po dobu 20 minut. Příznivé výsledky léčby jsou udávány asi v 50% případů.

Elektrostimulace

Jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervosvalových struktur pánevního dna pomocí poševně umístěné elektrostimulační sondy. Efekt stimulace je způsoben hlavně kontrakcí příčné pruhované svaly. Používá se stimulace po dobu 30 minut denně v průběhu dvaceti až třiceti dnů. Příznivý efekt této metody na redukci symptomů stresové inkontinence se popisuje až v 60%.

Pesary

Vaginální pesary mají odstranit stresovou inkontinenci tím, že upravují porušené anatomické poměry. K dispozici je řada nových pesarů různých velikostí, které jsou vyrobeny z rozmanitých materiálů. Mechanismus účinku je velmi podobný principům chirurgické terapie stresové inkontinence. Pesary se v současnosti používají často jen jako provizorium před plánovanou operací. Dlouhodobě použití býva doporučováno jen u těch žen, kdy není operací léčba možná anebo je samotnou pacientkou odmítnuta.

Chirurgická léčba

Metoda je indikována u pacientek se stresovou inkontinencí zapříčiněnou hypermobilitou uretry nebo insuficiencí vnitřního svěrače. V případě smíšené a urgentní inkontinence musí být pacientka informována, že operace řeší pouze stresovou inkontinenci.

Nová operační technika TVT je založena na použití speciálně vyvíjené pásky (speciální síťová struktura, která tvoří podporu pro močovou trubici). Patří mezi smyčkové operace, ale smyčku nenakládáme pod hrdlo močového měchýře jako klasických operací, ale pod distální uretru. Dochází tak ke kompresi distální uretry páskou, která přenáší změny intraabdominálního tlaku. Výhodou je možnost spolupráce pacientky při operaci, kdy při svodné analgezi můžeme nastavit tah pásky a minimalizovat tak vznik pooperační urgencye.

Páska s tkání k sobě časem přirostou.

Inkontinenční pomůcky

V dnešní době je možnost využívat velké množství pomůcek k inkontinenci. Většina pomůcek je jednorázových a jejich hlavní funkcí je spolehlivá a rychlá absorpce moči, zabránění zápachu a přínos co největšího komfortu. Jejich výběr volíme dle stupně inkontinence. Dale si žena může vybrat podle velikosti, kvality, ceny a značky. Většinu pomůcek hraří pojišťovna.

Vložky

Vkládají se do kalhotek a jsou vhodné při malém úniku moči. Mají menší absorpční plochu a jsou tedy diskrétní a přesto spolehlivé. Využijí je ženy prvním stupněm inkontinence. Existují různé velikosti, tloušťky, savost, ...

Vkládací pleny

Fungují na stejném principu jako vložky s tím rozdílem, že mají větší absorpční plochu a nejsou zas až tak diskrétní. Vhodné zejména pro druhý stupeň inkontinence.

Navlékací plenkové kalhotky - zajišťují komfort u mobilních pacientek, které mají středně silný stupeň inkontinence. Jsou to prodyšné kalhotky, které lze jednoduše obléct, tak jako klasické spodní prádlo.

Plenkové kalhotky

Využijí je převážně imobilní pacienti, kteří trpí těžkým stupněm inkontinence.

Fixační kalhotky

Je možnost vkládat do nich vložky nebo vložné pleny.

Podložky pod nemocné

Využívají se pro nemocné při těžkém stupni inkontinence, kteří jsou upoutáni na lůžko.

Kosmetika

Doporučuje se provádět pravidelná hygiena genitálu, ale nedocházelo k zánětu, poškození a podráždění kůže. K těmto účelům jsou vhodné speciální mydla, mycí emulze, vlhčené ubrousky, čistící pěny. Po důkladné hygieně je důležitá následná péče o pokožku v oblasti genitálu krémy a oleji.

Značky pomůcek

Tena, Seni, Euron, Abena, Hartmann, Pfizer,

<http://inkontinence-info.cz/pomucky-pro-inkontinentni.html>

<http://www.mocova-inkontinence.cz/lecba-inkontinence>

(Sestra, 49, 5/12)

<http://inkontinence-info.cz/stupne-inkontinence.html>

Nebojte se o Vašem problému promluvit s Vaším praktickým lékařem nebo gynekologem.