

Péče porodní asistentky o ženu s močovou inkontinencí

Lucie Derychová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lucie Derychová
Osobní číslo:	H20239
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Péče porodní asistentky o ženu s močovou inkontinencí

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti močové inkontinence u žen.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

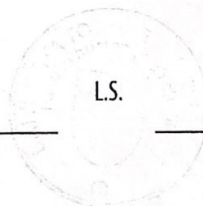
Seznam doporučené literatury:

- ADAMÍK, Z. Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2012, roč. 14, č. 12, s. 4 [cit. 2022-10-24]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>
- HALAŠKA, M. *Urogynekologie*. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
- HORČÍČKA, L. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 184 s. ISBN 978-80-204-4503-2.
- CHMEL, R. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta, 2012. 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.
- KULESZA-BROŇCZYK, B., B. DOBRZYCKA, J. GAWRYCHOWSKA et al. Quality of life of urinary incontinent women. *Prog Health Sci* [online]. 2013, vol. 3, no. 2, pp. 88-93 [cit. 2022-10-24]. ISSN 2083-1617. Dostupné z: https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2013_2/88-93_bronczyk.pdf
- MARTAN, A. *Nové operační postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf, 2011. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

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 obhajoby ¹⁾;
- 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

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 nevydávající zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být už nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí 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 výpisy, 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, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem 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). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného 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 užít 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se dělí na dvě části, teoretickou a praktickou. Část teoretická se zabývá anatomíí a fyziologií ženských močových cest, močovou inkontinencí, jejími typy, diagnostikou a možnostmi léčby močové inkontinence. Dále rozebírá péči porodní asistentky v dané problematice a edukaci ze strany porodních asistentek o pacientky trpící močovou inkontinencí. Praktická část je realizována kvantitativní formou pomocí dotazníkového šetření. Celkem dotazníky vyplnilo 95 respondentek.

Klíčová slova: močová inkontinence, péče, porodní asistentka, žena, pacientka

ABSTRACT

This bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the female urinary tract, urinary incontinence, their types, diagnosis and treatment options for urinary incontinence. It also discusses the care of midwives in this area and the education of midwives about patients suffering from urinary incontinence. The practical part is carried out in a quantitative form by means of a questionnaire survey. A total of 95 respondents completed the questionnaires.

Keywords: urinary incontinence, care, midwife, woman, patient

Velké díky patří vedoucímu mé bakalářské práce panu MUDr. Zdeňku Adamíkovi, Ph.D., za trpělivost a cenné rady při vedení mé práce.
Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Aleně Pruckové a personálu gynekologické ambulance v Přerově za možnost zde realizovat dotazníkové šetření a ženám, které byly ochotné a vyplnily dotazník. V neposlední řadě děkuji rodině za podporu při tvorbě této práce.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOČOVÝCH CEST U ŽEN.....	12
1.1 LEDVINA	12
1.2 LEDVINNÉ KALICHY A PÁNVIČKA	13
1.3 MOČOVOD.....	13
1.4 MOČOVÝ MĚCHÝŘ.....	13
1.5 MOČOVÁ TRUBICE.....	13
1.6 PÁNEVNÍ DNO	14
1.7 FYZIOLOGIE MIKČNÍHO CYKLU	14
2 MOČOVÁ INKONTINENCE U ŽEN	15
2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
3 DRUHY MOČOVÉ INKONTINENCE	16
3.1 STRESOVÁ INKONTINENCE.....	16
3.2 URGENTNÍ INKONTINENCE.....	17
3.3 REFLEXNÍ INKONTINENCE	17
3.4 OVERFLOW INKONTINENCE	18
3.5 SMÍŠENÁ INKONTINENCE	18
4 DIAGNOSTIKA	19
4.1 ANAMNÉZA	19
4.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	20
4.3 ZOBRAZOVACÍ METODY	21
4.4 MIKČNÍ DENÍK A DOTAZNÍKY	21
4.5 URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
4.5.1 Pad-weighing test	22
4.5.2 Leak point pressure	22
4.5.3 Uroflowmetrie	22
4.5.4 Uretrální tlakové profily.....	23
4.5.5 Elektromyografie.....	23
5 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	25
5.1 EDUKACE	25
5.2 POSILOVÁNÍ PÁNEVNÍHO DNA	26
6 MOŽNOSTI TERAPIE	27
6.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	27

6.2	MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	28
6.3	ABSORPČNÍ POMŮCKY	29
6.4	CHIRURGICKÁ LÉČBA	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
7	METODIKA PRÁCE.....	33
7.1	CÍLE ŠETŘENÍ	33
7.2	METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	33
7.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
8	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	35
9	DISKUZE	53
9.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Ženská močová inkontinence tvoří obsáhlou kapitolu v oboru gynekologie. V posledních letech se čím dál tím víc ukazuje, jaké procento žen se s touto problematikou potýká.

Močová inkontinence je definovaná jako samovolný a nechtěný únik moči. Tato problematika je často známá jako součást stárnutí, avšak s inkontinencí se potýká i spousta žen v těhotenství či po porodu. Z počátku se může jednat o opravdu malý únik moči například při kýchnutí, ale při dlouhodobém neřešení s odborníky dochází až do fáze, kdy je potřeba využívat speciální pomůcky.

Jedná se o téma citlivé, které zasahuje jak do sexuálního života žen, tak často je ovlivňuje i v běžných činnostech, které byly zvyklé denně plnit. Z toho důvodu je pro ženy těžké se s tímto problémem svěřit nebo o něm více mluvit. Mimo jiné, má i značný dopad na kvalitu jejich života.

Příčiny mohou být různé v závislosti na rizikových faktorech. Nechtěný únik moči závisí jak už na zmiňovaném věku, hmotnosti a u žen i na počtu porodů a jejich samotném průběhu.

V oboru porodní asistence se často setkáváme s nechtěným únikem moči. V gynekologických ambulancích odebíráme anamnézu od žen, které se nám svěřují s těmito nepříjemnostmi, rozebíráme s nimi cviky na posílení pánevního dna a doporučujeme vhodné inkontinenční vložky. Na oddělení gynekologie pečujeme o pacientky, které čeká operabilní řešení močové inkontinence.

Práce je rozdělená na část teoretickou a část praktickou. Část teoretická se věnuje zejména anatomii a fyziologii dolních močových cest u žen a rozebírá problematiku úniku moči. V praktické části byl vytvořen dotazník, jehož cílem je zjistit, zda jsou ženy v široké veřejnosti dostatečně informovány o dané problematice a o jejich možnostech řešení.

V praxi se jako zdravotníci věnujeme i edukaci v této problematice. Hovoříme s ženami o včasné prevenci a případně se je snažíme navést i ke komunikaci již v samém počátku inkontinence moči. Ať už se jedná o únik moči pouze při sportu, či časně vstávání v noci z důvodu nucení na močení. Inkontinenci moči je vhodné podchytit v počátku, stejně jako každý jiný zdravotní problém. Následně bude zvolena vhodná léčba. V závislosti na stádiu inkontinence lékař zvolí buď konzervativní léčbu, nebo v závažnějších případech bude potřeba přistoupit k léčbě operačními postupy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOČOVÝCH CEST U ŽEN

Močové cesty jsou tvořeny ledvinami (renes), ledvinovými kalichy (calices renales), ledvinovou pánevčkou (pelvis renalis), pravým a levým močovodem (ureter dexter et sinister), močovým měchýřem (vesica urinaria) a močovou trubicí (urethra). Základní funkcí těchto orgánů je vylučování nadbytečné vody, soli a jiných škodlivých nadbytečných rozpuštěných produktů z těla pomocí moči, která je považována za odpadní tekutinu. (Čihák a Grim, 2013)

K diagnostice močové inkontinence je potřebné znát také fyziologii mikčního cyklu, která se skládá ze dvou částí. Nadále má na diagnostiku úniku moči vliv i pánevní dno. (zdroj vlastní, 2023)

1.1 Ledvina

Ledvina, latinsky ren, je močotvorný párový orgán. Ledvina má svůj typický tvar, jehož podobnost je nejčastěji přirovnávána k fazolovému bobu, typické je předozadní zploštění. Ledvina je dlouhá 10 – 12 cm, široká 5 – 6 cm s tloušťkou 3, 5 – 4 cm. Jedna ledvina váží asi 120 – 170 g. Velikost ledviny se v průběhu života samozřejmě mění. Maxima dosahuje okolo 28 – 30 let věku života a také po 65. roce se naopak začíná zmenšovat. Zajímavým dějem je tzv. kompenzační hypertrofie, kdy po ztrátě jedné ledviny se druhá ledvina dokáže zvětšit až na dvojnásobek. Ledviny jsou zbarveny do červenohněda a na povrchu jsou hladké. (Čihák a Grim, 2013)

Křehký parenchym ledviny je obalený vazivovým pouzdem (capsula fibrosa), ten je obklopen renální fascií. Celý tento parenchym se dělí na dvě části a to kůru (cortex) a dřev (medulla). V kůře se nachází funkční jednotky, nefrony. V jedné ledvině je zhruba 1 milion těchto nefronů. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008)

Hlavní funkcí ledvin je exkrece moče. V moči odcházejí produkty metabolismu. Močoviny je zhruba 26 g za den. Díky vylučování močoviny, soli a přebývajících vody se ledviny podílejí na udržování stálého vnitřního prostředí, neboli homeostáze. Také napomáhají rovnováze vody a elektrolytů. Endokrinní funkcí ledvin je produkce hormonu reninu a erythropoetinu, který ovlivňuje tvorbu erytrocytů a má podíl na metabolismu vitaminů skupiny D. Ledvinovou tepnou je a. renalis, která je přímou větví z břišní aorty. Do dolní duté žíly se vlévá ledvinová žíla. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008)

1.2 Ledvinné kalichy a pánvička

Ledvinné kalichy (calices renales) mají dva druhy. Kalichy menší, kterých je 7 – 14, obemykají renální papily. Dva až tři tyto menší kalichy se spojují ve větší, ty jsou vždy tři.

Ledvinová pánvička (pelvis renalis) je trojúhelníkového tvaru a předozadně oploštělá. Její kapacita je 3 – 5 ml. Stěna pánvičky je vystlaná vícevrstevným urotelem a shora do ní vstupují kalichy. Pánvičku tvoří vazivo a vrstvy hladké svaloviny. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008), (Čihák a Grim, 2013)

1.3 Močovod

Močovod (ureter) o délce 25 – 30 cm a průměru 4 – 7 mm převádí moč za pomoci peristaltických vln směrem z ledvinové pánvičky do močového měchýře. Jeho sliznice je také kryta urotelem a tvoří jej silná vrstva hladké svaloviny. V uretru se rozlišují tři fyziologická zúžení. První se nachází mezi přechodem z pánvičky do uretru. Druhé je možné rozeznat v místě, kde se kříží ureter s pánevní tepnou a poslední na řezu stěnou močového měchýře. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008)

1.4 Močový měchýř

Močový měchýř (vesica urinaria) je vakovitý útvar, který je uložený za symfysou v malé pánvi. Zde se shromažďuje moč před vyprázdněním odpadních látek z těla ven. Na močovém měchýři je popisován vrchol (apex), který je štíhlejší. Další je tělo (corpus), kde se močový měchýř rozšiřuje a poslední báze (fundus) močového měchýře. Močový měchýř tvoří tři vrstvy hladké svaloviny. Tato svalovina je určena k vyprazdňování a je ovládána detrusorem parasymptikem a sfinkterem sympatikem. Náplň močového měchýře, při kterém je pocíťováno nucení na močení je 250 – 300 ml, avšak močový měchýř je schopný pojmout až 700 ml. U žen je močový měchýř hlouběji než u mužů. Jestliže je močový měchýř naplněný, v tom případě je ohraničený u pokleповého vyšetření. U vyšetření per vaginam ho lze částečně vyhmatat. (Čihák a Grim, 2013)

1.5 Močová trubice

Močová trubice (urethra) je trubice, jejíž počáteční část lze popisovat ještě ve stěně močového měchýře, další části prochází svaly pánevního dna a v poševní předsíni je uloženo zevní ústí. Ženská močová trubice je dlouhá 3 – 4 cm se šířkou 6 mm při mírném roztahení. Urethra je také tvořena přechodným epitelem a pod sliznicí se nalézá žilní

pleteň, která při vzrušení zduří. V části, kde urethra prochází svaly pánevního dna je zde vyvinut cirkulární svěrač, který je vytvořen z příčně pruhované svaloviny. Tento svěrač (m. sphincter urethrae) se liší tím, že jej lze ovládat silou vůle. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008)

1.6 Pánevní dno

Pánevní dno se skládá jak ze svalů, vazů tak i fascií, které fungují jako závěsný aparát pro močový měchýř, reprodukční orgány a konečník. Svaly pánevního dna jsou složeny ze svalu m. levator ani, který je inervován z lumbosakrálního plexu, dále m. iliococcygeus a m. coccygeus. Pánev je zejména propojena kyčelním a hýžd'ovým svalstvem, které poskytují podporu vnitřním orgánům. Mezi hlavní funkce pánevního dna patří kontrola močového měchýře a střev, sexuální funkce a také hraje důležitou roli v průběhu těhotenství i samotného porodu. Při diagnostice a následné rehabilitaci a jiné léčbě je za potřebí, znát anatomické náležitosti pánevního pletence, páteře i kyčlí. Součástí pánevního pletence jsou dvě kosti, ossa coxae a nepárová kost os sacrum. Os coxae se skládá ze tří původně samostatných kostí. Těmi jsou kyčelní kost (os ilium), sedací kost (os ischii) a kost stydká (os pubis). (Eickmeyer, 2017)

1.7 Fyziologie mikčního cyklu

Za odpadní tělní látku je považována moč. Ta vzniká v kapilárním klubičku (glomerulu) filtrováním plasmy. Cyklus tvorby primární moči po glomerulu dále pokračuje do Bowmanova váčku. Tento váček obklopuje glomerulus a společně tvoří Malpighiho tělísko. Dále je primární moč odváděna do Henleovy kličky a to přesněji proximálním stočeným kanálkem. Henleova klička se dále rozděluje na sestupné a vzestupné raménko. Distální stočený kanálek navazuje na vzestupné raménko Henleovy kličky. Ledvinová dřev je tvořena odvodnými kanálky, kde následně primární moče přechází. Důležitý fyziologický děj, který probíhá v proximálních i distálních kanálcích je zpětná resorpce vody z primární moče a také výměna iontů. Za 24 hodin se vytváří přibližně 190 – 200 l, zatímco sekundární 1500 – 2000 ml. Samotný mikční cyklus má dvě fáze. První fází je fáze plnění, kdy dochází k hromadění moči v močovém měchýři. Fáze druhá, je fáze mikčení, kdy se močový měchýř vyprazdňuje. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008)

2 MOČOVÁ INKONTINENCE U ŽEN

Močová inkontinence je stížnost, na jakýkoli, vůlí neovladatelný únik moči. Množství uniklé moči může být tak malé, že na jeho zachycení pacientkám postačí pouze tenká vložka a někdy se naopak jedná o značnější množství moči, na jejíž zachycení jsou ženy nucené využít jiné speciální pomůcky. Odhadem 30 - 50 % žen se potýká s nechtěným únikem moči. Výskyt inkontinence roste s věkem. Se závažnou inkontinencí, z důvodu které je potřeba hospitalizace v sanatoriích či domovech důchodců trpí více než polovina žen v důchodovém věku. (Martan a kolektiv, 2006; Genadry a Mostwin, 2013)

Inkontinence moči má negativní vliv na kvalitu života žen. Ovlivňuje je jak ve smyslu jejich vlastního komfortu z důvodu zápachu a pocitu vlhka, ale také v sociálním životě, kdy se ženy obávají chodit do práce nebo se vyhýbají cestování. V neposlední řadě postihuje i jejich sexuální život. Mnoho lidí považuje močovou inkontinenci za projev stárnutí, ovšem inkontinencí mohou trpět i mladé ženy po porodu nebo ženy středního věku. Inkontinence není choroba, ale projev tělesného stavu. Není potřeba si odvracet oblíbené aktivity a být svázaná pocitem neovladatelnosti vlastního těla, stačí se pouze přizpůsobit a navyknout si na využívání speciálních pomůcek. (Kuleszabronczyk, Dobrzycka a Gawrychowska et al., 2013)

2.1 Rizikové faktory

Stejně jako u každého zdravotního problému, tak i u inkontinence je možné zmírnit rizikové faktory, které mají vliv na zhoršování i zlepšování jejího průběhu. Za nejnámější faktor je považován věk. Jak už bylo zmíněno jedná se spíše o takový mýtus, že ženy, které postihuje únik moči, jsou pouze v důchodovém věku. Ovšem faktem je, že s přibývajícím věkem svaly slábnou a je těžší získat jejich sílu posilováním. (Chmel, 2010)

Dalším rizikovým faktorem je tělesná hmotnost pacientky. Vliv nadváhy na zhoršení zejména stresové močové inkontinence nelze popřít. Mimo tyto dva rizikové faktory je známá i řada příčin, kterými tento problém může začít. V první řadě hovoříme o infekcích močové soustavy nebo zranění míchy a pánevní oblasti. Dále onemocnění jako cukrovka, která je úzce spjatá s nadváhou a další onemocnění zejména roztroušená skleróza mozkomíšní nebo cévní mozková příhoda apod. V návaznosti na již zmiňovaný věk je také možnou příčinou u žen menopauza. Významné období v životě ženy je i těhotenství a samotný porod, kdy často dochází k oslabení svalů pánevního dna a dočasné inkontinenci moči. (Chmel, 2010)

3 DRUHY MOČOVÉ INKONTINENCE

Za dvě základní skupiny, na které je rozdělená močová inkontinence, je považována inkontinence uretrální a inkontinence extrauretrální. Častější typ úniku moči je uretrální cestou, tudíž skrz močovou trubici. U extrauretrálního typu dochází k odchodu moči jinak než přirozenou cestou. Například může vzniknout píštěl, která spojuje močový měchýř s pochvou, kudy následně moč samovolně uniká. Tento typ bývá často spojován jako důsledek operací pánve. U uretrálního druhu inkontinence hovoříme o čtyřech hlavních typech a to o inkontinenci stresové, urgentní, reflexní a tzv. overflow inkontinenci, neboli paradoxní. Není vzácností, že může dojít až ke kombinaci těchto forem. (Roztočil, 2011)

3.1 Stresová inkontinence

Stresovou inkontinence je definována jako pasivní únik moči při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku, jako následek insuficience uzávěrového mechanismu. Tento typ inkontinence je u žen nejčastější. Možná právě proto, že ke zvýšení intraabdominálního tlaku dochází při běžných činnostech, jako je kašláni, smích, kýchání, běhání, skákání a nebo pohlavní styk. Jak už ze samého názvu tohoto typu inkontinence vyplývá, ke snížení odolnosti uretry dochází mimo jiné i ve stresových situacích. (Martan, Mašata a Švábík, 2013; Genadry a Mostwin, 2013)

Tento druh inkontinence lze podrobněji rozdělit na dva podtypy. Pro první podtyp je typická hypermobilita uretry. Její poškození se vztahuje zejména na endopelvicke fascie. Pro druhý podtyp používáme odbornou zkratku ISD, kdy dochází k narušení funkce m. sphincteru urethra internus a ústí zůstává nepřetržitě pootevřeno. (Roztočil, 2011)

Stresová inkontinence často vzniká po období menopauzy, kdy klesá hladina estrogenu, což má významný vliv na pružnost pojivové tkáně, nebo po porodu. Podstatné je i období těhotenství, kdy se ženské tělo vypořádává s hormonálními změnami a hlavní roli hraje i působení gravitace na orgány. Příčinou mohou být různé chronické plicní onemocnění, kdy žena často kašle, například astma. Časté pokašlávání způsobuje i kouření. V mnoha případech samovolný únik moči spouští zranění v oblasti pánve nebo chirurgický zákrok či důsledkem radioterapie. V počátcích inkontinence ženu omezuje pouze při namáhavých činnostech či při sportu, později ji zaznamenávají i při smíchu, zvedání předmětů nebo ohýbání se. (Roztočil, 2011; Genadry a Mostwin, 2013)

3.2 Urgentní inkontinence

Pro tento typ inkontinence je typická náhlá a intenzivní potřeba močit, která není závislá na náplni močového měchýře. Soubor symptomů, který může zahrnovat urgenci k močení nese odborný název hyperaktivní močový měchýř (OAB – overactive bladder). Označuje častější frekvenci močení než osmkrát za 24 hodin. Pacientky mohou trpět i nykturií, jejíž definice je každé močení, které přerušuje spánek. (Krhut, 2011)

Ženy potýkající se s urgentním únikem moči popisují různé spouštěče náhlého nutkání na močení. Například se u nich dostaví pocit na močení při odemykání dveří domu nebo při cestě na toaletu. Jiné, jak popisují, nejsou schopny udržet moč při mytí rukou nebo pouze, když slyší tekoucí vodu. V těchto případech hovoříme o poškozené schopnosti reagovat na vnější podněty. (Genadry a Mostwin, 2013)

Příčiny tohoto druhu inkontinence lze rozdělit na tři typy. První mluvíme o neurogení skupině příčin, kde jsou charakteristické mimovolní kontrakce, které nelze potlačit. Tudiž vyvolávají pocit ztráty kontroly nad procesem močení. Druhá možná příčina je infraezikální obstrukce, neboli ztížení odtoku moči. To může být způsobeno vrozenými či získanými organickými vadami, kdy je uretra příliš zúžena. Poslední skupinou jsou příčiny idiopatické. Zda nezjistíme příčinu nadměrné aktivity močového měchýře, hovoříme o tzv. nestabilním detruzoru. (Martan a kolektiv, 2006)

Urgentní inkontinence se také může projevovat ve spojitosti s jiným závažnějším onemocněním. Urgentní nutkání na močení se objevuje zejména u pacientek s výskytem cystolitíazy, což je přítomnost močového konkrementu v močovém měchýři. Únik moči může způsobovat i nádorové onemocnění. Mnohdy je složité diagnostikovat tzv. karcinom in situ, neboli karcinom v počátečním stádiu, který prozatím nezasahuje bazální membránu a je omezen pouze na epitel. Jeho častým projevem bývá silná urgence na močení. (Holý a kolektiv, 2015)

3.3 Reflexní inkontinence

Jedná se o neovladatelný únik moči způsobený míšním traumatem či neurologickým onemocněním, tudíž hovoříme o poškození centrálního nervového systému. Důvodem je zvýšená spinální aktivita mikčního reflexu. U tohoto druhu inkontinence ženy postrádají pocity, které nás běžně doprovázejí při nucení na mikci. Tudiž k močení dochází bez nějakého předchozího varovného signálu. Jediné, co ženu může na močení upozornit, jsou

vegetativní příznaky, například pocení. Příčiny jsou různé, Parkinsonova choroba, autonehoda, skoky do vody nebo jiné sportovní úrazy. (Adamík, 2012; Hořčíčka, 2015)

3.4 Overflow inkontinence

V tomto případě jde o tzv. přepadovou neboli paradoxní inkontinenci, kterou definujeme jako mimovolný únik moči z přeplněného močového měchýře. Tento jev se děje na základě obstrukce uretry, kdy následně dochází k přepětí tlaku v močové trubici. (Adamík, 2012)

Pro pacientky trpící přepadovou inkontinencí je typické odkapávání moče v malém množství. Důvodem je neúplné vyprázdnění močového měchýře při mikci a velký objem močového rezidua. Při ultrazvukovém vyšetření je dokonce možné spatřit v močovém měchýři více než litr moči. (Kawaciuk, 2009)

Příčinou takového typu úniku moči může být ucpaní uretry, například tumorem, či po zánětu močového ústrojí, nebo se jedná o arteficiální obstrukci po operaci. (Zikmund, 2001; Adamík, 2012)

3.5 Smíšená inkontinence

Ke smíšené inkontinenci dochází při kombinaci více typů inkontinence moči. Kombinace druhů inkontinence může být v různém poměru. Často vídané bývá spojení inkontinence stresové s inkontinencí urgentní. V tomto případě dojde ke spojení příznaků těchto dvou druhů inkontinence. To znamená, že u samovolného úniku moči pacientky pociťují urgenci na močení a zároveň se jim zvýší i intraabdominální tlak. V populaci je smíšená inkontinence poměrně častá záležitost. Ženy se s ní potýkají při fyzické námaze nebo například při kýchání či kašli. (Ryšánková, 2016)

U diagnostického vyšetření lékař odhalí druh inkontinence a dále také určí stupeň druhu inkontinence. U samovolného úniku moči se rozlišují 4 stupně. Odhadnout stupeň lze jak z anamnézy, tak i z fyzikálního vyšetření. Popisuje se i stupeň 0, který značí kontinenci, stupeň 1 je únik moči s náhlým vzestupem intraabdominálního tlaku, 2. stupeň je únik moči při menší námaze, zatímco 3. stupeň je inkontinence už i například při chůzi, 4. stupeň značí totální inkontinenci. (Pilka a kolektiv, 2022)

4 DIAGNOSTIKA

Každý správný postup k řešení zdravotního problému začíná diagnostikou. Diagnostika jsou vyšetřovací metody, jejímž cílem je zjištění diagnózy a následné zvolení správné léčby. Diagnostiku daného onemocnění vždy svěřujeme do rukou odborníka a nepomáháme si sami prostřednictvím neoborných článků na internetu či jiných irelevantních zdrojů. V případě močové inkontinence se s problémy svěříme do rukou urogynekologa. Jak už vypovídá, samotný název této práce, důležitou roli zde hraje i porodní asistentka, která první s pacientkou provede anamnézu. Další kroky podniká lékař, co se týče fyzikálního vyšetření pacientky nebo vyšetření pomocí zobrazovacích metod a speciálního urodynamického vyšetření. Porodní asistentka edukuje ženu v souvislosti o záznamech do mikčního deníku. (Galajdová, 2000)

4.1 Anamnéza

Anamnéza je nedílnou součástí diagnózy, stejně jako u každého onemocnění. Kompaktně odebraná anamnéza zahrnuje cíleně mířené otázky, které vedou ke zjištění etiologie choroby a navádí k využití vhodných vyšetřovacích metod. (Halaška et al., 2004)

V anamnéze zaměřené na nechtěný únik moči si lze vymezit základní okruhy, na které je nutné se ženy cíleně tázat. Řadí se zde, pracovní anamnéza, zda manipuluje běžně s těžkými předměty. Otázky jsou mířeny, na její záliby, např. sport, zahradničení, péče o děti. Jaké měla porody, na jejich způsob vedení, porodní poranění, hmotnost novorozence. Dále se dotazujeme na pravidelnost menstruačního cyklu, případně na menopauzu. Podstatné je zjistit, zda neprodělala operaci v oblasti malé pánve. (Horčíčka et al., 2017)

Postupně od základních okruhů otázek je potřeba přejít ke konkrétním dotazům cílených na inkontinenci moči. To znamená, jak často dochází k úniku moči, případně jaké množství běžně uniká. Za jakých okolností k tomuto dochází. Případně, zda není moč s příměsí krve. Jestli pacientka nepocítuje nucení na močení i v noci. Celkově do jaké míry tyto problémy zasahují do kvality života ženy. (Čermák a Pacík, 2006)

Anamnéza zahrnuje a i běžné dotazy, na onemocnění se kterými se žena léčí, či jaké léky užívá k jejich léčbě, neboli farmakologická anamnéza. Je možné se setkat s léčbou endokrinních onemocnění, jako je diabetes mellitus. Žena může trpět chronickým kašlem,

nebo chronickou zácpou, což má také často vliv na samovolný únik moči. A také se nesmí opomenout na neurologické onemocnění a úrazy páteře. (Horčíčka a kolektiv, 2017)

4.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření nejprve dochází k posouzení ženy pohledem, tzv. aspekce. Hodnotí se poměr hmotnost/výška, hybnost a všechny ostatní části běžného fyzikálního vyšetření, jako je například sledování stavu zornic, neurologické vyšetření páteře a další. Při podezření na inkontinenci je potřeba věnovat větší pozornost okolí genitálu, který také je potřeba posoudit i pohledem v gynekologické poloze, kdy pacientka leží na zádech s pokrčenými koleny roztaženými od sebe. Je důležité si všimnout stavu kůže zevního genitálu, pozorovat výšku hráze a případnou jizvu po episiotomii. Následně rozhrnout malé stydké pysky, aby bylo možné zhodnotit ústí uretry. V těsné blízkosti se nachází i perianální krajina, tudíž pozornost následně upřít i na ni. Každý patologický vjem si podrobně zapsat do gynekologické anamnézy pacientky. (Galajdová, 2000)

Po aspekci zevního genitálu následuje vyšetření v zrcadlech, kdy je záměr pohledem posoudit stav poševní sliznice a kvalitu závěsných stěn. Zvýšenou pozornost je třeba zaměřit na pokles poševních stěn. Lékař může požádat pacientku, aby si zatlačila jako na stoličce, nebo zakašlala, aby vyzkoušel, zda děloha i pochva při zvýšeném nitrobřišním tlaku zůstává stále na svém místě. Součástí vyšetření v gynekologických zrcadlech je i odběr vzorku hlenu na kultivační vyšetření nebo na tzv. MOP vyšetření, což je mikrobiální obraz poševní. (Galajdová, 2000)

Na závěr fyzikálního vyšetření se běžně provádí palpace, neboli vyšetření poklepem. Kdy lékař zjistí stav a uložení dělohy a také pokles tzv. adnex, to je odborné označení pro vejcovody a vaječníky. Také mírně zatlačí, aby se ujistil o míře vyklenutí poševních stěn. (Halaška et al., 2004)

Pro pacientky s nechtěným únikem moči je nezbytné i vyšetření per rektum a rektovaginální vyšetření. Kdy urogynekolog zavádí prst šroubovým pohybem a opravdu šetrně provede kompresi uretry proti zadní stěně stydké kosti, aby vyloučil zánět, tumor či divertikl. Lékař může opět pacientku požádat o mírné zakašlání, při kterém by mělo dojít ke kontrakci sfinkteru. (Dvořáček, 2000)

4.3 Zobrazovací metody

Nejpoužívanější zobrazovací metodou v gynekologii a v urogynekologii vůbec, je vyšetření ultrazvukovou sondou. Odborná literatura hovoří o funkční sonografii dolních močových cest. Pozoruje se zde pozice a mobilita hrdla močového měchýře. Tímto lze posoudit, o jaký typ inkontinence se jedná. Dobře lze zobrazit i velikost uretrálního sfinkteru u pacientek s inkontinencí. Což je další podstatný poznatek k diagnostice inkontinence. (Čermák a Pacík, 2006)

Mezi další zobrazovací metody lze zařadit RTG vyšetření, v případě inkontinentních pacientek se jedná o cystouretrafii. Cílem je zobrazení poklesu hrdla močového měchýře a změření zadního uretrovezikálního úhlu. Dalším vyšetřením je uretrocystoskopie, kdy dochází ke kalibraci močové trubice za cílem zjistit průměr distální močové trubice. (Čermák a Pacík, 2006)

4.4 Mikční deník a dotazníky

Nápomocnou složkou jsou v diagnostice močové inkontinence i dotazníky, které ženy s touto problematikou často vyplňují. Jedná se o dotazníky, kde pacientky odpovídají na dané otázky pomocí volby jedné z nabízených možností. Mezi známé patří Gaudenzův dotazník. Jeho součástí jsou otázky ohledně mimovolného úniku moči, jaké množství uniká, jak často v průběhu dne je žena nucena si vyměnit vložku či dokonce spodní prádlo, při jaké příležitosti k úniku dochází, či zda je žena schopna únik moči ovlivnit vůlí. Další otázky jsou mířené na menstruační cyklus a jeho pravidelnost, břišní operace, dále počet porodů, porodní hmotnost dětí nebo porodní poranění. Nezbytné jsou i otázky na tělesnou hmotnost ženy a její věk. (Galajdová, 2000)

Ke klinice močové inkontinence neodmyslitelně patří mikční deník. Jeho užívání začalo již koncem 80. let. V průběhu let se různě vyvíjí a rozšiřuje, ale základ zůstává stejný. Pacientka dostane u svého lékaře předtištěnou tabulku, do které si doma bude zaznamenávat dle pokynů porodní asistentky, či sestry. Pacientka v první řadě zapisuje přesný čas, častost mikce a frekvenci úniku moči za 24 hodin. Nadále lze zaznamenávat i počet užitých ochranných vložek ať už přes den nebo v noci. Tudiž tento deník nám umožňuje zjistit 24 hodinovou diurézu. Nejpoužívanějším typem deníku v praxi je tzv. Frequency – volume chart. Ostatní typy deníků nenašly takové uplatnění v praxi. Nejspíše z důvodu jejich podrobnosti, bylo zde potřeba zaznamenat například i druh požité tekutiny nebo aktivitu, u které k úniku moči došlo. V neposlední řadě se do diagnostického procesu

zapojí aktivně sama pacientka, což pro zdravotníky může být vhodným ukazatelem ochoty ke spolupráci vedoucí k terapii tohoto problému. (Halaška et al., 2004)

4.5 Urodynamické vyšetření

Samotnou urodynamiku lze vysvětlit, jako nauku o poruchách transportu moči. V těchto diagnostických metodách se využívá zákonů hydrodynamiky k ohodnocení funkčnosti močových cest. Za velkou výhodou u těchto metod lze považovat malou invazivitu. (Halaška a kolektiv, 2004)

4.5.1 Pad-weighing test

K procesu diagnostiky inkontinence neodmyslitelně patří speciální vyšetření. Prvním z nich je Pad-weighing test. Jelikož důležitým ukazatelem je množství uniklé moči, je tento test velkou pomůckou v diagnostice inkontinence. Pacientka při tomto testu vypije určité množství tekutiny a poté vykoná fyzické aktivity, díky kterým dojde k úniku moči a následnému zvažení vložek za určitý časový úsek. (Halaška a kolektiv, 2004)

4.5.2 Leak point pressure

Prvním vyšetřením v ohledu urodynamické diagnostiky je nutné zmínit tzv. Leak Point Pressure (LPP). Vyšetřuje se při úniku náplně z močového měchýře, kdy změřená LPP hodnota, značí hodnotu intravezikálního tlaku. LPP se dále dělí na statistický test, Bladder Leak Point Pressure (BLPP) a dynamický test, Valsalva LPP (VLPP). Statistický test je důležitý zejména u neurogenních měchýřů. Zatímco dynamický test je podstatný u rozhodnutí, zda například pacientky se stresovou inkontinencí jsou vhodné pro závažné operace. (Halaška a kolektiv, 2004)

4.5.3 Uroflowmetrie

Mezi další urodynamické vyšetření se řadí i Uroflowmetrie. Hodnotí průběh mikce, rychlost močového proudu, který závisí na kontrakcích detruzoru. Důležitá je i charakteristika proudu moči, zda se jedná o kontinuální nebo přerušovaný. To následně značí anatomické poruchy anebo poruchy funkce. Normální doba mikce se pohybuje okolo 20 – 30 sekund, záleží na náplni měchýře. (Čermák a Pacík, 2006)

Do uroflowmetrie spadá i užívaná metoda a to je plnicí cystometrie. Měření probíhá za pomoci speciálního katétru a využívá se také buď fyziologického roztoku, nebo oxidu uhličitého. U tohoto vyšetření je pacientka v poloze vleže na zádech, pacientka je pobízena

k provokačním manévřům. V závěru je důležité si všimnout, jaké pocity žena vnímá. Zda pociťuje bolest, tlačení, chlad, teplo. Tato metoda je prováděna běžně na urogynekologických ambulancích. (Čermák a Pacík, 2006; Pilka a kolektiv, 2022)

4.5.4 Uretrální tlakové profily

Podstatnou roli hrají i uretrální tlakové profily. Při vyšetření dochází k měření tlaku v délce uretry a měření tlaku v měchýři. Rozdíl mezi těmito hodnotami se nazývá uzavírací tlak. Často dochází k měření za stresových manévřů, jako je například kašel. Fyziologicky by mělo dojít ke stejnému jak intrauretrálnímu tlaku, tak i tlaku v močovém měchýři. Tímto typem vyšetření diagnostikujeme stresovou inkontinenci, případně její závažnost. (Čermák a Pacík, 2006)

4.5.5 Elektromyografie

Významné místo v urodynamice zaujímá i elektromyografie (EMG). K tomuto měření se využívá bipolární elektroda nebo prstencová elektroda a vyšetření je lokalizováno v oblasti análního sfinkteru. Ovšem lze využít nejen rektální elektrody ale i vaginální nebo povrchové nalepovací. Výsledkem je změření elektrických potenciálů v oblasti sfinkteru a i pánevního dna. (Čermák a Pacík, 2006)

Prvním podtypem elektromyografie je sfinkteromanometrie. Jedná se o metodu, kdy se měří tlak v oblasti m. sphincter ani. Posuzuje se zde, jakou má pánevní dno kontrakční schopnost. Tato metoda se běžně nevyužívá, jelikož výsledky dostatečně nevypovídají o závažnosti inkontinence. Sfinkteromanometrie proto bývá spíše používána pro kontrolu změn po konzervativní léčbě gymnastikou pánevního dna. (Čermák a Pacík, 2006)

Mezi druhou doporučovanou metodou pod elektromyografií jsou tlakově – průtokové diagramy. Podstatné je zhodnocení, jestliže lékař dojde k závěru, že u pacientky je viditelně vysoký intravezikální a intraabominální tlak a zároveň nízký průtok močového proudu, nález poukazuje na intravezikální obstrukci. Naopak, jestliže je viditelný nízký tlak, jedná se o nedostatečný uzavěrový mechanismus. Videourodynamické vyšetření slučuje jak rentgenové zobrazení, tak i zaznamenání na magnetickém médiu. Díky tomuto je možné nadále porovnávat vyšetření v daných parametrech s předchozími vyšetřeními. (Čermák a Pacík, 2006)

Zásadní v diagnostice močové inkontinence je i prvotní vyšetření praktickým lékařem. Po odebrání anamnézy a provedení objektivního vyšetření by měl být každý praktický lékař

schopen stanovit diagnózu močové inkontinence, určit její typ a i stupeň závažnosti, kterým pacientka trpí. Až po těchto krocích následně praktický lékař odešle ženu k urologovi či urogynekologovi pro nastavení typu léčby. Po péči u odborného lékaře se pacientka vrací do rukou praktickému lékaři. (Čermák a Pacík, 2006)

5 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Porodní asistentka jako nelékařský profesionální pracovník se aktivně zapojuje do péče a starostlivosti o ženy nejen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, ale je vzdělaná i k péči a edukaci o pacientky s gynekologickými potížemi. Její starostlivost zahrnuje, jak edukaci o prevenci, tak i přípravu před operačními výkony a pooperační péči. Porodní asistentka je v procesu péče velice důležitá, jelikož je i první s kým se žena v gynekologické ambulanci setkává. Může nasměrovat léčbu pacientky správným směrem, spoluprací s urogynekologem nastolí vhodný způsob léčby a následně tak zvýší kvalitu života pacientky. Porodní asistentka je empatická, chápavá a v první řadě udržuje intimitu ženy. Prochází její problémy postupně a odhaluje potíže spojené s močovou inkontinencí. (zdroj vlastní, 2023)

5.1 Edukace

Edukace neboli výchova, je komplexní proces, který nemá za cíl vysvětlit či zakazovat, ale všestranně působit na jedince s cílem dosáhnout pozitivních změn ve vývoji. Edukační proces má dvě strany působení. Činnost edukátora realizuje porodní asistentka a edukantem je pacientka nebo dokonce skupina pacientek. Porodní asistentka má kompetence zdravotnické, kde musí mít potřebné znalosti, dovednosti a také zkušenosti z oboru gynekologie a ošetrovatelství, ale také kompetence pedagogické. Zdravotnický pracovník, jako edukátor nese odpovědnost za svou edukaci. Musí hovořit srozumitelně k danému problému, případně se ujišťovat, zda pacientka rozumí. Nepoužívat příliš odbornou lékařskou terminologii. Porodní asistentka se musí neustále vzdělávat v nejnovějších ošetrovatelských procesech. Nabízet pacientce aktuálně nejnovější ochranné pomůcky. Do charakteristiky porodní asistentky řadíme vlastnosti, jako je trpělivost, ochota, komunikační dovednosti a v neposlední řadě empatie. (Dušová a kolektiv, 2019)

Edukační proces se skládá z pěti fází. První fází je posouzení pacientky, kdy porodní asistentka odebírá anamnézu pacientky. Ve druhé fázi stanovuje edukační diagnózy, kdy zjistí do jaké míry je pacientka o daném problému informována a jaké informace je potřeba dále doplnit. Ve třetí fázi si sestaví porodní asistentka edukační plán, podle kterého bude v edukaci pacientky postupovat. Čtvrtá fáze navazuje realizací sestaveného edukačního plánu, kdy už porodní asistentka příkladně edukuje ženu. V poslední páté fázi dochází k vyhodnocení efektivnosti edukačního procesu. Vyhodnotí se, zda se pacientka řídí edukačními pokyny porodní asistentky a lékaře. (Dušová a kolektiv, 2019)

5.2 Posilování pánevního dna

Ke konzervativní léčbě močové inkontinence neodmyslitelně patří i cviky na posílení pánevního dna. Při palpačním vyšetření, které je součástí postupů, které lékař provádí k diagnostice inkontinence moči, může být zjištěna slabost svalstva v okolí pánevního dna. Zdali pacientka dokáže stále tyto svaly ovládat silou vůle je pacientkám doporučována gymnastika pánevního dna. Tato sestava cviků je většinou součástí edukace mladších pacientek. Tyto cvičení jsou mnohdy i součástí přípravy před operačními výkony. (zdroj vlastní, 2023)

Aby pacientka těmito cviky byla schopna docílit zlepšení jejího zdravotního stavu, je za potřeby, dodržovat hlavní zásady tohoto cvičení. Důležité je věnovat se cvičení denně zhruba 15 minut, minimálně po dobu čtvrt roku. Nejprve se před každým cvičením řádně rozhýbat a celé tělo protáhnout. K cvičení by nemělo docházet krátce po jídle, nejlépe 2 – 3 hodiny po jídle. Dané cviky konzultovat s porodní asistentkou či lékařem ať dochází k jejich správnému a pečlivému provedení. Určité cviky je dobré opakovat 5x až 10x za sebou. Cvičit pomalu, nespěchat na sebe a dotahovat cviky dokonce, tak jak byly ukázány odborníky. Zároveň není vhodné se přepínat a cvičit do úplné únavy. Porodní asistentka je schopna vézt kurzy těchto cvičení a ženy tak učí správnému provedení cviků gymnastiky pánevního dna. Současně u ukázky je může i opravovat, a zabrání tím kontraproduktivnímu cvičení v pohodlí domova. Mezi vhodné cviky například lze zařadit stoj rozkročný, kdy se žena hluboce střídavě předklání ke kolenům a následně ruce po narovnání vzpaží. Nebo pouhý stoj rozkročný opět se vzpažením a úklony na obě strany, dále kroužení trupem nebo přednožování a unožování do stran. Cviky jsou promyšlené tak, aby k nim pacientka nepotřebovala žádné pomůcky. Maximálně může využít například stolu, kterého se přidrží při hlubokém dřepování s podsazenou pánví a stáhnutými hýžd'ovými svaly. Cviky je možné provádět i vsedě, kdy si žena položí dlaně na vnitřní stranu kolen, nohy má pokrčené a mírným tlakem tlačí kolena od sebe a naopak kolena proti odporu. Vleže mohou být prováděny i tzv. mosty, kdy žena nadzvedává a opět pokládá pánev na podložku, přitom má stažený konečník a svaly. Další sérií cviků jsou Kegelovy cviky, které slouží jak u prevence, tak i k léčbě v počátečních stádiích močové inkontinence či ke zmírnění jejich příznaků. Kegelovy cviky spočívají v opakovaném stahování svalů pánevního dna. Doporučuje se je cvičit s vyprázdněným močovým měchýřem a také nejlépe pravidelně opakovat každý den. (Galajdová, 2000)

6 MOŽNOSTI TERAPIE

Inkontinence moči má velký vliv na kvalitu života ženy. Jestliže je zachycena v počátečním stupni lékaři se nejdříve snaží zmírnit či zcela eliminovat příznaky konzervativní cestou léčby. V pokročilejších stádiích inkontinence je třeba zahájit medikamentózní léčbu a nevyhnutelně se přistupuje k chirurgické léčbě, což znamená invazivní výkony. (Lukacz, Santiago-Lastra, Albo, Brubaker, 2017)

6.1 Konzervativní léčba

Pokud lékař nastaví u pacientky konzervativní léčbu, je tím zejména myšlena fyzioterapie pánevního dna. Porodní asistentka dostatečně edukuje pacientku o cvicích na posílení svalů pánevního dna, které mají velký význam zejména v léčbě stresového typu inkontinence. U tohoto způsobu léčby je kladen velký důraz na komplexnost. To znamená, že samotné cvičení nemusí zcela stačit, nutné je uvolnit blokády pacientky a opravit její posturu. Konkrétně Kegelovo cvičení je zaměřeno na opakované stahování a povolování sfinkteru uretry a levatoru ani. Cvičit by se mělo asi 50x – 60x denně. Důležité je, aby žena kontrahovala levator ani. K tomu aby bylo cvičení efektivní a žena nezatínala místo levatoru ani břišní stěnu vkládají se dva prsty do pochvy. Důraz se klade také na pohyb bránice u dýchání. (Pilka a kolektiv, 2022)

Efektivnější může tato léčba být s pomocí elektrostimulace. Tu lze využít k léčbě stresové a urgentní inkontinence. Zásadní rozdíl je, že k léčbě urgentní inkontinence se používá nízká frekvence a vysoká frekvence k léčbě stresové inkontinence. Elektrostimulační léčba se často kombinuje právě s cviky pánevního dna. V případě dlouhodobé léčby je nutné užití vaginální sondy a aplikovat ji několik hodin denně. Z tohoto důvodu je krátkodobá léčba praktičtější. Ke kvalitní rehabilitaci je nutné správně a pečlivě zaznamenat anamnestické údaje. Zhruba po 6 měsících léčby rehabilitací je pacientka odeslána na kontrolu efektivnosti léčby. Důležité je zdůraznit spolupráci s fyzioterapeutem, který se zaměřuje na močovou inkontinenci. (Horčíčka a kolektiv, 2021; Pilka a kolektiv, 2022)

Konzervativní léčba využívá i techniky tzv. Biofeedbacku. Jedná se o techniku, která využívá také vaginální sondu taktilním signálem. Funguje na principu zpětné vazby při nestabilitě močového měchýře. Tato technika se kombinuje s cviky dle Kegela. (Pilka a kolektiv, 2022)

Jestliže má pacientka problém s funkční obstrukcí je pak vhodná intermitentní katetrizace.

U konzervativní léčby je nutné se věnovat i úpravě životního stylu pacientky. Doporučení často zahrnují snížení nadměrné tělesné hmotnosti, přiměřenou hydrataci, pravidelnost močení. Zejména by se pacientka měla vyhnout potravinám obsahujícím vyšší kyselost. Kofein například také může podporovat urgenci na močení, takže by se měla vyhnout i konzumaci kávy. Žena trpící pravidelnými úniky moči by neměla vykonávat příliš fyzicky náročnou práci, kde by například zvedala těžká břemena. (Lukacz, Santiago-Lastra, Albo, Brubaker, 2017)

Pozornost je třeba zaměřit i na přidružené onemocnění. K úniku moči rozhodně nepřispívá kouření, takže při zaznamenání příznaků inkontinence moči by bylo vhodné začít s odvykáním. Také jestliže pacientka trpí astmatem, tak by měla přistoupit k léčbě. I léčba chronické zácpy může snížit epizody inkontinence. (Pilka a kolektiv, 2022)

Značnou část konzervativní léčby stresové močové inkontinence a také prolapsu pánevních orgánů tvoří pesaroterapie. Speciální pesary jsou konstruované vyloženě k této speciální léčbě. (Pilka a kolektiv, 2022)

K léčbě úniku moči je možné využívat i lázeňskou terapii. Užitečná je balneoterapie, která využívá přírodních zdrojů k léčení. V balneoterapii využívají minerálních pramenů, sirnoželezitých slatin nebo zřidelného plynu. Například v proslulých Františkových lázních aplikují pacientkám slatinné zábaly, ženy dochází na slatinné koupele a v kombinaci s těmito dvěma metodami jsou nápomocné i slatinné intravaginální tampony. Dalším typem procedur v lázních bývá hydroterapie. V tomto případě se jedná o léčbu prostřednictvím vody a vzduchu. Zde bývají zahrnuty vodní koupele, horkovzdušná lázeň, skotské stříky a další. K možnosti využití lázeňské terapie je samozřejmě za potřeby indikace od odborného lékaře. Naopak existuje i řada kontraindikací, mezi které řadíme například i těhotenství. (Halaška a kolektiv, 2004)

6.2 Medikamentózní léčba

Medikamentózní způsob terapie je primární volbou konzervativní léčby urgentní inkontinence moči. Za výhody je považována jednoduchá aplikace a vysoká účinnost léčby. Medikamentózní léčba je z velké části cílená na tzv. OAB, což je syndrom dráždivého močového měchýře. Mezi léky zvyšující uretrální uzavírací tlak se řadí zejména alfa – sympatomimetika. V močovém měchýři a uvnitř uretry se nachází alfa – adrenergní receptory. Uretrální tlak se zvýší, jestliže dojde ke stimulaci. V praxi se využívá midodrin hydrochlorid, u kterého se vyskytují vedlejší účinky pouze zřídka.

Existují tři způsoby jeho podání, a to jako tablety, injekce a kapky, zástupcem je lék Gutron. Další skupinou jsou tricyklická antidepresiva. V tomto případě ke zvýšení intrauretrálního tlaku je využito stimulace hladkých svalových vláken. Nejčastěji se jedná o Imipramin. Nutné je zmínit i estrogény. U žen, které v menopauze užívají estrogény, je možné předpokládat nárůst prokrvení pochvy. Pochva i uretra vznikly ze stejného embryonálního základu, tím pádem dochází i ke zvýšení uzavíracího tlaku uretry. Nejčastěji se užívají ve formě mastí aplikujících 2x v týdnu. Tolterodin a Solifenacin jsou léky, které patří do skupiny anticholinergik. Účinkují na principu zvýšení kapacity močového měchýře a blokování určitých receptorů. Také ale mají mnoho vedlejších účinků, například obštipace, sucho v ústech či v očích a zvýšená tepová frekvence. Další lékovou skupinou jsou relaxancia, jak už lze odvodit z názvu jedná se o léky s relaxačním účinkem na hladkou svalovinu v močovém měchýři. Dále mají tyto léky lokální analgetické účinky. Nejužívanějším zástupcem je Solifenacin. (Horčíčka a kolektiv, 2021; Pilka a kolektiv, 2022)

U stresové formy inkontinence má léčba farmaky omezený význam. Využívat lze hormonální preparáty, estrogény nebo tricyklická antidepresiva. (Adamík, 2012)

Medikamentózní léčba je konzervativním způsobem léčby, který je využíván i z důvodu snahy eliminovat léčbu chirurgickou. (Horčíčka a kolektiv, 2021)

6.3 Absorpční pomůcky

Definice absorpčních pomůcek zní, že se jedná o savé pomůcky nápomocné v péči o inkontinentní pacientky. Pacientkám jsou tyto pomůcky předepisovány z různých indikací, jako je například před vyšetřením, před chirurgickým zákrokem nebo jednoduše pro pacientky, které očekávají efekt již nastavené léčby úniku moči. Existuje celá škála těchto pomůcek. V praxi jsou známé vložky, plenkové kalhotky nebo podložky. Odlišují se kvalitou, vzhledem a i množstvím zadržené moči, které jsou schopné pohltit. Od běžných menstruačních vložek se liší speciálním jádrem, které vsákne větší množství tekutiny a tak zabrání protečení moči. Velkou výhodou je, že tyto speciální vložky také pohlcují zápach a tak žena nemusí mít strach, že by v okolí došlo k nějakému nepříjemnému zápachu moči. (Horčíčka a kolektiv, 2021)

Na uhrazení inkontinenčních pomůcek je zdravotní pojišťovnou pacientce vyhrazen měsíční limit dle stupně inkontinence, kterou trpí. Zpočátku jsou pacientkám poskytnuty vzorky inkontinenčních vložek, na ty které, jsou nejvíce vyhovující lékař, vystaví poukaz

a do daného data je potřeba, aby si je pacientka vyzvedla v lékárně či prodejně zdravotnických potřeb. Získat lze maximálně 150 kusů inkontinenčních pomůcek za měsíc. Většinu stále hradí pojišťovna a pacientka případně doplatí pouze menší částku. Lékař indikuje tento poukaz a porodní asistentka jej vypíše. Nezapomene na něj poznačit i stupeň lékařem diagnostikované inkontinence. (Horčíčka a kolektiv, 2021)

6.4 Chirurgická léčba

Na úvod operační léčby je důležité zmínit, že k ní lékař přistupuje až po selhání předešlé léčby. Operačním způsobem se řeší převážně stresový typ inkontinence moči. V dnešní době je známo mnoho operačních technik, které se užívají k léčbě močové inkontinence. Některé z nich se dneska již nevyužívají z důvodů mnoha kontraindikací. U smíšeného druhu inkontinence se doporučuje nejdříve přeléčit urgentní složku inkontinence a teprve pak přejít k operabilnímu řešení. (Pilka a kolektiv, 2022)

Urgentní inkontinence se operuje pouze v závažných stupních inkontinence a tudíž výjimečně.

Častá je aplikace Botulotoxinu. Lékař zavede cystoskop přes stěnu močového měchýře až do samého močového měchýře a následně aplikuje Botulotoxin do 15 – 30 míst v močovém měchýři. Botox má vliv na snížení četnosti močení a tímto způsobem lze omezit potíže spojené s urgentní inkontinencí. Botulotoxin aplikuje lékař v lokální anestezii. Efekt této léčby po měsících slábne a je možné tuto proceduru zopakovat. U užívání Botoxu je vždy nutné, aby si byl lékař i pacientka vědomi možných komplikací. Mezi ně spadají infekce močového měchýře, neúplné vyprázdnění močového měchýře či dokonce retence moči, únava nebo svalová slabost. (Apostolidis, Papaefstathiou a Gatsos, 2020)

U OAB lze provést neuromodulaci, která probíhá zevní stimulací fibulárního nebo tibulárního nervu.

U stresové inkontinence jsou příčiny v anatomických odchylkách v oblasti malé pánve. Nutné je zmínit i dnes už běžnou operaci zvanou TVT (tahuprostá vaginální páska). Na trhu je známá od roku 1990. Tento zákrok probíhá tak, že se zavede smyčka z umělého materiálu, který je dobře snášený. Konkrétně se jedná o speciální síťovou strukturu, ale existuje mnoho variant. Retropubická páska vytváří zpevnění pro močovou trubici a je vyvedena za symfýzu. Touto operační technikou lze řešit i insuficienci sfinkteru. Odborně

je tento problém nazýván zkratkou ISD, která označuje právě insuficienci vnitřního svěrače. V tomto případě retropubická páska zúží močovou trubici a tudíž zabrání nechtěnému úniku moči. Další metodou je TOT páska, která na rozdíl od TVT pásky prochází přes foramen obturatum. Mezi další metody se řadí i minipáska. Za možnou komplikaci se považuje například cévní poranění. Pacientka by však po dobu 6 týdnů neměla zvedat těžká břemena, a také by se měla vyhnout pohlavnímu styku. (Pilka a kolektiv, 2022)

K léčbě stresové inkontinence se užívá i intrauretrální aplikace Bulkamidu. Bulkamid je gel, který je tvořený z většiny vodou a neobsahuje žádné silikové částice, takže nedochází k migraci v organismu. Aplikuje se v lokální anestezii, tudíž se jedná o miniinvazivní výkon. Stejně jako Bulkamid je známá i řada dalších objemových činidel, jako například Coaptite nebo Urolastic. V současné době jsou prováděny různé studie, která z těchto látek je pro léčbu stresové inkontinence nejvhodnější, avšak dosud nejsou žádné důkazy, které by naznačovaly nadřazenost nějakého činidla nad jiným. Všechny mají krátkodobou či střednědobou účinnost s malým počtem nežádoucích účinků. (Zheng, Rovner, 2022; Pilka a kolektiv, 2022)

U chirurgické léčby je nutné věnovat pozornost i předoperační přípravě. Samozřejmě je nutné provést speciální urogynekologické vyšetření a odebrat důkladnou anamnézu. Zda organismus pacientky je schopný zvládnout nároky dané operační techniky a případně celkovou anestezii. Konkrétně v rámci předoperačního vyšetření se provádí testy základních funkcí ledvin a jater, vyšetření jak krve, tak i moče, je nutné zjistit, zda pacientka momentálně neprodělává infekci, dále se testuje krevní srážlivost, je provedeno EKG a pacientka si musí dojít na celkové interní vyšetření. Zvyklé je i podání látek proti zvýšené srážlivosti krve. Pacientka bývá také před zákrokem pod clonou antibiotik. Před operativní léčbou inkontinence moči je nutné provést každé pacientce před zákrokem i cystometrii. (Galajdová, 2000)

Úspěch nebo neúspěch samozřejmě z velké části závisí na správném výběru techniky operačního postupu. Jedná se o individuální přístup ke každé pacientce, kdy je potřeba dostatečných znalostí patofyziologie. Operátor by měl mít již značné zkušenosti. Samozřejmě vše se odvíjí od správného určení diagnózy, jedině tak bude léčba chirurgickou cestou úspěšná. (Pilka a kolektiv, 2022)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Pro vytvoření praktické části bakalářské práce byl zvolen výzkum kvantitativní technikou prostřednictvím dotazníku v tištěné formě.

7.1 Cíle šetření

Hlavní cíl:

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou ženy v široké veřejnosti edukovány o problematice močové inkontinence.

Dílčí cíl č. 1:

Zjistit, zda jsou si ženy vědomy rizikových faktorů vedoucích k močové inkontinenci.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, zda ženy znají možnosti léčby inkontinence moči.

Dílčí cíl č. 3:

Zjistit, zda by ženy uvítaly větší informovanost ze strany odborníků ohledně této problematiky.

7.2 Metoda a technika sběru dat

V návaznosti na téma práce byla zvolena kvantitativní metoda technikou dotazníkového šetření.

Dotazník byl rozdán v tištěné formě v Gynekologické ambulanci Mudr. Pruckové v Přerově. Otázky v dotazníkovém šetření nejsou pouze pro ženy, které se setkaly s problematikou močové inkontinence. Není určen ani pro určitou věkovou kategorii, či ženy těhotné, jelikož cílem bylo zjistit informovanost u všech žen široké veřejnosti. Dotazník byl anonymní, pouze v úvodních otázkách byl zjišťován věk a dosažené vzdělání dotyčné respondentky. Dotazník se skládá z 18 uzavřených otázek, 15 z nich bylo s volbou jedné možné odpovědi a u zbylých tří bylo možné zvolit více odpovědí.

7.3 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření

Cílovou skupinu tvoří dospělé ženy různého věku. V dotazníkovém šetření nebyla určena žádná horní věková hranice, jelikož s danou problematikou se lze potkat v různém

životním období. S pojmem inkontinence moči se mohou setkat i ženy těhotné, tudíž dotazník mohly vyplnit i ony.

Sběr dat dotazníkového šetření probíhal jeden měsíc, přesněji od poloviny měsíce března do poloviny měsíce dubna roku 2023. Dotazník vyplnilo 95 respondentek. Všechny data byla použita k analýze výsledků.

8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazník vyplnilo celkem 95 respondentek různých věkových kategorií a všechny vyplněné dotazníky byly použity k vyhodnocení dat z dotazníkového šetření.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věková kategorie

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 20	4	4,20 %
20-29	20	21,10 %
30-39	29	30,50 %
40-49	20	21,10 %
50 a více	22	23,10 %
celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) odpovědělo nejvíce žen ve věkovém rozmezí 30-39 let (30,5 %), dále odpovídaly ženy ve věkové kategorii 50 a více let (23,1 %). Z Tabulky 1 je možné vyčíst, že ženy, které spadají do věkové kategorie 20-29 let a 40-49 let odpovídaly stejně (21,1 % a 21,1 %). A nejméně odpovídaly ženy ve věkovém rozmezí méně než 20 let (4,2 %).

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	8	8,4 %
výuční list	18	18,9 %
vyučení s maturitou	1	1,1 %
střední s maturitou	38	39,9 %
vysokoškolské	30	31,7 %
celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z Tabulky 2 vyplývá, že nejvíce odpovídaly respondentky se středním vzděláním ukončeným maturitní zkouškou (39,9 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondentky s vysokoškolským vzděláním (31,7 %). Dále odpovídaly respondentky, které studovaly učiliště zakončené výučním listem (18,9 %). Mezi druhou nejméně početnou skupinu spadají respondentky se základním vzděláním (8,4 %). A nejméně odpovídaly ženy, které mají střední učiliště zakončené maturitní zkouškou (1,1 %).

Otázka č. 3: Je Vám známo, co je inkontinence moči?

Tabulka 3: Pojem močová inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příliš časté močení	4	4, 2 %
Bolestivé močení	0	0 %
Nechtěný únik moči	88	92, 6 %
Nevím	3	3, 2 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z odpovědí (viz Tabulka 3) vyplývá, že nejvíce respondentkám je známo, co je inkontinence moči a tudíž zaznačily, že se jedná o nechtěný únik moči (92, 6 %). Druhá nejvíce zodpovězená možnost byla, že se jedná o příliš časté močení (4, 2 %). Dále ženy odpovídaly, že neví, co je močová inkontinence (3, 2 %). Odpověď, že močová inkontinence znamená bolestivé močení nezvolila ani jedna respondentka.

Otázka č. 4: Trpěla jste někdy či stále trpíte nedobrovolným únikem moči?

Tabulka 4: Zkušenost s únikem moči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	25	26,4 %
Ne	68	71,5 %
Nevím	2	2,1 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z Tabulky 4 vyplývá, že nejvíce žen zaznačilo, že nikdy netrpělo nedobrovolným únikem moči (71,5 %). Druhá nejpočetnější skupina zodpověděla, že někdy trpěla či stále trpí močovou inkontinencí (26,4 %). A nejmenší část respondentek zvolila možnost, že neví (2,1 %).

Otázka č. 5: Odkud je Vám známá problematika močové inkontinence

Tabulka 5: Obeznamení se s pojmem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Od lékaře	21	22,1 %
Od porodní asistentky	6	6,3 %
Od rodinných příslušníků či přátel	24	25,3 %
Z internetu	42	44,2 %
S tímto termínem se setkávám poprvé	2	2,1 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: U otázky č. 5 respondenty zodpovídaly, že jsou obeznámeny s problematikou močové inkontinence nejvíce z internetových stránek (44,2 %). V počtu nejvíce zvolených odpovědí následovala možnost, že se ženy setkaly s močovou inkontinencí v rodině či v okruhu přátel (25,3 %). Třetí nejpočetněji zvolená možnost (viz Tabulka 5) byla, že s únikem moči již byly obeznámeny od lékaře (22,1 %). Následovaly odpovědi, že se respondenty setkaly s pojmem močová inkontinence v edukaci ze strany porodních asistentek (6,3 %). Nejméně byla vybrána varianta, že se ženy s tímto termínem zatím neseťkaly (2,1 %).

Otázka č. 6: Jak si myslíte, že lze preventivně předcházet močové inkontinenci?

Tabulka 6: Prevence močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Posilováním pánevního dna	91	80,0 %
Snížením pitného režimu	1	0,8 %
Nekuřáctvím	4	3,3 %
Redukcí nadbytečné tělesné hmotnosti	24	19,9 %
Celkem	120	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: U této otázky byla možnost zvolit více odpovědí, tudíž absolutní četnost, neuvádí počet dotazovaných, ale počet odpovědí (viz Tabulka 6). Možnost, že lze preventivně předcházet úniku moči posilováním svalů pánevního dna byla zvolena z 80 %. Další nejpočetněji zvolenou variantou prevence, byla redukce tělesné hmotnosti, která byla zvolena s 19,9 % odpovědí. Nekuřáctví bylo uvedeno s 3,3 % odpovědí. Poslední možností, bylo snížení pitného režimu, které bylo zvoleno pouze s 0,8 % odpovědí.

Otázka č. 7: Myslíte si, že chronický kašel patří mezi rizikové faktory močové inkontinence?

Tabulka 7: Rizikový faktor - kašel

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	38	40,0 %
Ne	19	20,0 %
Nevím	38	40,0 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z tabulky vyplývá, že dotazované odpovídaly, že se domnívají, že chronický kašel patří mezi rizikové faktory (40,0 %). Rovněž také odpovídaly, že neví, zda se chronický kašel řadí do skupiny rizikových faktorů této problematiky (40,0 %). Zvolena byla i varianta, že chronický kašel nepatří mezi rizikové faktory (20,0 %). (Viz Tabulka 7)

Otázka č. 8: Myslíte si, že obezita patří mezi rizikové faktory močové inkontinence?

Tabulka 8: Rizikový faktor - obezita

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	50,5 %
Ne	20	21,0 %
Nevím	27	28,5 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: U otázky číslo 8 bylo nejvíce zvolených odpovědí, že obezita spadá do řady rizikových faktorů dané problematiky (50,5 %). Jako další v pořadí dotazované uváděly, že neví, zda obezitu zařadit mezi rizikové faktory (28,5 %). Poslední nabízenou možností, že obezita není rizikovým faktorem zodpovědělo nejméně respondentek (21,0 %). (Viz Tabulka 8)

Otázka č. 9: Která věková skupina si myslíte, že trpí močovou inkontinencí nejvíce?

Tabulka 9: Nejvíce zasažená věková kategorie

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 20 let	0	0 %
20-29 let	1	1, 1 %
30-39 let	0	0 %
40-49 let	14	41, 7 %
50 let a více	80	84, 2 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Jak z tabulky 9 vyplývá, tak největší část dotazovaných se přiklonila k názoru, že se s močovou inkontinencí potýkají hlavně ženy ve věkové kategorii 50 let a více (84, 2 %). Další v pořadí byla zvolena varianta, že ženy trpící inkontinencí moči spadají do věkové kategorie 40-49 let (14, 7 %). Malá část žen zvolila věkovou kategorii 20-29 let (1, 1 %). Možnosti s věkovými kategoriemi do 20 let a 30-39 let nebyly vybrány ani jednou.

Otázka č. 10: Domníváte se, že močová inkontinence může vzniknout i v průběhu těhotenství?

Tabulka 10: Vznik močové inkontinence v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	78	82,1 %
Ne	4	4,2 %
Nevím	13	13,7 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Největší počet dotazovaných se přiklonilo ke správné možnosti odpovědi, a to, že močová inkontinence se může vyvinout i v průběhu těhotenství (82,1 %). Druhý největší počet odpovědí zaznamenala varianta, že ženy neví, zda je možný vznik močové inkontinence v průběhu těhotenství (13,7 %). Nejmenší část respondentek (viz Tabulka 10) zodpověděla, že není možné zaznamenat vznik nechtěného úniku moči v graviditě (4,2 %).

Otázka č. 11: Domníváte se, že průběh spontánních porodů má vliv na vznik močové inkontinence?

Tabulka 11: Vliv spontánních porodů na močovou inkontinenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	38	40,0 %
Ne	21	22,1 %
Nevím	36	37,9 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: U této otázky bylo nejčastěji zvoleno, že počet spontánních porodů má vliv na vznik močové inkontinence (40,0 %). Druhá nejpočetnější skupina dotazovaných si není jistá, zda spontánní porody mají vliv na vznik inkontinence moči (37,9 %). Nejméně se ženy domnívají (viz Tabulka 11), že počet spontánních porodů nemá žádný dopad na riziko vzniku močové inkontinence (22,1 %).

Otázka č. 12: Lze močovou inkontinenci řešit konzervativní cestou?

Tabulka 12: Léčba konzervativní cestou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	56	58,9 %
Ne	5	5,3 %
Nevím	34	35,8 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: U otázky č. 12 vybralo 58,9 % dotazovaných možnost, že lze konzervativní cestou léčit únik moči. Z Tabulky 12 můžeme vyčíst, že 35,8 % žen neví, zda je konzervativní léčba možná a 5,3 % se domnívá, že nelze tuto problematiku řešit konzervativně.

Otázka č. 13: Je možné vyléčit močovou inkontinenci operací?

Tabulka 13: Léčba operací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	40	42,1 %
Ne	15	15,8 %
Nevím	40	42,1 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Z Tabulky 13 vyplývá, že 42,1 % žen si myslí, že lze tuto problematiku léčit operativně, zároveň také stejné procento respondentek udává, že neví. Nejméně odpovědí (15,8 %) získala varianta, že nelze k močové inkontinenci přistupovat operativně.

Otázka č. 14: Za jak dlouho si myslíte, že by měla žena vyhledat odbornou pomoc, jestliže zaznamená únik moči?

Tabulka 14: Kdy vyhledat odbornou pomoc

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Co nejdříve	78	82, 1 %
Do půl roku	12	12, 6 %
Do jednoho roku	3	3, 2 %
Není potřeba vyhledat odbornou pomoc	2	2, 1 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Nejvyšší četnost odpovědí (82, 1 %) zaznamenala varianta, že by žena, která pociťuje nechtěné úniky moči měla vyhledat odbornou pomoc, co nejdříve. Druhé nejvyšší procento respondentek (12, 6 %) se domnívá, že dostatečné je vyhledat pomoc do půl roku. V Tabulce 14 je viditelné, že 3, 2 % dotazovaných vybralo odpověď do jednoho roku a 2, 1 %, že není vůbec potřeba vyhledávat odbornou pomoc.

Otázka č. 15: Jaké znáte inkontinenční pomůcky?

Tabulka 15: Inkontinenční pomůcky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	2	1, 1 %
Vložky	88	49, 4 %
Kalhotky	64	36, 0 %
Podložku	24	13, 5 %
Celkem	178	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Otázka č. 15 nabízela možnost volby více odpovědí. Absolutní četnost v Tabulce 15 tudíž uvádí počet odpovědí, ne dotazovaných. Nejvíce (49, 4 %) jsou ženám známy vložky, jako inkontinenční pomůcky. Z odpovědí můžeme odvodit, že jako druhé jsou respondentkám známy nejvíce kalhotky (36, 0 %). Jako další absorpční pomůcky ženy označovaly podložku (13, 5 %). Pouze 1, 1 % zvolilo odpověď, že nezná žádné takové speciální pomůcky.

Otázka č. 16: Víte, že inkontinenční pomůcky mohou být z větší části hrazeny veřejným zdravotním pojištěním?

Tabulka 16: Proplácení speciálních pomůcek

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	48,4 %
Ne	49	51,6 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: V Tabulce 16 můžeme pozorovat, že 48,4 % žen ví o možnosti, že absorpční pomůcky mohou být částečně hrazeny pojištěním, ovšem 51,6 % dotazovaných udává, že jim tento fakt nebyl dosud známý.

Otázka č. 17: Uvítala byste přísun více informací ohledně problematiky močové inkontinence?

Tabulka 17: Přísun více informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	65	68,4 %
Ne	15	15,8 %
Nevím	15	15,8 %
Celkem	95	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Na uvedenou otázku odpovědělo 68,4 % dotazovaných, že by uvítaly více informací o dané problematice. V Tabulce 17 můžeme zpozorovat, že odpovědi „ne“ a „nevím“ byly označeny stejným procentem žen (15,8 %).

Otázka č. 18: Jakou formou byste případně chtěla být více informována o problematice močové inkontinence?

Tabulka 18: Jakou formou více informovat

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Větší pozornost ze strany porodních asistentek	31	21,7 %
Edukační brožury	31	21,7 %
Reklamní letáky na ochranné pomůcky	32	22,4 %
Přes sociální sítě	49	34,2 %
Celkem	143	100 %

(zdroj vlastní, 2023)

Komentář: Otázka č. 18 navazuje na předchozí otázku. Zde byla možnost zvolit více odpovědí, tudíž absolutní četnost je součtem všech zvolených odpovědí. Vyšší informovanost přes sociální sítě byla nejčastější zvolenou odpovědí (34,2 %). Z Tabulky 18 je čitelné, že 22,4 % dotazovaných by volilo více reklamních letáků na ochranné inkontinenční pomůcky. Dále stejná část žen (21,7 %) vybraly odpovědi, kde je zmíněna větší pozornost ohledně edukace ze strany porodních asistentek nebo více edukačních brožur.

9 DISKUZE

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou ženy v široké veřejnosti edukovány o problematice močové inkontinence. Jelikož si myslíme, že značnou část v rámci péče porodní asistentky, jako zdravotnického profesionála, tvoří právě edukace a povinnost ženy informovat o rizikových faktorech a případných možnostech léčby inkontinence moči. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 95 respondentek, které spadaly do různých věkových kategorií.

Na úvod dotazníku byly vytvořeny dvě identifikační otázky. Otázka číslo 1 se dotazovala právě na věkovou kategorii. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 30 - 39 let (30, 5 %). Druhou nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 50 a více let (23, 1 %). Dále odpovídaly stejně ženy ve věku 20 - 29 let a 40 - 49 let (21, 1 %). Pouze 4, 2 % žen spadalo do věkové kategorie méně než 20 let. Otázka číslo 2 se dotazovala na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce zvolená odpověď byla střední škola s maturitou (39, 9 %), dále ženy odpovídaly, že vystudovaly vysokou školu (31, 7 %). Třetí nejpočetnější skupinu tvořily dotazované s výučním listem (18, 9 %). Dále 8, 4 % respondentek mělo vystudované základní vzdělání a 1, 1 % respondentek vystudovalo vyučení zakončené maturitní zkouškou.

Otázka číslo 3 zjišťovala, zda ženy ví, co znamená pojem inkontinence moči. Nejvíce dotazované odpovídaly, že se jedná o nechtěný únik moči (92, 6 %). Dále se domnívaly, že močová inkontinence je příliš časté močení (4, 2 %); 3, 2 % respondentek uvedlo, že neví a možnost bolestivé močení neuvedla ani jedna dotazovaná.

Otázka číslo 4 byla zaměřená na zkušenosti žen s inkontinencí moči, zda se s touto problematikou někdy potýkaly či stále potýkají. Nejvíce žen zvolilo odpověď, že se nikdy s tímto problémem nesetkaly (71, 5 %), možnost „ano“ uvedlo 26, 4 % žen. Nejmenší část respondentek zvolila možnost nevím (2, 1 %). Martan ve své publikaci uvádí, že průměrně inkontinencí moči trpí 30-50 % žen, k čemuž jsme se přiblížili s výsledkem inkontinentních i v našem šetření.

Otázka číslo 5 se dotazovala, odkud ženy znají pojem močová inkontinence. Nejvíce zvolená byla varianta přes internet (44, 2 %). Ovšem jak Genadry uvádí, příliš velké množství nerozříděných informací na internetu může ženu spíše vystrašit. Dalších 25, 3 % respondentek uvedlo, že se s touto problematikou setkala v rodinném kruhu nebo v kruhu

blízkých přátel. Od lékaře bylo seznámeno s pojmem 22, 1 % a od porodní asistentky 6, 3 %. Pouhé 2, 1 % dotazovaných se s tímto termínem ještě nesetkalo.

Dílčí cíl číslo 1 měl za úkol zjistit, zda jsou si respondentky vědomy rizikových faktorů vedoucích k inkontinenci moči. K dílčímu cíli se vztahují otázky číslo: 6, 7, 8, 9, 10, 11

Otázka číslo 6 zjišťovala, jak si ženy myslí, že lze preventivně předcházet dané problematice. U této otázky mohly dotazované zvolit více odpovědí. Možnost, že lze předcházet posilováním pánevního dna byla zvolena z 80, 0 %, což potvrzuje i Halaška, který ve své publikaci zmiňuje, že pro lehkou formu stresové inkontinence je účinnou léčebnou metodou gymnastika svalového dna pánevního. Další nejpočetnější odpovědí byla možnost redukce nadbytečné tělesné hmotnosti, která byla zvolena z 19, 9 %. Dále 3,3 % si myslí, že prevencí je nekuřáctví a 0, 8 % uvedlo snížení pitného režimu.

Otázka číslo 7 zjišťovala, zda se ženy domnívají, že mezi rizikové faktory inkontinence moči spadá chronický kašel. Největší část žen uvedla, že chronický kašel je rizikovým faktorem (40, 0 %), dalších 40, 0 % uvedlo, že neví a 20, 0 % se nedomnívá, že by chronický kašel byl rizikovým faktorem.

Otázka číslo 8 zjišťovala, zda si respondentky myslí, že je obezita rizikovým faktorem pro danou problematiku nechtěného úniku moči. Největší procento dotazovaných zvolilo možnost ano (50, 5 %); 28, 5 % uvedlo, že neví a 21, 0 % žen zvolilo možnost ne. Chmel uvádí, že na močovou inkontinenci má vliv přítomnost více rizikových faktorů, které lze ovlivnit.

Otázka číslo 9 zjišťovala, kterou věkovou kategorii respondentky považují za nejvíce rizikovou. Nejpočetnější odpovědí byla možnost 50 let a více (84, 2 %), což potvrzuje i Chmel, který říká, že s přibývajícím věkem svaly slábnou, tudíž snadněji dochází k nechtěnému úniku moči. Dále 41, 7 % žen uvedlo variantu 40-49 let, pouze 1, 1 % žen uvedlo odpověď 20 - 29 let a možnost do 20 let ne zvolila ani jedna dotazovaná.

Otázka číslo 10 zjišťovala, zda si ženy myslí, že inkontinence moči může vzniknout i průběhu těhotenství. S tímto tvrzením souhlasilo 82, 1 % žen, zatímco 4, 2 % dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že by mohlo dojít k nedobrovolnému úniku moči v těhotenství a 13, 7 % žen zvolilo variantu, že neví.

Otázka číslo 11 zjišťovala, zda se ženy domnívají, že spontánní porody mají vliv na vznik močové inkontinence. Nejvíce ženy odpovídaly, že si myslí, že spontánní porody na tuto

problematiku vliv mají (40, 0 %), dále druhou nejvíce zodpovězenou možností bylo, že ženy neví (37, 9 %) a 22, 1 % uvedlo, že si nemyslí, že spontánní porody mají vliv na močovou inkontinenci. Genadry ve své publikaci zmiňuje, že mezi rizikovými faktory inkontinence moči, je i přítomnost fyzikálních změn v těhotenství nebo velikost plodu u spontánních porodů.

Dílčí cíl číslo 2 měl za úkol zjistit, zda ženy znají možnosti léčby močové inkontinence.

K dílčímu cíli se vztahují otázky číslo: 12, 13, 14, 15

Otázka číslo 12 zjišťovala, zda se ženy domnívají, že lze danou problematiku řešit i konzervativní cestou. Největší skupinu tvořily ženy, které si myslí, že lze k léčbě použít i konzervativní cestu (58, 9 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly dotazované, které odpověděly, že neví (35, 8 %) a dále 5, 3 % zvolilo možnost, že nelze močovou inkontinenci léčit konzervativně. Dle Pilky a kolektivu je efektivní i konzervativní léčba, například v kombinaci biofeedbacku a Kegelových cviků.

Otázka číslo 13 zjišťovala, zda si dotazované myslí, že lze nedobrovolný únik moči řešit operativně. Odpovědi ano a neví volilo stejné procento dotazovaných a to 42, 1 %. A poslední variantu, že ne zodpovědělo 15, 8 % žen. Pilka a kolektiv také uvádí, že nejefektivnější léčbou stresové inkontinence je zavedení TVT pásky.

Otázka číslo 14 zjišťovala, za jak dlouho se respondentky domnívají, že by žena, která zaznamená nechtěný únik moči, měla vyhledat odbornou pomoc. Variantu, že je vhodné vyhledat odbornou pomoc, co nejdříve vybralo 82, 1 % dotazovaných. Dále 12, 6 % uvedlo možnost do půl roku, dále 3, 2 % do jednoho roku a 2, 1 % se nedomnívá, že je potřeba vyhledávat odbornou pomoc. Dle Martana je inkontinence moči i psychickým problémem a pro mnohé ženy je problematické se s tímto nekomfortním problémem svěřit.

Otázka číslo 15 zjišťovala, jaké inkontinenční pomůcky ženy v široké veřejnosti znají. U této otázky byla možnost zvolit více odpovědí. Nejpočetněji byla zvolena možnost, která nabízela jako speciální pomůcky vložky (49, 4 %), dále respondentky z 36, 0 % rozeznávají inkontinenční kalhotky, možnost „inkontinenční podložka“ byla zvolena s 13, 5 %. A pouze jedna dotazovaná nezná žádné pomůcky.

Otázka číslo 16 zjišťovala, zda ženy ví, že inkontinenční pomůcky mohou být z větší části hrazeny veřejným zdravotním pojištěním. U této odpovědi 48, 4 % žen odpovědělo, že o této možnosti ví, zatímco zbylých 51, 6 % dotazovaných o této možnosti nevědělo.

Jak Horčíčka a kolektiv uvádí, tak existuje celá řada speciálních pomůcek k úniku moči, u kterých pacientka uhradí pouze menší část poplatku.

Dílčí cíl číslo 3 měl za úkol zjistit, zda by ženy uvítaly větší informovanost ze strany odborníků ohledně problematiky inkontinence moči. K dílčímu cíli se vztahují otázky číslo: 17, 18

Otázka číslo 17 zjišťovala, zda by respondentky uvítaly více informací ohledně daného problému. Nejpočetnější část odpovědí byla možnost „ano“ v celkovém počtu 68, 4 %, dále odpovědi „ne“ a „nevím“ zvolilo stejný počet žen (15, 8 %).

Otázka číslo 18 zjišťovala, jakou formou by případně ženy chtěly, být více informovány. U této otázky, bylo rovněž možné zvolit více odpovědí. Nejvíce byla volena možnost s edukací přes sociální síť (34, 2 %), reklamní letáky byly upřednostněny z 22, 4 % a se stejným počtem odpovědí byly zvoleny edukační brožury a vyšší informovanost ze strany porodních asistentek v počtu 21, 7 %.

9.1 Doporučení pro praxi

Domníváme se, že inkontinence moči je pro mnohé ženy intimním problémem, o kterém se těžce mluví. Tato problematika zasahuje zejména do kvality života žen v různých věkových kategoriích. Z hlediska péče porodní asistentky o pacientky s inkontinencí moči je důležitá prvotně edukace, která jim rozšíří přehled z hlediska možností léčby, jak konzervativní, tak i operativní.

Ovšem podstatné je i informovat ženy, které jsou zdravé a s danou problematikou nedobrovolného úniku moči nemají doposud žádné zkušenosti. Preventivně je vhodné ženám doporučovat cviky na posílení svalů pánevního dna. Neméně důležité je zdravým ženám zdůrazňovat i redukci rizikových faktorů, jako je například obezita, nebo kouření cigaret.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou inkontinence moči u žen. V teoretické části je zpracován přehled, který se zaměřuje na rizikové faktory, druhy inkontinence moči, péče porodní asistentky o pacientku a případné možnosti léčby dané problematiky. V rámci praktické části jsme se zaměřili na důležitou složku péče porodní asistentky v dané problematice a to je zejména edukace. Byl vytvořen dotazník složený z 18 otázek, který vyplnilo 95 respondentek v Gynekologické ambulanci MUDr. Aleny Pruckové v Přerově. Všechny odpovědi byly použity k analýze. Jednotlivé otázky byly zaznamenány do tabulek a doplněny komentářem.

Stanovili jsme si hlavní cíl a to zjistit, zda jsou ženy v široké veřejnosti edukovány o inkontinenci moči. Dotazník byl tudíž rozdán, jak ženám, které se potýkají s nechtěným únikem moči, tak i zdravým ženám. Domníváme se, že neméně důležitá je i edukace o prevenci a případné redukci rizikových faktorů. Dále jsme si stanovili 3 dílčí cíle.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda jsou si ženy vědomy rizikových faktorů vedoucích k inkontinenci moči. Z otázek spadajících pod tento dílčí cíl vyplývá, že je třeba zlepšit informovanost žen v oblasti rizikových faktorů. A to zejména co se týče chronického kašle, který může být v úzké návaznosti například na kuřáctví. Toto zjištění vyplývá z otázky číslo 7, kde 40, 0 % žen uvedlo, že neví, zda chronický kašel může být rizikovým faktorem a 20, 0 % dotazovaných zvolilo odpověď, že chronický kašel není rizikovým faktorem. Informovanost je třeba zlepšit i ohledně dalšího rizikového faktoru, kterým je obezita. U otázky číslo 8 uvedlo 50, 5 % žen, že ví, že obezita může mít vliv na inkontinenci moči a co se týče vlivu spontánních porodů, na které byla zaměřena otázka číslo 11, tak pouze 40, 0 % žen uvedlo, že porody mají vliv na únik moči. Cíl číslo 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda ženy znají možnosti léčby inkontinence moči. Pod tento dílčí cíl spadala otázka číslo 12, ze které nám vyplývá, že 58, 9 % žen se domnívá, že lze inkontinenci moči léčit konzervativní cestou. Dále u otázky číslo 13 si je pouze 42, 1 % žen vědoma, že danou problematiku lze léčit operativně, tudíž si myslíme, že by mělo být povědomí žen o možnostech léčby větší. Cíl číslo 2 byl splněn.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda by ženy uvítaly větší informovanost ze strany odborníků ohledně této problematiky. Z otázky číslo 17 vyplývá, že 68, 4 % žen by uvítalo více informací o močové inkontinenci. Respondentky zodpověděly u otázky číslo 18, že nejvíce by uvítaly více odborného edukačního materiálu na sociálních sítích (34, 2 %). Cíl číslo 3 byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMÍK, Z., 2012. Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 14, č. 12, s. 474–477 [cit. 2023-04-04]. ISSN 474-477. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>

APOSTOLIDIS, A., E. PAPAEFSTATHIOU a S. GATSOS, 2020. Intravesical Botox for Overactive Bladder: How to Minimize Complications and Manage Failures [online]. Vol. 21, no. 15, pp. 1527–1536 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: [doi:10.2174/1389450121666200621194732](https://doi.org/10.2174/1389450121666200621194732)

ČERMÁK, A. a D. PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4875-1.

DUŠOVÁ B. a kol., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.

DVOŘÁČEK, J., 2000. *Urologie praktického lékaře*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-52-8.

EICKMEYER, S. M., 2017. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Science* [online]. Vol. 28, no. 3, pp. 455–460 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: [doi:10.1016/j.pmr.2017.03.003](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.003)

GÁGYOR, D., Z. ADAMÍK a Z. MAŠKULÍKOVÁ, 2022. Inkontinence moči. In: PILKA R. a kol., *Gynekologie*. Druhé aktualizované vydání. Praha 4: Maxdorf, s. 289-299. ISBN 978-80-7345-743-3.

GALAJDOVÁ, L., 2000. *O Nemocech močového měchýře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-950-0.

GENADRY, R. a J. L. MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6204-800.

HALAŠKA M., et al., 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2272-2.

HOLÝ, P., A. JUHÁSZ a B. NECHANSKÁ, 2022. Únik moči: Močová inkontinence. *ČUS* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence>

HORČIČKA, L., 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3741-9.

HORČIČKA, L., 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4503-2.

HORČIČKA, L., R. ZACHOVAL, J. VLKOVÁ, D. MORAVČÍKOVÁ a E. TOPINKOVÁ, 2021. Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. *Společnost všeobecného lékařství* [online]. Praha 2, s. 16, ISBN 978-80-88280-23-1. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2020/DP-Inkontinence.pdf>

CHMEL, R., 2010. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0422-798.

CHMEL, R., J. MAŠATA a K. ŠVABÍK, 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-348-0.

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.

KRHUT, J., 2011. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-240-7.

KULESZABRONCZYK, B., B. DOBRZYCKA a J. GAWRYCHOWSKA, et al., 2013. Quality of life of urinary incontinent women. *Prog Health Sci* [online]. Vol. 3, no. 2, pp. 88–93 [cit. 2023-04-04]. ISSN 2083-1617.

Dostupné z: https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2013_2/88-93_bronczyk.pdf

LUKACZ, E. S., Y. SANTIAGO-LASTRA, M. E. ALBO a L. BRUBAKER, 2017. Urinary Incontinence in Women: A Review. *Jama network* [online]. Vol. 318, no. 16, pp. 92–104 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2017.12137

MARTAN, A. a kol., 2006. *Inkontinence moči u žen*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-094-1.

ROZTOČIL, A., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYŠÁNKOVÁ, M., 2016. Klasifikace inkontinence moče u žen: Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi* [online]. Roč. 17, č. 2, s. 72 – 74 [cit. 2023-04-04]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/02/05.pdf>

Systém močopohlavní. In: ČIHÁK, R. a M. GRIM, 2013. *Anatomie 2*. Třetí upravené vydání. Praha: Grada, s. 265-316. ISBN 978-80-247-4788-0.

VALENTA, J. Soustava močová a pohlavní. In: FIALA, P., J. VALENTA a L. EBERLOVÁ, 2008. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, s. 77-81. ISBN 978-80-246-1491-5.

ZHENG, Y. a E. ROVNER, 2022. *Update on Urethral Bulking for Stress Urinary Incontinence in Women* [online]. Vol. 23, no. 10, pp. 203–209 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: doi:10.1007/s11934-022-01099-5

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.	arteria
ACE	Angiotensin-converting enzyme
apod.	a podobně
BLPP	Bladder Leak Point Pressure
cm	centimetr
č.	číslo
EKG	Elektrokardiograf
EMG	Elektromyografie
g	gram
ISD	Intrinsic sfinkter deficiency
l	litr
LPP	Leak Point Pressure
m.	musculus
ml	milimetr
mm	milimetr
MOP	mikrobiální obraz poševní
MUDr.	medicinae universae doctor
OAB	overactive bladder
RTG	rentgen
TOT	Transobturator tape
TVT	Tension-free vaginal tape
tzv.	takzvaný
VLPP	Valsava Leak Point Pressure

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věková kategorie	35
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	36
Tabulka 3: Pojem močová inkontinence	37
Tabulka 4: Zkušenost s únikem moči.....	38
Tabulka 5: Obeznamení se s pojmem.....	39
Tabulka 6: Prevence močové inkontinence.....	40
Tabulka 7: Rizikový faktor - kašel	41
Tabulka 8: Rizikový faktor - obezita.....	42
Tabulka 9: Nejvíce zasažená věková kategorie	43
Tabulka 10: Vznik močové inkontinence v těhotenství	44
Tabulka 11: Vliv spontánních porodů na močovou inkontinenci	45
Tabulka 12: Léčba konzervativní cestou.....	46
Tabulka 13: Léčba operací	47
Tabulka 14: Kdy vyhledat odbornou pomoc.....	48
Tabulka 15: Inkontinenční pomůcky.....	49
Tabulka 16: Proplácení speciálních pomůcek	50
Tabulka 17: Přísun více informací	51
Tabulka 18: Jakou formou více informovat	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK – INKONTINENCE MOČI U ŽEN

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Derychová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Porodní asistentka. Ve své bakalářské práci rozebírám problematiku ženské močové inkontinence.

Dotazník je určen pro všechny ženy, bez ohledu na věk, či zda se s problematikou setkaly nebo ne. Budu Vám velice vděčná, pokud budete mít chvíli a dotazník vyplníte. Zabere to pouze pár minut Vašeho času. Dotazník je dobrovolný, anonymní a bude tvořit výhradně praktickou část mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, prosím zvolte jen jednu odpověď.

Děkuji Vám.

1. Kolik je Vám let?
 - a) Méně než 20
 - b) 20 – 29
 - c) 30 – 39
 - d) 40 – 49
 - e) 50 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Výuční list
 - c) Vyučení s maturitou
 - d) Střední s maturitou
 - e) Vysokoškolské

3. Je Vám známo, co je inkontinence moči?
 - a) Příliš časté močení
 - b) Bolestivé močení
 - c) Nechtěný únik moči
 - d) Nevím

4. Trpěla jste někdy či stále trpíte nedobrovolným únikem moči?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

5. Odkud je Vám známá problematika močové inkontinence?
 - a) Od lékaře
 - b) Od porodní asistentky nebo sestry
 - c) Od rodinných příslušníků či přátel
 - d) Z internetu

- e) S tímto termínem se setkávám poprvé
6. Jak si myslíte, že lze preventivně předcházet močové inkontinenci? (možnost více odpovědí)
- a) Posilováním pánevního dna
 - b) Snížením pitného režimu
 - c) Nekuřáctvím
 - d) Redukcí nadbytečné tělesné hmotnosti
7. Myslíte si, že chronický kašel patří mezi rizikové faktory močové inkontinence?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
8. Myslíte si, že obezita patří mezi rizikové faktory močové inkontinence?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
9. Která věková skupina si myslíte, že trpí močovou inkontinencí nejvíce?
- a) Do 20 let
 - b) 20 – 29 let
 - c) 30 – 39 let
 - d) 40 – 49 let
 - e) 50 let a více
10. Domníváte se, že močová inkontinence může vzniknout i v průběhu těhotenství?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
11. Domníváte se, že průběh spontánních porodů má vliv na vznik močové inkontinence?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
12. Lze močovou inkontinenci řešit konzervativní cestou?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

13. Je možné vyléčit močovou inkontinenci operací?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
14. Za jak dlouho si myslíte, že by měla žena vyhledat odbornou pomoc, jestliže zaznamená únik moči?
- a) Co nejdříve
 - b) Do půl roku
 - c) Do jednoho roku
 - d) Není potřeba vyhledat odbornou pomoc
15. Jaké znáte inkontinenční pomůcky? (možnost více odpovědí)
- a) Žádné
 - b) Vložky
 - c) Kalhotky
 - d) Podložku
16. Víte, že inkontinenční pomůcky mohou být z větší části hrazeny veřejným zdravotním pojištěním?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Uvítala byste přísun více informací ohledně problematiky močové inkontinence?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
18. Jakou formou byste případně chtěla být více informována o problematice ženské močové inkontinence? (možnost více odpovědí)
- a) Větší pozornost ze strany porodních asistentek
 - b) Edukační brožury
 - c) Reklamní letáky na ochranné pomůcky
 - d) Přes sociální síť

Dokument *Žádost o umožnění výzkumného šetření* je v souladu s GDPR k nahlédnutí u autorky bakalářské práce.