

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Informovanost žen o problematice močové inkontinence
Tereza Burdychová**

**Bakalářská práce
2011**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza BURDYCHOVÁ**
Osobní číslo: **Z08183**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Informovanost žen o problematice močové inkontinence**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium soudobých poznatků, vyhledání vhodné literatury
 2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce
 3. Návrh otázek do dotazníku a jejich konzultace s vedoucím práce
 4. Vyhledání vhodných respondentů a sběr informací
 5. Analýza získaných informací
 6. Kritické zhodnocení a doporučení
-

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


Seznam odborné literatury:

1. ČEPICKÝ, P. Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.
2. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. Inkontinence moči. 1. vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
3. EICHENAUER, Rolf, H. ; VANHERPE, H. Urologie klinika a praxe. 1. vyd. Praha : Scientia medica, 1996. ISBN 80-85526-36-0.
4. HALAŠKA, M. Urogynekologie. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
5. KAWACIUK, I. Urologie. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
6. KRHUT, J. Hyperaktivní močový měchýř. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7.
7. MARTAN, A. a kol. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-076-3.
8. MARTAN, A. a kol. Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen. Praha : PanMed, 2001. ISBN 80-903049-0-7.
9. PACÍK, D. a kol. Urologie pro sestry. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. ISBN 80-7013-235-3.
10. ZIKMUND, J. Inkontinence moči u žen. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Petrásková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 2. května 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26.4.2011

Tereza Burdychová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Evě Petráskové za její čas, připomínky a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce a Martině Rykové děkuji za přeložení anotace. Současně děkuji všem mým respondentům za čas, trpělivost a vstřícnost. Velká část mého díku patří rodičům, kteří podporovali mé studium po celé roky.

Anotace:

Tato práce se zabývá informovaností žen o problematice močové inkontinence. V teoretické části naleznete krátké seznámení se všemi druhy inkontinencí, s příčinami, diagnostikou inkontinence a s různými druhy léčby. V praktické části je uvedena metodika prováděného výzkumu a postupné vyhodnocení všech otázek z dotazníku. V závěru naleznete zhodnocení celé práce včetně dosažení mých předem stanovených cílů, a zda došlo k dosažení cílů mé práce.

Klíčová slova:

urgentní inkontinence, stresová inkontinence, paradoxní inkontinence, enuréza, mikce, močový měchýř, uretra, detruzor, katétr

Title:

Women awareness of urinary incontinence problems

Annotation:

This work focuses on the women awareness of urinary incontinence problems. The theoretical part consists of an overview of all kinds of incontinence, the causes and diagnosis of incontinence and the various methods of cure. The procedures of the study conducted and the sequential analyzing of all the questions in a questionnaire-form are the content of the practical part. In the conclusion you will find the summary of the whole study including the achievement of the targets of my and whether or not the study goals were attained.

Keywords:

urgent incontinence, stress incontinence, paradoxical incontinence, enuresis, emiction, urinary bladder, urethra, detrusor, catheter

Obsah

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE.....	10
I. Teoretická část.....	11
1 Vylučování.....	11
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin.....	11
1.2 Anatomie a fyziologie dolních močových cest.....	11
2 Definice a klasifikace.....	13
2.1 Urgentní inkontinence.....	13
2.1.1 Motorická urgentní inkontinence.....	13
2.1.2 Senzorická urgentní inkontinence.....	13
2.2 Stresová inkontinence.....	14
2.3 Reflexní inkontinence.....	14
2.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence.....	14
2.5 Enuréza.....	14
2.6 Smíšená inkontinence.....	15
2.7 Přejídná inkontinence.....	15
3 Příčiny inkontinence.....	16
3.1 Abnormality močového měchýře.....	16
3.2 Abnormality svěrače.....	16
3.3 Obecné.....	16
4 Diagnostika.....	17
4.1 Fyzikální vyšetření.....	17
4.1.1 Marschallův test.....	17
4.1.2 Froewisův test.....	18
4.1.3 Kalibrace uretry.....	18
4.2 Zobrazovací metody.....	18
4.2.1 Urodynamické vyšetřovací metody.....	18
4.2.2 Ultrazvukové vyšetření.....	19
4.2.3 Magnetická rezonance.....	19
5 Léčba.....	20
5.1 Posilování svalů dna pánevního.....	20
5.2 Medikamentózní léčba.....	20
5.3 Elektrostimulace.....	21
5.4 Operační léčba.....	21
II. Praktická část.....	22

1	Výzkumné otázky	22
2	Metodika	23
3	Analýza dat	24
4	Diskuze	43
5	Závěr	45
6	Soupis bibliografických citací	46
7	Seznam zkratk	48
8	Seznam příloh	49
	Příloha A: Dotazník	50
	Příloha B: Tabulky vyplývající z výzkumu	53
	Příloha C: Mikční karta.....	56
	Příloha D: Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna.....	57

ÚVOD

Název mé bakalářské práce je „informovanost žen o problematice močové inkontinence“. Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že ženy nemají dostatek informací o úniku moči. Inkontinencí dnes trpí velké procento osob, a to nejen žen ale i mužů. Inkontinence je většinou spojována se staršími lidmi a to v souvislosti s nesoběstačností.

Močová inkontinence na jedince působí negativně jak fyzicky, psychicky, sociálně tak i ekonomicky. Nemocní trpící inkontinencí se často začínají vyhýbat společnosti, je jim nepříjemně, mají pocit nejistoty a ztrácejí sebeúctu. Jelikož je tato problematika velice choulostivé téma, mnoho žen se s tímto problémem nesvěří ani praktickému lékaři.

Dle mého názoru se situace trochu zlepšila díky reklamám firem, které vyrábějí pomůcky pro inkontinentní. Dnes nalézáme nejen v mnoha časopisech a novinách informační letáky od těchto firem, které nabízejí především vložky pro ženy, ale s touto reklamou se setkáváme i v televizi.

CÍLE PRÁCE

1. Zjistit znalost pojmu močová inkontinence.
2. Zjistit znalost posilování svalů dna pánevního.
3. Zjistit, zdali praktičtí lékaři hovoří s ženami o močové inkontinenci.
4. Zjistit znalost pomůcek pro inkontinentní.
5. Zjistit znalost možností léčby močové inkontinence.

I. Teoretická část

1 Vylučování

Hlavním orgánem dynamické homeostázy extracelulární tekutiny jsou ledviny. Mají za úkol odstraňování rozpuštěných produktů látkové přeměny a škodlivých látek z krve. Ledviny také vylučují močovinu, sole a přebytečnou vodu, což pomáhá udržet vnitřní prostředí organismu a složení tělních tekutin. Nesmíme opomenout ani endokrinní funkci ledvin, neboť produkují a do krve uvolňují renin, který ovlivňuje krevní tlak (Čihák, 2002, Trojan, 2003).

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou párové žlázy charakteristického fazolovitého tvaru. Uloženy jsou v retroperitoneálním prostoru. Jsou mechanicky chráněny zádovními svaly a tukovým polštářem. Z břišní aorty odstupují renální tepny, které přivádějí krev do ledvin. Odvod krve z ledvin zajišťují renální žíly, které ústí do dolní duté žíly. Na řezu ledvin rozlišujeme makroskopicky dřev a kůru ledvin (Trojan, 2003).

Nefron je základní stavební a funkční jednotkou ledvin. Skládá se z přívodné a odvodné cévy, klubička kapilár, Bowmanova váčku a systému ledvinných kanálků (Dylevský, 2000).

Renální tepny se po vstupu do ledvin postupně větví na drobnější a vstupují do kůry ledvin, kde z nich odstupují přívodné cévy, které se stácejí do klubiček neboli glomerulů. Filtrace v glomerulech je závislá na filtračním tlaku, což je tlak, kterým je tekutina (plasma) filtrována přes stěnu kapilár a vnitřní list Bowmanova váčku do štěrbin váčku. Čím větší je rozdíl mezi těmito dvěma tlaky, tím je větší filtrace v glomerulech a následně je větší množství profiltrované primární moči. Toto množství za den je asi 18 litrů, což je obrovské a proto je nutné toto množství snížit. Primární moč tedy teče ze štěrbin Bowmanova pouzdra do kanálků, kde se z ní vytváří moč definitivní tím, že se postupně zbavuje vody, glukosy, aminokyselin a části minerálních látek. Tyto látky se zpětně vstřebávají do krve. Konečné množství za normálních fyziologických podmínek tedy tvoří jen 1,5 litru za 24 hodin (Dylevský, 2000).

1.2 Anatomie a fyziologie dolních močových cest

Z ledvinné pánvičky je moč odváděna pomocí kontrakce a uvolnění svaloviny kalichů do močového měchýře močovodem. Močovod je lehce oploštělá trubice o délce 25-30cm. Tvar močového měchýře závisí na množství náplně, stavu svalové vrstvy stěny, na poloze a náplni

okolních orgánů a na pohlaví a věku. Prázdný měchýř kraniálně nepřesahuje symfýzu. Kapacita močového měchýře je asi 200-300 ml moče. Při překročení tohoto množství se dostaví kontrakce svaloviny a měchýře se současným pocitem nucení na močení (Čihák, 2002, Mourek, 2005).

Při vyšší náplni močového měchýře se postupně zvyšuje intravesikální tlak spolu s kontrakcemi svaloviny měchýře. Svalovina měchýře se nazývá detruzor (m.detrusor vesicae). Kontrakcí detruzoru v mikční fázi dochází k mikci a vyprázdnění močového měchýře. V místě ústí močové trubice se nachází tzv. trigonum. Ve vypuzovací fázi mikčního cyklu má trigonum podélnou polohu a podílí se na uzávěru močového měchýře. Při mikci se trigonum pomocí kontrakcí detruzoru deformuje do tvaru nálevky a tím otevírá hrdlo močového měchýře (Mourek, 2005, Krhut, 2007).

2 Definice a klasifikace

„Inkontinence je stav, při kterém mimovolní úniky moči jsou sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné“ (Halaška, 2004, s. 4 a 5).

Inkontinence moči má mnoho příčin a proto je nutné je rozdělit (Halaška, 2004).

2.1 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je definovaná jako nechtěný únik moči spojený s náhlým, silným a vůlí neovlivnitelným pocitem nucení na močení (Čermák, Pacík, 2006).

„Patofyziologicky může být urgentní inkontinence moči způsobena nadměrnými senzorickými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu“ (Martan, 2005 s. 35).

Urgentní inkontinence se dělí na motorickou a senzorickou inkontinenci (Martan, 2005).

2.1.1 Motorická urgentní inkontinence

Tento typ inkontinence je způsoben hyperaktivitou detruzoru. Vyskytuje se zde nedostatečné centrální tlumení mikčního centra, nebo je porušeno (Martan, 2005).

Ke stanovení nestability deturzoru se používá cystometrii. Při motorické urgentní inkontinenci únik moči následuje mimovolnou koncentraci deturzoru s krátkou latencí a je provázen imperativním nucením na močení. Tyto koncentrace zvyšují intravazální tlak nejméně o 15 cm H₂O a mohou být provázeny zmenšenou kapacitou močového měchýře (Martan, 2005).

Nejčastějšími symptomy jsou pollakisurie, nykturie a imperativní nucení na močení (Martan, 2005).

2.1.2 Senzorická urgentní inkontinence

U tohoto typu inkontinence je mikční reflex vyvolán zesílenými aferentními impulzy z receptorů, které registrují roztažení stěny močového měchýře přes normální centrální motorickou inhibici (Martan, 2005).

Senzorická urgentní inkontinence, která se vyskytuje u zánětlivé nebo nádorové infiltrace stěny močového měchýře, se nazývá sekundární (Martan, 2005).

U primární senzorické urgentní inkontinence je etiologie neznámá (Martan, 2005).

2.2 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence vzniká při vzestupu intraabdominálního tlaku, kdy tlak v močovém měchýři překročí hodnotu tlaku v uretře (Eichenauer, 1996).

Etiologie dle Stantonova souvisí s anatomickou slabostí pánevního dna v důsledku změny působení gravitační síly po napřimění člověka (Eichenauer, 1996).

K nejčastějším faktorům ovlivňující vznik a rozvoj stresové inkontinence patří obezita, chronický kašel, porodní poranění pánevního dna, poruchy prokrvení, neurokrinní změny v klimakteriu a zatížení břišních svalů a pánevního dna těžkou prací (Eichenauer, 1996).

Rozlišujeme 3 stupně stresové inkontinence:

- Stupeň I. Únik moči je vzpřímené poloze při silném kašli, smíchu nebo kýchání
- Stupeň II. Únik moči je ve vzpřímené poloze již při lehké tělesné zátěži (chůze po schodech, zvedání předmětů, běh)
- Stupeň III. Únik moči vstoje i vleže

(Eichenauer, 1996)

2.3 Reflexní inkontinence

„Objevuje se u pacientů s patologickým neurologickým nálezem, kde je inkontinence následkem neurogenně podmíněné hyperaktivity detruzoru při absenci senzitivní složky. Nemocný nevnímá nucení na močení“ (Čermák, Pacík, 2006, s. 25).

2.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence

Jedná se o nechtěný únik moči při přeplněném močovém měchýři. Zde chybí detruzorová aktivita. Příčinou je pasivní přepětí stěny močového měchýře (Čermák, Pacík, 2006).

2.5 Enuréza

Enuréza znamená bezděčné pomočování noční (enuresis nocturna) nebo denní (enuresis diurna). Je velice časté u dětí do desátého roku života. Vyskytuje se ale i dospívání. Spina bifida (vrozená vada oblasti páteře a míchy) se objevuje u 6. - 7. tisíce novorozenců. Až 80% z nich se nepodaří nikdy plně ovládat močový měchýř (Čermák, Pacík, 2006, Kwaciuk, 2009).

2.6 Smíšená inkontinence

Smíšenou inkontinencí se rozumí spojení stresové inkontinence, polakisurie, nucením na močení a urgentní inkontinence (Kwaciuk, 2009).

2.7 Přejídná inkontinence

Přejídná inkontinence se většinou objevuje náhle a neočekávaně. Není spojena ani se stresovými podněty, ani s urgencemi a může být způsobena celou řadou faktorů, které se někdy kombinují. Nejčastěji se vyskytuje v důsledku jiných onemocnění (zánět, užívání určitých léků) (www.IncoStress.cz).

3 Příčiny inkontinence

Příčiny se rozdělují do dvou skupin a to na abnormality močového měchýře a abnormality svěrače (Čermák, Pacík, 2006).

3.1 Abnormality močového měchýře

Abnormalitami močového měchýře se rozumí zvýšená aktivita, při níž jsou mimovolní kontrakce detruzoru. Dále je to hyperreflexie detruzoru, která je zpravidla vyvolaná neurologickou příčinou (CMP, roztroušená mozkomíšni skleróza, spina bifida, Parkinsonova choroba, mozkový nádor aj.). Instabilita detruzoru bez neurologických příčin je další příčinou. Vyskytuje se například při stavech po radikálních operacích v pánvi, u TBC – cystitis, při dlouhodobě zavedeném katetru a nádorech močového měchýře (Čermák, Pacík, 2006).

3.2 Abnormality svěrače

Do této skupiny patří jednak hypermobilita močové trubice, kdy vzniká abnormální přenos tlaků a změny anatomických poměrů a dále nedostatečnost svěrače což je nedostatečná funkce uzávěrového mechanismu bez ohledu na polohu (Čermák, Pacík, 2006).

3.3 Obecné

Dalšími příčinami jsou ochablost pánevního dna, porody, stárnutí, trauma, operace v oblasti malé pánve, operace a jizvené močové trubice, stavy po ozáření a hypoestrogenní stavy (Čermák, Pacík, 2006).

4 Diagnostika

Močová inkontinence je velice choulostivé téma a proto může někdy nemocného při rozhovoru s lékařem přivádět do rozpaků. Avšak anamnéza je velice důležitá, jelikož by se mohlo jednat i o jiné onemocnění (Čermák, Pacík, 2006).

Získávají se informace o přítomnosti obtíží, kdy začaly, jaké jsou provokační faktory (zvuk tekoucí vody, návrat domů – „syndrom garážových vrat“, únik moči při fyzické námaze, kýchnutí, smíchu) a poté se zjišťuje, zdali se při těchto manévrech objevuje pocit nucení na močení (Krhut, 2007).

Urologická anamnéza podává informace o stavu mikce (polakisurie, nykturie, dysurie, únik kapek po vymočení, nekontrolovatelný únik moči, enuréza, neovladatelný pocit nucení na močení) a o eventuálních suprapubických bolestech (Eichenauer, 1996).

Další co je důležité zjistit, jsou onemocnění jako například CMP, nádory a úrazy mozku, roztroušená skleróza, meningitida, ICHS, diabetes mellitus, astma a další. Dotazuje se na operační výkony, počet těhotenství, porodů a potratů (Eichenauer, 1996, Krhut, 2007).

Díky mikčným kartám (viz. PŘÍLOHA C) má pacient i zdravotnický personál přehled o množství a frekvenci přijatých tekutin, množství a frekvenci vymočené moči. Pacient dále zaznamenává urgence i epizody inkontinence (Sestra, 11/2010).

Gaudenzův dotazník slouží k posouzení, zdali se jedná o motorickou urgentní inkontinenci nebo inkontinenci stresovou (Martan, 2005).

4.1 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření se zdravotničtí pracovníci soustředí na pozorování znaků, které by mohli mít souvislost s inkontinencí. Lékař vyšetří zevní genitál, stav hráze, stav vnitřního genitálu (sestup stěn poševních, stav sliznice vulvy a vaginy), sleduje zevní ústí uretry, zjišťuje pooperační a postradiační změny v malé pánvi (Martan, 2001).

Dále je důležité orientační neurologické vyšetření, jakým je zjištění kožního cití v okolí perinea a uretry, anální tonus a schopnost volní aktivity stahu análního svěrače, který je velmi těsně neurologicky spjat s močovým svěračem (Martan, 2001, Eichenauer, 1996, Čermák, Pacík, 2006, Sestra 11/2010).

4.1.1 Marschallův test

Močový měchýř je naplněn 200ml sterilní tekutinou. Pacientka zaujímá gynekologickou polohu, vyzveme ji k zakašlání a sledujeme odtok moči (Martan, 2001).

Pokud se vyzdvihne dvěma prsty parauretrální tkáň v místě krčku měchýře, pak při kašli moč neodtéká (Martan, 2001, Krhut, 2007).

4.1.2 Froewisův test

Při tomto testu pacientka stojí s mírně pokrčenými dolními končetinami a opět je vyzvána k zakašlání. Velmi často nastane únik moči i u pacientek, u kterých byl Marschallův test negativní (Krhut, 2007).

4.1.3 Kalibrace uretry

Pomocí kalibračních sond se vyšetřuje průchodnost uretry. Za normální je považován průsvit 24 Charr. Hodnotí se průchodnost při vytahování sondy nikoli při zavádění (Martan, 2001, Krhut, 2007).

4.2 Zobrazovací metody

Pomocí anamnézy a klinického vyšetření zdravotníci získávají mnoho informací, které si potvrzují zobrazovacími metodami. Nejčastější a nejpoužívanější metodou je ultrazvukové vyšetření. MR je velice přínosná zobrazovací metoda, ale je dosti finančně náročné a má mnohé kontraindikace (magnetický materiál v těle, Pagemaker, klaustrofobie) a proto se neužívá tak často jako ultrazvukové vyšetření.

4.2.1 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamické vyšetřovací metod jsou dnes nezbytnou součástí k vyšetření pacientů s močovou inkontinencí. Do močového měchýře, uretry, rekta, ev. pochvy se zavádějí katétry. Toto zavádění katétrů s sebou nese často riziko zavlečení infekce do vývodných močových cest, a proto se po vyšetření doporučuje podat pacientovi jednorázově dávku antibiotika (Zikmund, 2001).

4.2.1.1 Cystometrie

Cystometrie je vyšetřovací metoda používaná ke kvalitativní a kvantitativní analýze funkce detruzoru. Úkolem tohoto vyšetření je měření intravezikálního tlaku během plnění močového měchýře i během mikce (Zikmund, 2001).

Měchýř plníme tekutinou (fyziologickým roztokem nebo sterilní vodou). Používáme k tomu nejčastěji katétry s dvojitým lumen, který umožňuje současné plnění a měření tlaku.

Pacientka většinou zaujímá polohu na zádech nebo vsedě (Zikmund, 2001).

4.2.1.2 Uroflowmetrie

Tato vyšetřovací metoda umožňuje kvalitativní a kvantitativní analýzu proudu moče. Sleduje se množství moče, které za časovou jednotku (ml/sec) proteče močovou trubicí. Většinou je délka mikce kolem 20 sekund, ale pacientky s obstrukcí vývodných cest močových mají tento mikční čas prodloužený (Zikmund, 2001).

Pacientce se musí zajistit soukromí, aby nebyla zbytečně pod vlivem stresu, což by mělo vliv i na její močení. Přístroj pro měření žen se podobá záchodové míse a je kabelem propojen s registračním zařízením (Zikmund, 2001).

4.2.2 Ultrazvukové vyšetření

Pomocí ultrasonografie se zobrazuje pozice a mobilita hrdla močového měchýře a uretry, což je jedna z pomocných vyšetřovacích metod k posouzení typu močové inkontinence.

Ultrazvukové vyšetření bývá rozděleno do více skupin a to podle místa přístupu.

Transabdominální přístup je obtížně proveditelný u obézních žen a u žen s výraznou cystokélou. Dnes se využívá spíše pro měření postmikčního rezidua. Vyšetření je rychlé, bezpečné a minimálně zatěžuje pacientku (Halaška, 2004).

Perineální přístup je výhodný z důvodu, že je dobrý přehled přes malou pánev. Tento druh se rozšiřuje o Dopplerovské vyšetření, které umožní sledovat změny v cévním průtoku v okolí uretry a o vyšetření s ultrazvukovou kontrastní látkou. Barevné mapování s kontrastem ukáže únik moče a určí pozici uretry, při které únik nastává (Dvořáček, 1999).

Transrektální přístup se řadí spolu s vaginálním do skupiny intrakavitálních přístupů. Při vyšetření se zavede speciální rektální sonda, kterou se sleduje močový měchýř a u mužů prostata a semenné vajíčky. Velmi důležitá je informovanost pacientky a vyprázdnění střeva (Dvořáček, 1999).

4.2.3 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je vyšetření, které nejlépe zobrazuje měkké struktury a ligamentum. Tato zobrazovací metoda dokáže zachytit mobilitu uretry a pánevního dna. Výhodou této metody je, že je neinvazivní, neionizující a umožňuje zobrazení v mnoha rovinách (Kawacik, 2009, Zikmund, 2001).

5 Léčba

Metod k léčbě močové inkontinence je mnoho. Je to např. Kegelovo cvičení pánevního dna, elektrostimulace, používání protetických pomůcek, hormonální léčba, chirurgický zákrok apod. (Sestra, 4/2010).

Nejprve se samozřejmě dává přednost nechirurgickým metodám. Každá léčba musí být přesně indikovaná a individuálně připravená (Čermák, Pacík, 2006, Sestra, 4/2010).

5.1 Posilování svalů dna pánevního

Techniku cviků pro posílení pánevního dna popsal a zavedl v roce 1948 gynekolog Arnold Kegel. Soubor těchto cviků (viz. PŘÍLOHA D) slouží i jako prevence močové inkontinence (Sestra, 4/2010).

Pacientka leží na zádech, nohy si může pod koleny vypodložit a v této poloze relaxuje. Její soustředění se ubírá do oblasti pánevního dna. Poté následuje nácvik izolované stahu konečníku a pochvy. Pro nácvik izolace se doporučuje zadržování proudu moče při močení. Pro ověření, zdali je stah kvalitní, si pacientka zavede 2 prsty do pochvy, které jsou mírně oddáleny od sebe. Pokud je stah kvalitní, dojde k přiblížení prstů. Stahy se prodlužují od jedné do osmi sekund a zároveň se zvyšuje i množství stahů od 80 do 300 stahů za den. Doporučuje se cvičit 3x denně po dobu 20 minut (Diagnóza, 1/2011).

Efekt léčby je závislý na motivaci pacientky. Pro zjištění léčebného efektu se používá přístroj zvaný perineometr, který má za úkol zaznamenávat zvýšenou kontrakční schopnost svalů dna pánevního (Diagnóza, 1/2011, Čermák, Pacík, 2006, Sestra, 4/2010).

5.2 Medikamentózní léčba

Léčba α -adrenergními agonisty působí na hladké svalstvo v uretře, které stimuluje, čímž trvale zvyšuje uzávěrový tlak uretry během plnění močového měchýře i při močení. Další lékovou skupinou jsou β -adrenergní antagonisté, které bývají nejčastěji podávány u pacientek s hypertenzí, kardiální arytmií, migrénovými bolestmi hlavy aj. Tyto léky mají určitou a hlavně problematickou teorii o mechanismu účinku. Tím, že jsou blokovány uretrální β -adrenergní receptory, může zesílit účinnost noradrenalinu na α -receptory a následně se zvýší výtokový odpor uretry. Byly popsány pozitivní účinky při užívání tricyklických antidepresiv. Nejčastěji je předepisován lék Imipramin, který zvyšuje výtokový odpor v uretře (Martan, 2005).

5.3 Elektrostimulace

Do pochvy je umístěna elektrostimulační sonda. Principem je nepřímá elektrostimulace nervosvalových struktur pánevního dna. Stimulace se provádí denně na 30 minut po dobu až 30 dnů. Užití elektrostimulace je vhodné u pacientek, které z jakéhokoli důvodu nemohou podstoupit operační zákrok (Diagnóza 1/2011, Zikmund, 2001).

5.4 Operační léčba

K operační léčbě se přistupuje v případě, kdy konzervativní léčba byla neúspěšná.

Nejčastější léčba stresové inkontinence je kolposuspenze podle Burche. Při této operaci se na obě strany močové trubice nakládají 2 atraumatické nevstřebatelné stehy.

Dále se močová inkontinence řeší některou ze závěsných nebo podpůrných operací vaginální nebo suprapubickou cestou. Polypropylenová páska se zavádí volně pod močovou trubici a pubovaginální sling spočívá v preparaci hrdla močového měchýře vaginální cestou a v nasazení fatálního slingu (závěsné pásky) pod močovou trubici (Diagnóza, 1/2011, Kawaciuk, 2009).

II. Praktická část

1 Výzkumné otázky

- 1) Konzultovaly by ženy svůj únik moči spíše s praktickým lékařem než se specializovaným lékařem?
- 2) Bude lékař mluvit s respondentkami o močové inkontinenci?
- 3) Posilují svaly pánevního dna spíše ženy, u kterých se únik moči objevil nebo spíše ženy, u kterých se únik moči neobjevil?
- 4) Bude většina žen posilovat svaly pánevního dna?
- 5) Setkávají se ženy častěji s pojmem močová inkontinence v televizi než v tisku?

2 Metodika

Tato práce je teoreticko-výzkumná. Metodou k získání informací byly anonymní dotazníky (viz. PŘÍLOHA A), které byly určeny ženám ve věku 35 – 65 let. Dotazník se skládal z 19 otázek.

Rozdala jsem 100 dotazníků. Vrátilo se mi jich 87, z toho jsem musela 7 dotazníků vyřadit pro neúplné vyplnění. Celkem jsem jich pro zpracování použila 80.

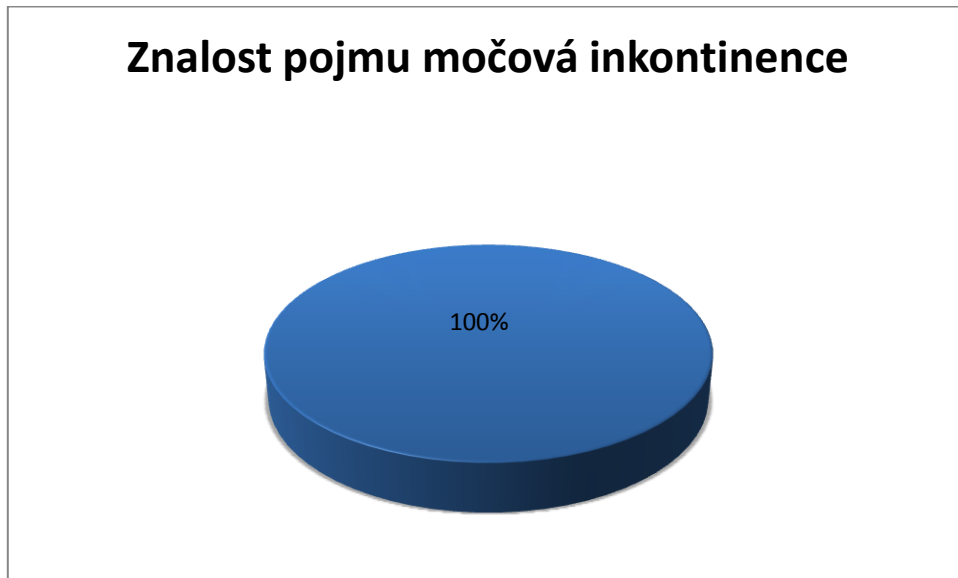
Výzkum probíhal od listopadu 2010 do února 2011.

V dotazníku jsem použila otázky uzavřené, ve kterých měli respondenti zvolit jednu odpověď, pokud nebylo uvedeno jinak. Také jsem použila otázky polozavřené. Respondenti zde mohli označit nabízenou možnost odpovědi nebo měli možnost uvést svou vlastní odpověď. Volné otázky se v mém dotazníku také objevují.

Získané výsledky jsem hodnotila po jednotlivých otázkách, které jsem vyjádřila absolutní a relativní četností. Relativní četnost hodnoty f_i jsem použila v tabulkách (viz. PŘÍLOHA B) a vypočítala ji ze vzorce: $f_i = (n_i/n) * 100$ (f_i – relativní četnost v procentech, n_i – absolutní četnost, n – celkový počet respondentů).

3 Analýza dat

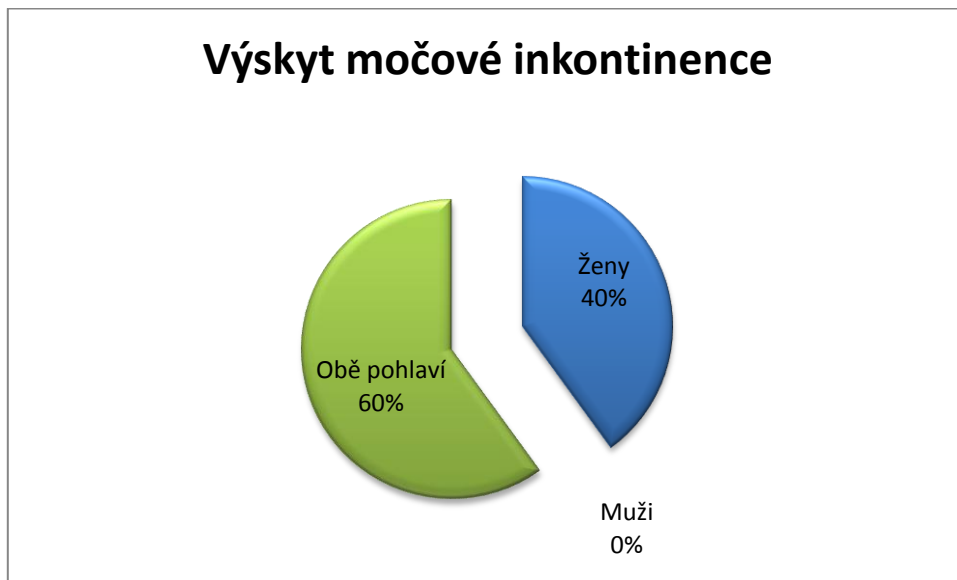
Otázka číslo 1. Znáte pojem močová inkontinence?



Obr. 1 Graf znalost pojmu

Správné označení této otázky bylo podmínkou pro pokračování ve vyplňování celého dotazníku. Na tuto otázku bylo 100% odpovědí, že močová inkontinence je únik moči. (Viz. tab. 1 a obr. 1.)

Otázka číslo 2. U koho se vyskytuje močová inkontinence?



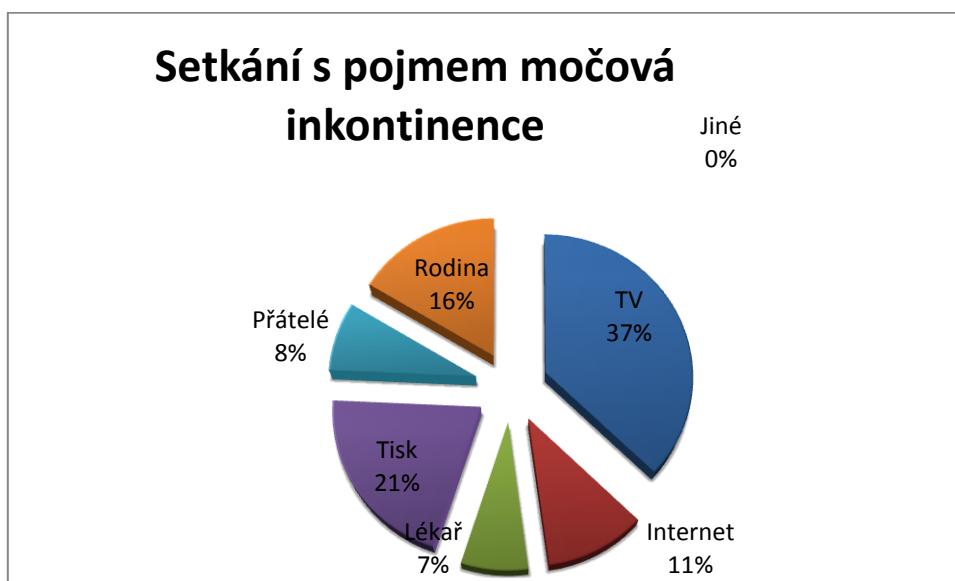
Obr. 2 Graf výskytu močové inkontinence

To, že močovou inkontinencí trpí jen muži, neodpověděla ani jedna z mnou dotazovaných žen. To, že inkontinencí moče bývají postiženi obě pohlaví, odpovědělo 60% žen a zbývajících 40% žen si myslí, že tento problém se vyskytuje jen u žen. (Viz. tab. 2 a obr. 2.)

Otázka číslo 3. Kde jste se s pojmem močová inkontinence setkala?

Tab. 3 Setkání s pojmem močová inkontinence

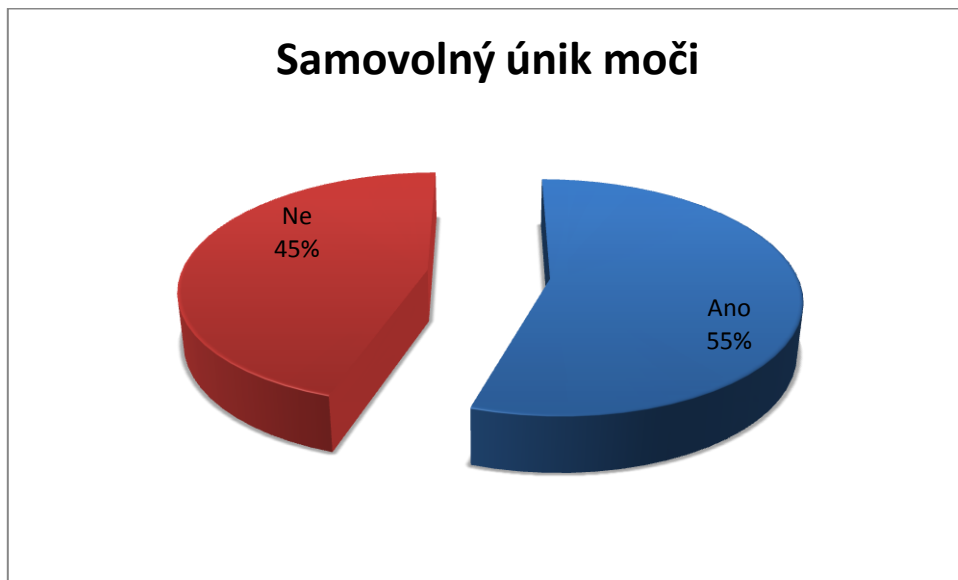
Setkání s pojmem močová inkontinence	ni	fi (%)
TV	52	37
Internet	15	11
Lékař	10	7
Tisk	29	21
Přátelé	11	8
Rodina	23	16
Jiné	0	0
n	140	100



Obr. 3 Graf Setkání s pojmem močová inkontinence

S pojmem močová inkontinence se ženy nejčastěji setkávají v televizi a to ve 37%. 21% žen se o této problematice dočetla v tisku, 16% dotazovaných má zkušenosti z rodiny. 11% žen se setkalo s únikem moči na internetových stránkách, 8% u přátel a 7% u lékaře. (Viz. tab. 3 a obr. 3.)

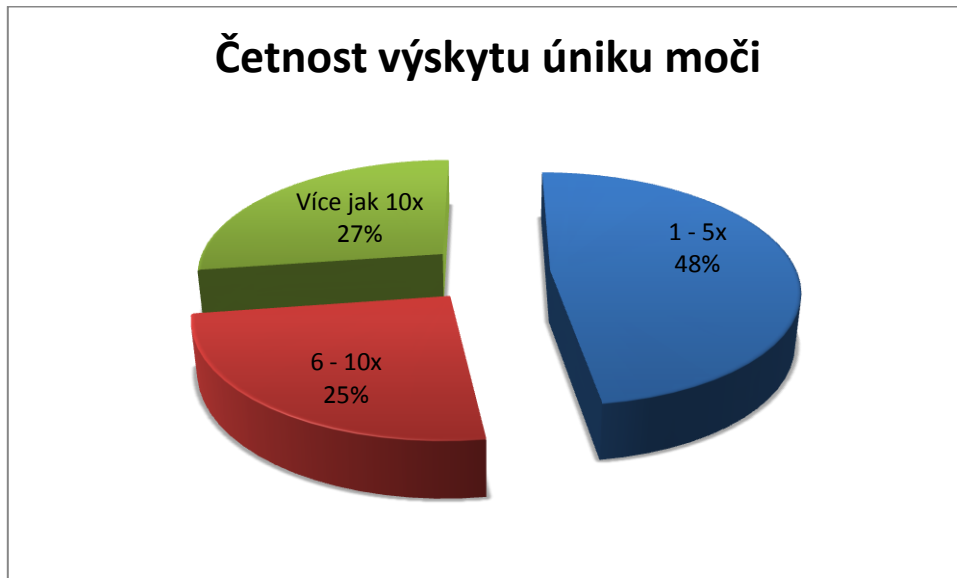
Otázka číslo 4. Zažila jste někdy samovolný únik moči?



Obr. 4 Graf Výskytu úniku moči

Samovolný únik moče se někdy objevil u 55% mnou dotazovaných žen a u 45% žen se nikdy únik moči neobjevil. (Viz. tab. 4 a obr. 4.)

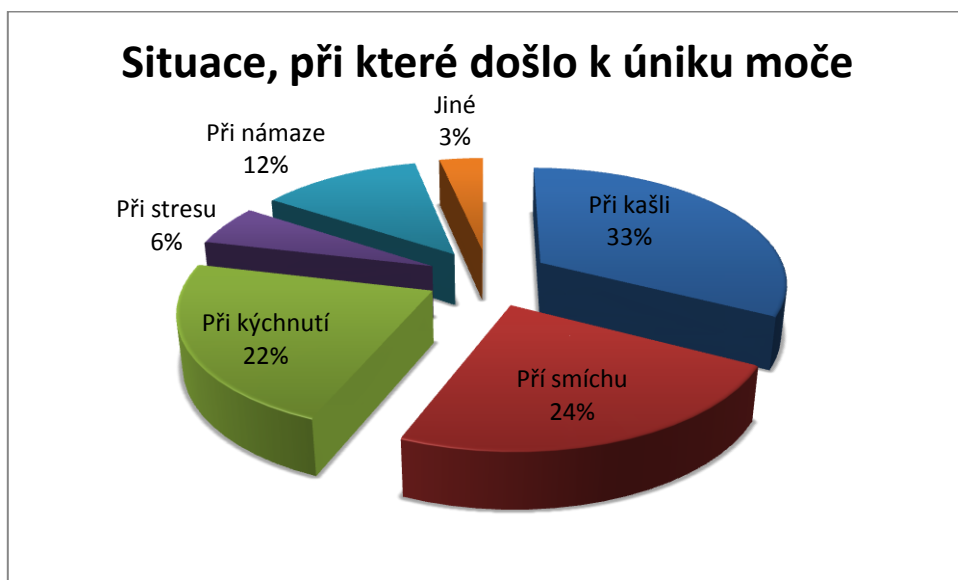
Otázka číslo 5. Kolikrát jste samovolný únik moče zažila?



Obr. 5 Graf výskytu úniku moče

Z žen, které únik moči zažily, byla četnost 1-5x odpovězena nejčastěji a to v 48%. Únik moče jen 6-10x zaznamenalo 25% žen a více jak 10x zažilo únik moči 27% žen. (Viz. tab. 5 a obr. 5.)

Otázka číslo 6. V jaké situaci u Vás došlo k úniku moči?



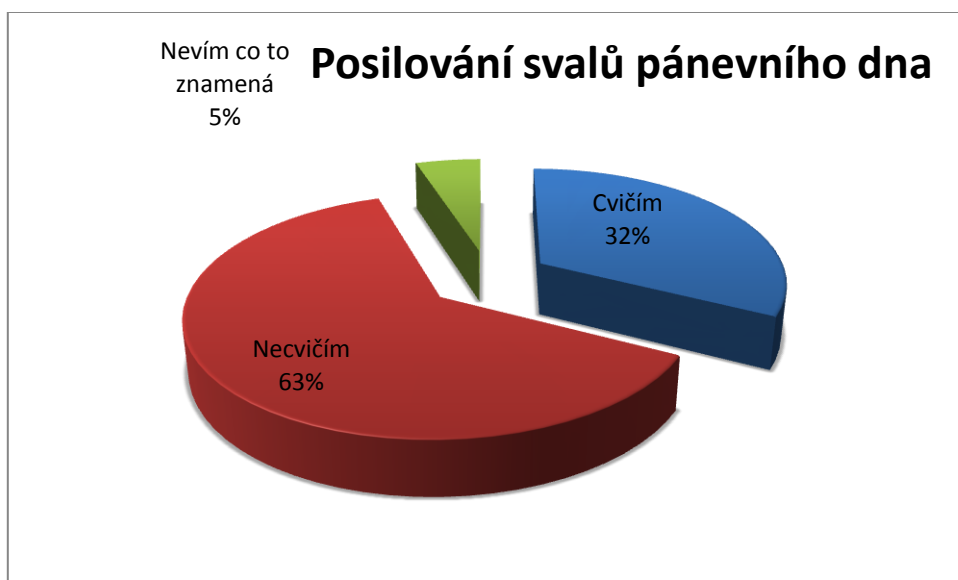
Obr. 6 Graf situací, při kterých došlo k úniku moči

Nejčastěji k úniku moči respondentek dochází při kašli a to ve 33%, ve 24% při smíchu, ve 22% při kýchnutí. Dále 12% žen označilo, že k úniku moče došlo při námaze, 6% při stresu a 3% žen zažilo únik moči v jiných než nabízených situacích. (Viz. tab. 5 a obr. 6.)

Otázka číslo 7. Cvičíte cviky pro posílení pánevního dna?

Tab. 7 Posilování pánevního dna

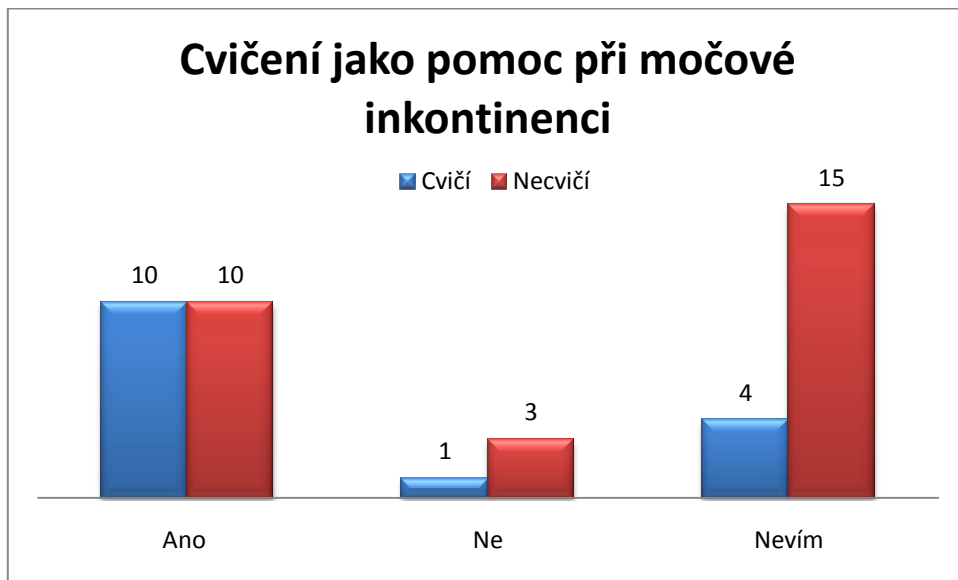
Posilování svalů pánevního dna	ni	fi (%)
Cvičím	26	32
Necvičím	50	63
Nevím co to znamená	4	5
n	80	100



Obr. 7 Graf posilování pánevního dna

Na otázku, zdali respondentka posiluje svaly pánevního dna, odpovědělo 63% žen, že necvičí. Tyto cviky cvičí jen 32% z dotazovaných a 5% žen neví, co cviky na posílení pánevního dna jsou. (Viz. tab. 7 a obr. 7.)

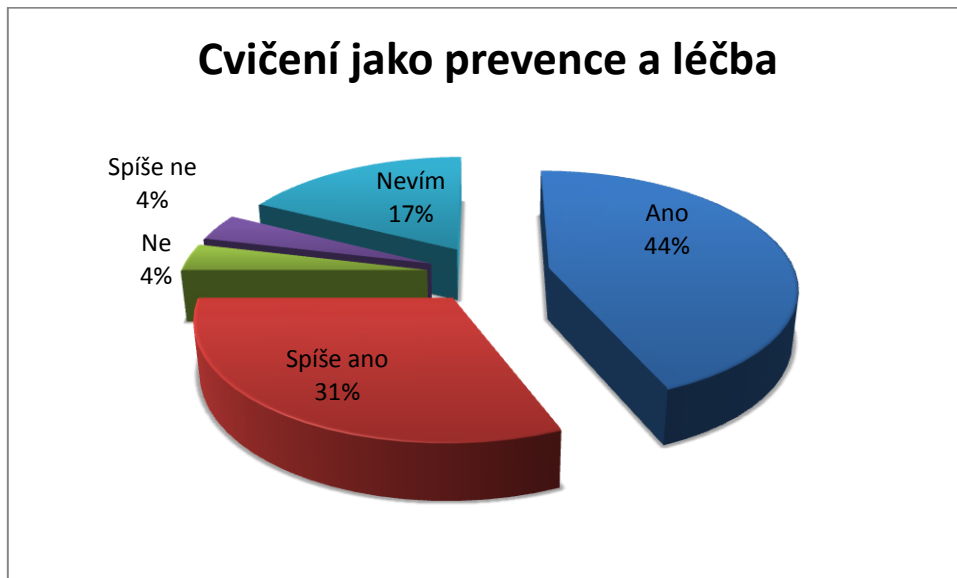
Otázka číslo 8. Domníváte se, že by toto cvičení mohlo pomoci Vaším potížím?



Obr. 8 Graf Cvičení jako pomoc při močové inkontinenci

V této otázce jsem rozdělila ženy na ty, které pánevní dno posilují a které neposilují. Ženy, které tyto cviky cvičí je 15 a z toho si 10 žen myslí, že toto cvičení by mohlo pomoci jejím potížím, 1 žena tvrdí, že by cvičení nepomohlo a 4 ženy neví. Ženy, které necvičí si v 10 případech myslí, že by jim toto cvičení pomohlo, 3 ženy odpověděly, že by cvičení nepomohlo a neví celých 15 žen. (Viz. tab. 8 a obr. 8.)

Otázka číslo 9. Domníváte se, že toto cvičení slouží jako prevence a léčba močové inkontinence?



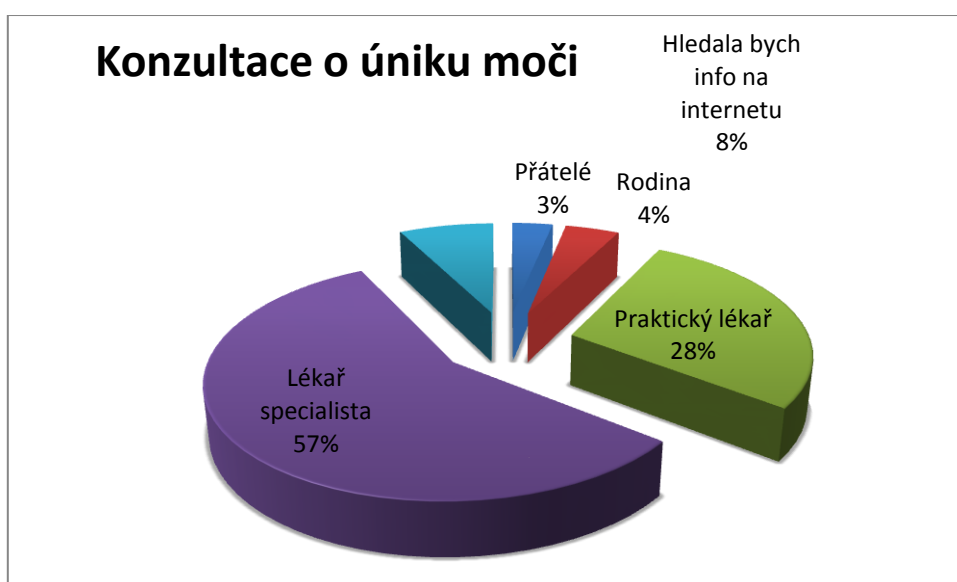
Obr. 9 Graf Cvičení jako prevence a léčba

Žen, které si myslí, že posilování svalů pánevního dna pomáhá jako prevence či léčba močové inkontinence, bylo 44%. Odpověď „spíše ano“ zazněla ve 31%. 17% dotazovaných žen neví, zda toto cvičení slouží jako prevence a léčba močové inkontinence. Současně 4% připadají na odpověď „ne“ a „spíše ne“. (Viz. tab. 9 a obr. 9.)

Otázka číslo 10. Kdyby se u Vás únik moči objevil, s kým byste to konzultovala?

Tab. 10 Konzultace o problému s únikem moči

Konzultace o problému s únikem moči	ni	fi (%)
Přátelé	3	3
Rodina	4	4
Praktický lékař	26	28
Lékař specialista	53	57
Hledala bych info na internetu	7	8
n	93	100



Obr. 10 Graf konzultace o problému s únikem moči

Kdyby se u mých respondentek objevil únik moči, nejčastěji by tento problém konzultovaly se specializovaným lékařem a to v 57%. 28% by se o svém problému svěřilo praktickému lékaři. Na internetu by informace hledalo 8% respondentek. Žen, které by se svěřily někomu v rodině, byla 4% a 3% by se svěřila přátelům. (Viz. tab. 10 a obr. 10.)

Otázka číslo 11. Domníváte se, že problematika močové inkontinence je dostatečně probírána na veřejnosti?



Obr. 11 Graf o informovanosti veřejnosti

Tvrzení, že veřejnost není dostatečně informovaná o problematice močové inkontinence, označilo 50% žen. 30% žen si myslí, že informovanost veřejnosti je a 20% žen se o to nezajímá. (Viz. tab. 11 a obr. 11.)

Otázka číslo 12. Hovořil s Vámi váš praktický lékař o močové inkontinenci?

Tab. 12 Informace od praktického lékaře

Informace od praktického lékaře	ni	fi (%)
Ano	8	10
Ne	72	90
n	80	100



Obr. 12 Graf informace od praktického lékaře

Z tohoto grafu vyplývá, že praktičtí lékaři nehovoří s ženami o močové inkontinenci a to v 90%. Jen 10% žen s praktickým lékařem o močové inkontinenci hovořilo. (Viz. tab. 12 a obr. 12.)

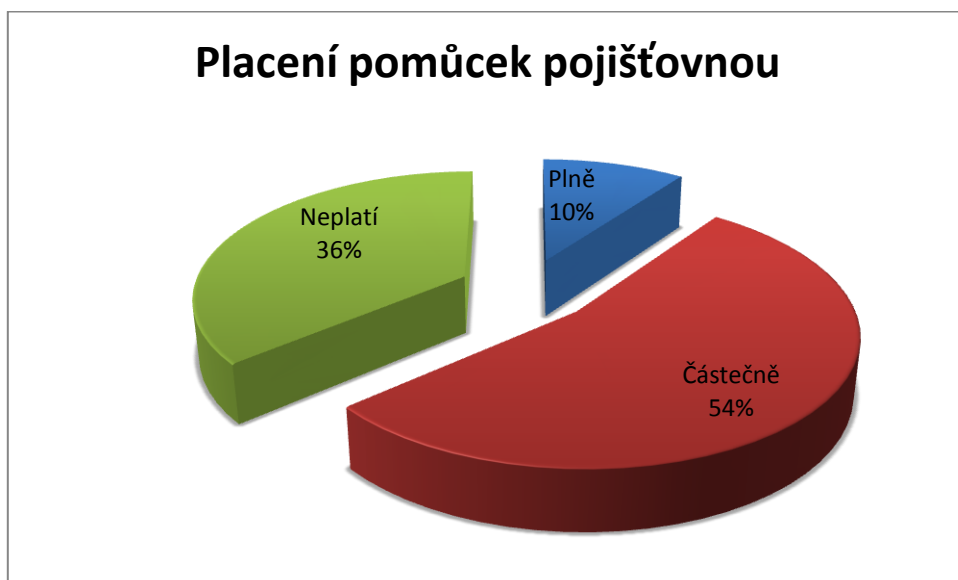
Otázka číslo 13. Domníváte se, že v případě potřeby jsou pomůcky pro inkontinentní dostupné?



Obr. 13 Graf dostupnosti pomůcek

Jak vyplývá z grafu, 91% respondentek uvádí, že je dobrá dostupnost pomůcek pro inkontinentní ženy a 9% žen si myslí, že dostupnost pomůcek není dostatečná. (Viz. tab. 13 a obr. 13.)

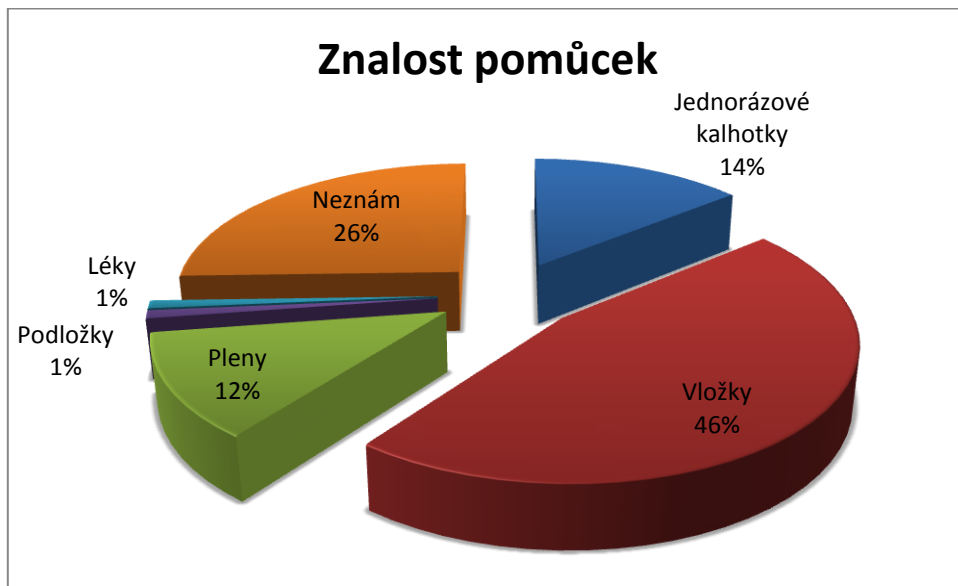
Otázka číslo 14. Domníváte se, že pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny pojišťovnou?



Obr. 14 Graf placení pomůcek pojišťovnou

Zde je patrné, že 54% dotazovaných žen odpovědělo, že pojišťovny částečně platí pomůcky pro inkontinentní. Žen co se domnívá, že pojišťovny neplatí nic, bylo 36%. 10% respondentek označilo plnou platbu inkontinentních pomůcek pojišťovnou. (Viz. tab. 14 a obr. 14.)

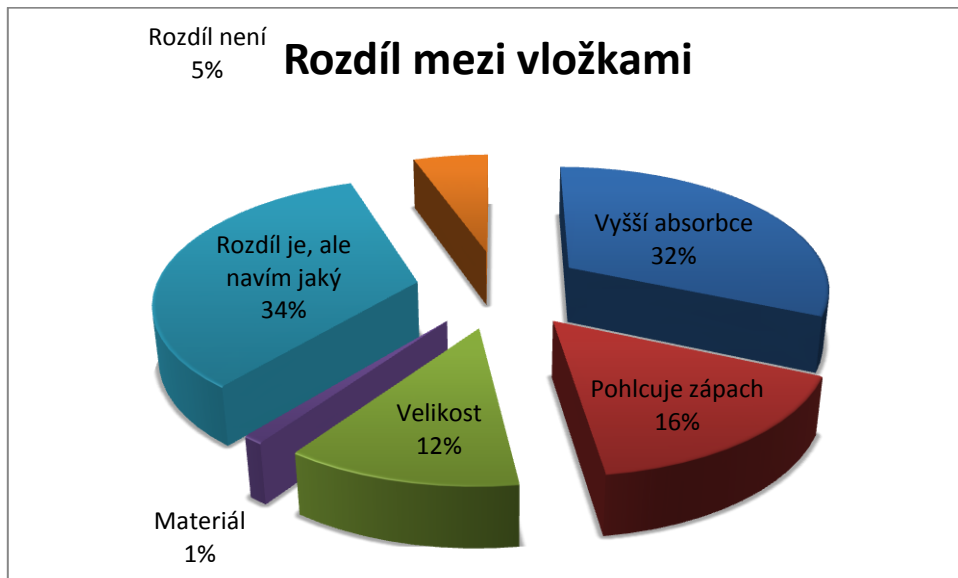
Otázka číslo 15. Znáte nějaké pomůcky pro inkontinentní?



Obr. 15 Graf znalosti pomůcek pro inkontinentní

Když jsem se žen zeptala, jaké znají pomůcky pro inkontinentní, tak nejčastěji zazněly vložky a to v 46%. Z celkového počtu dotazovaných žen 26% žádné pomůcky nezná, 14% odpovědělo jednorázové plenkové kalhotky, 12% pleny, 1% zastupují podložky a poslední 1% připadá lékům. (Viz. tab. 15 a obr. 15.)

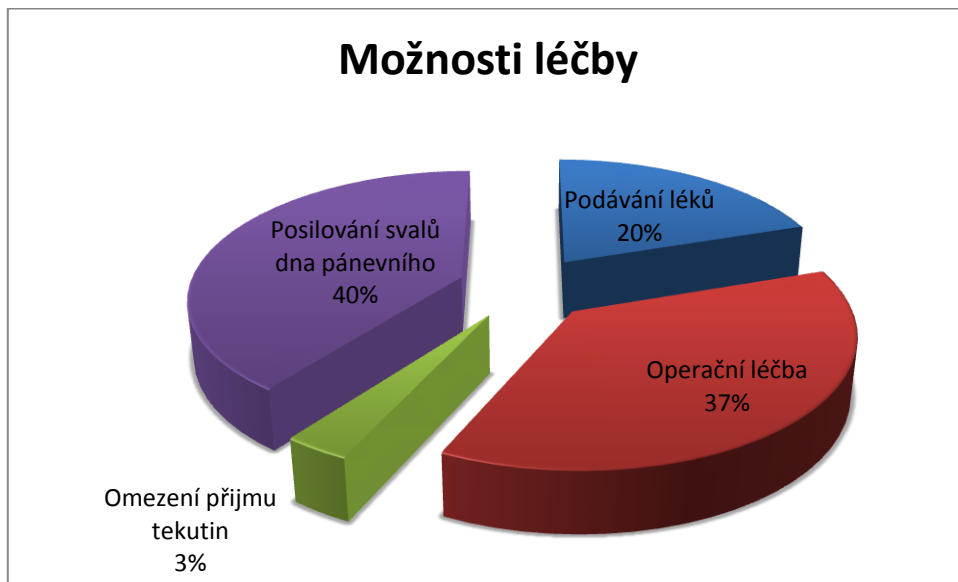
Otázka číslo 16. Domníváte se, že je nějaký rozdíl mezi vložkou menstruační a vložkou určenou pro únik moče?



Obr. 16 Graf rozdílů mezi vložkami

Z tohoto grafu vyplývá, že 34% dotazovaných žen ví, že je rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro inkontinentní, ale respondentky již nevědí jaký. Odpověď, že rozdílem je vyšší absorpce, se v mém dotazníku objevila v 32% a 16% žen se domnívá, že vložky pro inkontinentní pohlčují více zápach. Rozdíl ve velikosti uvedlo 12% žen a 5% žen si myslí, že rozdíl není žádný. 1 respondentka uvedla, že je rozdílný materiál. (Viz. tab. 16 a obr. 16.)

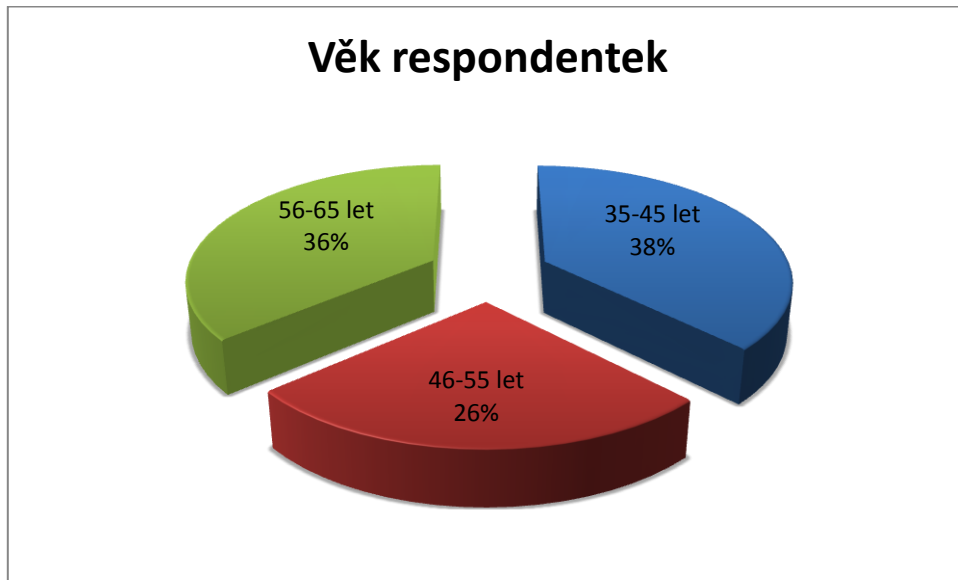
Otázka číslo 17. Znáte možnosti léčby močové inkontinence?



Obr. 17 Graf možností léčby

Nejvíce dotazovaných žen uvedlo jako možnost léčby posilování svalů pánevního dna a to ve 40%. 37% respondentek označilo operační léčbu, 20% podávání léků a 3% žen si myslí, že problém inkontinence léčí omezení příjmu tekutin. (Viz. tab. 17 a obr. 17.)

Otázka číslo 18. Kolik je Vám let?



Obr. 18 Graf rozložení dle věku respondentů

Mého výzkumu se zúčastnilo 80 žen. Ve věkové skupině 35-45 let to bylo 38%, ve věku 46-55let 26% žen a žen ve věku 56-65 let bylo 36%. (Viz. tab. 18 a obr. 18.)

Otázka číslo 19. Vaše nejvýše dosažené vzdělání?



Obr. 19 Graf výše dosaženého vzdělání

Na otázky v mém dotazníku odpovídalo nejvíce žen s odborným vzděláním a to 42%. Další početnou skupinou bylo vzdělání středoškolské v 36%. Vysokoškolsky vzdělaných žen jsem ve svém výzkumu měla 14%. 5% žen bylo se základním vzděláním a 3% žen vystudovalo vyšší odbornou školu. (Viz. tab. 19 a obr. 19.)

4 Diskuze

1. výzkumná otázka: „Konzultovaly by ženy svůj únik moči spíše s praktickým lékařem než se specialistou?“ K zodpovězení této otázky jsem využila otázku číslo 10 z mého dotazníku. 53 respondentek (57%) uvedlo, že by svůj únik moči konzultovalo s lékařem specialistou, 26 respondentek (28%) by se poradilo s praktickým lékařem, 7 respondentek (8%) by informace o úniku moči hledalo na internetu, 4 respondentky (4%) by se svěřily v rodině a 3 respondentky (3%) by se poradily s přáteli. Výsledky jsou patrné z tabulky č. 9 a grafu č. 10. Předpokládala jsem, že nejvíce žen bude konzultovat vlastní únik moči s praktickým lékařem. Důvodem mého předpokladu bylo, že všechny ženy chodí k praktickému lékaři, ale ke specialistovi (urolog, gynekolog) nechodí všechny ženy. Obzvláště ve starším věku ženy už na preventivní prohlídky na gynekologii nechodí.

2. výzkumná otázka: „Mluví praktický lékař s respondentkami o močové inkontinenci?“ K zodpovězení této otázky jsem ze svého dotazníku použila otázku číslo 12. Pouze s 8 ženami (10%) praktický lékař o močové inkontinenci hovořil. Je možné, že tyto ženy se lékaři svěřily a samy se ho na tuto problematiku tázaly. Ale to už z mého dotazníku nevyplývá. Se 72 ženami (90%) praktický lékař nehovořil. Výsledky jsou patrné z tabulky č. 11 a grafu č. 12.

3. výzkumná otázka: „Posilují svaly pánevního dna spíše ženy, u kterých se únik moči objevil nebo spíše ženy, u kterých se únik moči neobjevil?“ K zodpovězení jsem použila otázky 4 a 7 z mého dotazníku. U 44 mých respondentek se únik moči objevil. Z těchto žen svaly pánevního dna posiluje 15 žen (34%) a neposiluje 29 žen (66%). U 36 respondentek se únik moči nikdy neobjevil. 11 z těchto žen (31%) cvičí cviky na posílení pánevního dna a 25 žen (69%) tyto cviky necvičí. Z toho vyplývá, že opravdu častěji, i když rozdíl není velký, posilují svaly pánevního dna ženy, u kterých se únik moči objevil.

4. výzkumná otázka: „Necvičí spíše ženy cviky na posílení pánevního dna?“ K zodpovězení této otázky jsem použila v mém dotazníku otázku č. 7. Tyto cviky provádí 26 žen (32%). 50 žen (63%) dno pánevní neposiluje a 4 ženy (5%) nevědí, co cvičení pro posílení pánevního dna obnáší. Ženy opravdu spíše neposilují svaly pánevního dna. Výsledky jsou patrné v tabulce č. 6 a grafu č. 7.

5. výzkumná otázka: „Setkávají se ženy častěji s pojmem močová inkontinence v televizi než v tisku?“ K zodpovězení této otázky mi sloužila otázka číslo 3 z mého dotazníku. V televizi se s pojmem močová inkontinence setkala 52 žen (37%) a v tisku 29 žen (21%). Opravdu se v poslední době v televizi objevuje více reklam ohledně této problematiky. To, že setkání žen s tímto pojmem v televizi, je častější, je dle mého názoru také z důvodu, že u televizních obrazovek se tráví čím dál více času a méně žen čte časopisy.

Jelikož problematika močové inkontinence je velice choulostivé téma, tak o ní ženy často mlčí. Svůj problém řeší vložkami pro únik moči, opouštějí své oblíbené aktivity, přestávají sportovat, cestovat a mnohdy se i strání společnosti nebo omezují sexuální život, což uvedl Gärtner ve svém článku z roku 2009. 26% mých respondentek by svůj únik moči řešilo s praktickým lékařem a 57% s lékařem specialistou. Ale i přesto si myslím, že by se nemělo čekat na to, až žena přijde s tímto problémem za lékařem. MUDr. Gärtner také uvedl, že když se na problém s únikem moči ptá svých pacientek, tak mu zhruba 30% žen přizná, že tento problém se již u ní objevil. Lékaři by se měli více zaměřit na tuto problematiku a to dříve, než tato situace nastane. Informovanost mladších žen o prevenci močové inkontinence by mohlo snížit množství výskytu úniku moči u žen v pozdějším věku. Při aktivním dotazování lékařů a následném zjištění, že žena inkontinencí trpí, je důležité ji také poučit o možnostech léčby.

Křížová ve svém článku z roku 2011 doporučuje, jako nejvhodnější formu edukace starších pacientek, osobní kontakt. I přestože je dostupnost propagačních materiálů týkající se inkontinence v současnosti dostatečná, mnoho lidí se stydí si je vzít ze stolku v čekárně u lékaře. Dalším problémem je malé písmo v edukačních materiálech a většina starších žen je dosti těžko přečtou.

5 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit všeobecný přehled a míru informovanosti žen o problematice močové inkontinence. Respondentkami byly ženy ve věku od 35 do 70 let. Z mého výzkumu vyplývá, že informovanost žen je vcelku uspokojivá.

Při zamyšlení nad výzkumnými otázkami jsem se zaměřila na znalost posilování dna pánevního. Ženy sice mají povědomí, že „něco“ takového je a zdá se, že si toto cvičení s močovou inkontinencí spojují, bohužel ale jen málo z nich pánevní dno skutečně posiluje.

Zdravotní sestry by mohly svými radami a edukací ženám pomoci jak v prevenci tak i léčbě močové inkontinence. Prevence je snazší než léčba, a proto by se měla informovanost o tomto cvičení zvýšit.

Dále jsem se zaměřila na to, s kým by ženy konzultovaly svůj únik moči. Většina dotazovaných žen, by se poradila s lékařem. Ale je tomu opravdu tak? Možná by se žena raději svěřila ženě, což v našem případě znamená zdravotní sestře. A proto je velice důležité, aby sestra informace o této problematice znala a uměla je předat svým pacientkám.

A co se týká lékařů, ti by také měli zvýšit svůj zájem o problematiku úniku moče. Ženy si kupují drahé vložky a tím se snaží svůj problém vyřešit. Lékař velice snadno může pacientce předepsat inkontinentní pomůcky, které v určitém množství proplatí pojišťovna. Ale především, může lékař vybrat vhodnou a snadnou léčbu těchto problémů.

6 Soupis bibliografických citací

1. ČERMÁK, A.; PACÍK, D. *Inkontinence moči*. 1. Vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80 - 7254 - 875 - 1.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80 - 247 - 0143 - X.
3. EICHENAUER, R, H. *Urologie klinika a praxe*. 1. Vyd. Praha : Scientia medica, 1996. ISBN 80 - 85526 - 36 - 0.
4. DVOŘÁČEK, J. *Urologie*. 2. Vyd. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80 - 7184 - 745 - 3.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. Vyd. Olomouc : Epava, 2000. ISBN 80 - 86297 - 05 - 5.
6. HALAŠKA, M. *Urogynekologie*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80 - 7262 - 272 - 2.
7. KAWACIUK, I. *Urologie*. 1. Vyd. Galén, 2009. ISBN 978 - 80 - 7262 - 627 - 7.
8. KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978 - 80 - 7345 - 125 - 7.
9. MARTAN, A.; a kol. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. Praha : PanMed, 2001. ISBN 80 - 903049 - 0 - 7.
10. MARTAN, A.; a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Maxdorf, 2005. ISBN 80 - 7345 - 076 - 3.
11. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1. Vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80 - 247 - 1190 - 7.
12. PACÍK, D.; a kolektiv autorů. *Urologie pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80 - 7013 - 235 - 3.
13. TROJAN, S.; a kol. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80 - 247 - 0512 - 5.
14. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1. Vyd. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80 - 246 - 0164 - 8.

Časopisy:

15. BUDAYOVÁ, K.; SOUKUPOVÁ, D. *Inkontinence a možnosti její léčby*. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 42, 46, 48. ISSN 1210-0404.
16. GÄRTNER, M.; OBORNÝ, T. *Inkontinence není neřešitelný problém!*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 10, s. 66. ISSN 1210-0404.
17. KRŽIŽOVÁ, S. *Inkontinence by neměla být tabu!*. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 3, s. 42. ISSN 1210-0404

18. MARTÍNKOVÁ, J. Inkontinence moči v ambulanci praktického lékaře. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, roč. 7, č. 1, s. 22. ISSN 1801-1349.
19. STANĚK, R. Léčba močové inkontinence. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 40-43. ISSN 1210-0404

www zdroje:

20. Nykturie. Mikční karta.[online], 2009, [cit. 2011-04-11].
Dostupný z WWW: <http://www.nykturie.cz/userfiles/file/PDF/pmk.pdf>
21. IncoStress, Typy močové inkontinence. [online], 2010, [cit. 2011-04-11]
Dostupný z WWW: <http://incostress.cz/cz/typy-mocove-inkontinence/>
22. TENA, Cviky. [online], 2010, [cit. 2011-04-11]
Dostupný z WWW: <http://www.tenacz.cz/zeny/cviceni/>

7 Seznam zkratek

Cit. – citace

Č. – číslo

Kol. - kolektiv

Např. - například

Obr. – obrázek

Roč. - ročník

s. - strana

Tab. – tabulka

Viz. – lze vidět

Vyd. – vydání

8 Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Tabulky vyplývající z výzkumu

Příloha C: Mikční karta

Příloha D: Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Burdychová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice studijního oboru Ošetrovatelství – Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci, na téma Informovanost že o problematice močové inkontinence. Uvedené údaje budou sloužit jen pro moji potřebu. Dotazník je plně anonymní.

Děkuji za věnovaný čas při vyplňování dotazníku.

1) Znáte pojem močová inkontinence?

Ano

Ne

Pokud jste odpověděla **ne**, nepokračujte v dotazníku

Pokud jste odpověděla **ano**, močová inkontinence =

Neschopnost se vymočit

Bolestivé močení

Únik moči

Jiné (doplňte).....

2) U koho se vyskytuje močová inkontinence?

Ženy

Muži

Obě pohlaví

3) Kde jste se s pojmem močová inkontinence setkala?

(můžete označit více odpovědí)

TV

Internet

Lékař (doplňte specializaci lékaře).....

Tisk

Přátelé

Rodina

Jiné (doplňte).....

4) Zažila jste někdy samovolný únik moči?

Ano

Ne

Na otázku č. 5,6 a 8 prosím odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 4 odpověděla ano.

5) Kolikrát jste samovolný únik moče zažila?

1x – 5x

6x – 10x

Více jak 10x

6) V jaké situaci došlo k samovolnému úniku moči?

- Při kašli
- Smíchu
- Kýchnutí
- Při stresu
- Při námaze
- Jiné (doplňte).....

7) Cvičíte cviky pro posílení pánevního dna?

- Ano
- Ne
- Nevím, co to znamená

8) Domníváte se, že toto cvičení by mohlo pomoci Vaším potížím?

- Ano
- Ne
- Nevím

9) Domníváte se, že toto cvičení slouží jako prevence močové inkontinence?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

10) Kdyby se u Vás únik moči objevil, s kým byste to konzultovala?

- Přátelé
- Rodina
- Praktický lékař
- Lékař specialista (urolog, gynekolog)
- Hledala bych informace na internetu

11) Domníváte se, že problematika močové inkontinence je dostatečně probírána na veřejnosti?

- Ano
- Ne
- Nezajímám se o to

12) Hovořil s Vámi váš praktický lékař o močové inkontinenci?

- Ano
- Ne

13) Domníváte se, že v případě potřeby jsou pomůcky pro inkontinentní snadno dostupné?

- Ano
- Ne

14) Domníváte se, že pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny pojišťovnou?

- Plně
- Částečně
- Ne

15) Znáte nějaké pomůcky pro inkontinentní?
(prosím vypište)

.....
.....

16) Domníváte se, že je nějaký rozdíl mezi vložkou menstruační a vložkou určenou pro únik moče?

- Ano Jaký:
- Ne

17) Znáte možnost léčby močové inkontinence?
(možnost více odpovědí)

- Podávání léků
- Operační léčba
- Omezení příjmu tekutin
- Posilování svalů pánevního dna

18) Kolik je Vám let?

.....

19) Vaše nejvýše dosažené vzdělání

- Základní
- Odborné
- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Příloha B: Tabulky vyplývající z výzkumu

Tab. 1 Znalost pojmu močová inkontinence

Znalost pojmu močové inkontinence	Ni	fi (%)
Ano	80	100
Ne	0	0
n	80	100

Tab. 2 Výskyt močové inkontinence

Výskyt močové inkontinence	ni	fi(%)
Ženy	32	40
Muži	0	0
Obě pohlaví	48	60
n	80	100

Tab. 4 Samovolný únik moči

Samovolný únik moči	ni	fi (%)
Ano	44	55
Ne	36	45
n	80	100

Tab. 5 Četnost výskytu úniku moči

Četnost výskyt úniku moči	ni	fi (%)
1 - 5x	21	48
6 - 10x	11	25
Více jak 10x	12	27
n	44	100

Tab. 6 Situace, při které došlo k úniku moče

Situace, při které došlo k úniku moče	ni	fi (%)
Při kašli	29	33
Při smíchu	21	24
Při kýchnutí	20	22
Při stresu	5	6
Při námaze	11	12
Jiné	3	3
n	89	100

Tab. 8 Cvičení jako pomoc při močové inkontinenci

Pomáhá cvičení	Cvičí	Necvičí
Ano	10	10
Ne	1	3
Nevím	4	15

Tab. 9 Cvičení jako prevence a léčba

Cvičení jako prevence a léčba	ni	fi (%)
Ano	35	44
Spíše ano	25	31
Ne	3	4
Spíše ne	3	4
Nevím	14	18
n	80	100

Tab. 11 Informovanost veřejnosti

Informovanost veřejnosti	ni	fi (%)
Ano	24	30
Ne	40	50
Nezajímám se o to	16	20
n	80	100

Tab. 13 Dostupnost pomůcek

Dostupnost pomůcek	ni	fi (%)
Ano	73	91
Ne	7	9
n	80	100

Tab. 14 Placení pomůcek pojišťovnou

Placení pomůcek pojišťovnou	ni	fi (%)
Plně	8	10
Částečně	43	54
Neplatí	29	36
n	80	100

Tab. 18 Věk

Věk	ni	fi (%)
35-40 let	30	38
46-55 let	21	26
56-65 let	29	36
n	80	100

Tab. 15 Znalost pomůcek pro inkontinentní ženy

Znalost pomůcek	ni	fi (%)
Jednorázové kalhotky	15	14
Vložky	49	46
Pleny	13	12
Podložky	1	1
Léky	1	1
Neznám	27	25
n	106	100

Tab. 16 Rozdíl mezi vložkami

Rozdíl mezi vložkami	ni	fi (%)
Vyšší absorbce	29	32
Pohlcuje zápach	15	16
Velikost	11	12
Materiál	1	1
Rozdíl je, ale nevím jaký	31	34
Rozdíl není	5	5
n	92	100

Tab. 17 Možnosti léčby

Možnosti léčby	ni	fi (%)
Podávání léků	30	20
Operační léčba	56	37
Omezení příjmu tekutin	5	3
Posilování svalů dna pánevního	60	40
n	151	100

Tab. 19 Nejvýše dosažené vzdělání

Vzdělání	ni	fi (%)
Základní	4	5
Odborné	34	43
Středoškolské	29	36
Vyšší odborné	2	3
Vysokoškolské	11	14
n	80	100

Příloha D: Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna

Některé zásady při cvičení svalstva pánevního dna:

- Cvičte denně (vždy se řiďte stávajícím zdravotním stavem, radami lékaře a zvláště fyzioterapeuta)
- Cvičte ve vyčistěné místnosti
- Cvičte po vyprázdnění močového měchýře
- Cvičte ve valném cvičebním oblečení
- Jeantilivý cvik zprvu cvičíme 3 – 5 x, později 5 – 10 x
- Cvičme 10, 15 – 20 minut, 2 – 3 x denně po dobu 3 měsíců (dále dle rady lékaře či fyzioterapeuta)
- Cvičme dle možností na lůžku, koberec, žíněnce apod.
- Cvičení začínáme a končíme dechovou gymnastikou
- Cvičme koordinované s dechem – vdechujeme nosem a vydechujeme ústí
- Dbáme na provedení cviků – na kvalitu, nikoli na kvantitu (počet opakování)
- Nikdy necvičme těsně po jídle a přes únavu
- Při cvičení dodržujeme předepsaný individuální léčebný plán a jeho provedení
- Zásadně dodržujeme pokyny lékaře, fyzioterapeuta a zdravotní změny včas hlásíme

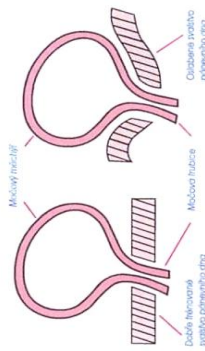
Kromě těchto zásad cvičení je nejdůležitější součástí žvotospráva – dietetické úpravy, redukce tělesné hmotnosti, správný pitný i vyprazdňovací režim a vhodné fyzické aktivity, stol, plavání či jízda na kole, nebo každodenní úkony – sed, stojí při různých pohybových aktivitách.

Při uvědomění si svaloviny pánevního dna můžete využít močový test, při kterém po učité náplni močového měchýře provádíme přerušované močení.

Fazdrámka:
Pozor, močový test provádějte minimálně a to pouze za účelem uvědomění si správných svalů, nejedná se o cvik k posílení svaloviny pánevního dna.

Proč posilovat právě svalstvo pánevního dna?

Svalstvo pánevního dna je uzávěrem spodiny malé pánve a je neodmyslitelnou součástí pro orgány v ní uložené, tzn. obklopuje močový měchýř, dělohu a střeva a společně se svěračovým svalstvem kontroluje jejich otevření. Zajišťuje také správnou pohybu močové trubice. Jestliže jsou tyto svaly oslabené, může při námaze močová trubice poklesnout, a tak dochází k nekontrolovanému úniku moči.



Svalovinu pánevního dna tvoří splet svalů a šlach od stydké kosti až ke kostičce a po stranách jsou ohraničeny hrabky sedací kosti.

1 – Pánevní bránice (diaphragma pelves) – nejlhůšší, nejvnitřnější svalová vrstva, která uzavírá pánev směrem dolů – zvedací svalní řiti, hlavní vnitřní sval, který vede po levé i pravé straně močového a pohlavního ústrojí – od stydké kosti až ke kostičce.

2 – Bránice močového a pohlavního ústrojí (diaphragma urogenitale).

3 – Svráčecí střeva a urogenitálního traktu (vrstva svěrače).

Cvičení svalstva pánevního dna je velmi efektivní léčebná metoda, která nemá žádné vedlejší účinky. Odstraní nejen funkční problémy - inkontinenci, anatomické změny (sesutý rodidec, bolesti před i při menstruaci, bolesti bederní, páteře), ale i zavrátí se sexuální život ženy. Rovněž přispívá k Vaší celkové tělesné zdatnosti a společenskému uplatnění.

TENA Lady Pro celodenní jistotu

S pomůckami TENA Lady můžete řešit problém s únikem moči okamžitě. Na rozdíl od menstruačních vložek nebo slizových vložek jsou TENA Lady vyvinuty speciálně pro únik moči a poskytnou Vám pocit bezpečí a jistoty. TENA Lady – oskřítelná a optimální řešení.



Vzorky TENA Lady si můžete ZDARMA objednat: na bezplatné lince 800 111 121 nebo na www.tenazvorky.cz

Více informací naleznete na www.tena.com/cz

TENA Lady Vám může předepsat Váš ošeftující lékař (urolog, gynekolog) na poukaz. V tomto případě jsou pomůcky hrazeny zdravotními pojišťovnami. O počtu předepsaných balení rozhoduje Váš ošeftující lékař. Nebo si můžete výrobky TENA Lady zakoupit v lékárnách a předjích zdravotnických potřeb, případně prostřednictvím internetu na www.tena.com/cz

Autoriz. As. Marie Bobelková, klinické centrum ISCAE, Lighthouse



SCA Hygiene Products, s. r. o.
Sokolovská 94/100
184 00 Praha 8

Cvičení pánevního dna

Lehké cviky proti nekontrolovanému úniku moči neboli inkontinenci



Inkontinenci moči rozumíme stav, kdy dochází k samovolnému, nechtěnému, nekontrolovanému úniku moči. Osobně jde při tomto úniku moči buď o malé či větší množství, aniž bychom jej mohli jakkoliv ovlivnit.

Dle příčiny, projevu klinického a místa úniku moči rozlišujeme dvě skupiny inkontinence:

- **Uretrální** (kdy k úniku moči dochází močovou trubici)
- **Extraurtrální** (kdy k úniku moči dochází jinou cestou než je močová trubice)

Nejčastěji se setkáváme s inkontinencí uretrální, a to námočovou (stresovou). Děje se tak např. při kašli, kýchnutí, smích, zvedání břemene nebo při předklonu.

Námočovou (stresovou) inkontinenci rozumíme nechtěné odlévání moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku, který se přenáší na močový měchýř. Užívání měchyře je porušeno, pootevřen a moč tedy proniká do močové trubice a následně ven.

Příčin je několik:

- ochabnutí pánevního dna
- poškození svalových, vazivových a nervových částí močové trubice a dna pánevního
- slábnoucí tkáň v klimakteriu (vlivem nedostatku hormonů estrogenu) a s tím spojený sestup jak rodidel, tak pánvičních stěn
- vrozené defekty
- porady – velkých plodů, koncem pánevním, křečové
- chronický kašel
- kýchání
- skoky, postoky
- zácpa
- změna polohy z lehu do sedu
- nadváha
- těžká fyzická práce

Konzervativní léčbou je fyzioterapie svalstva pánevního dna. Ať je vhodné i ve Vašem případě, posoudí Váš lékař gynekolog (urogynekolog, sexuolog at.) nebo zkušený fyzioterapeut. Rovněž tak získáte jistotu, že cvičení, které provádíte, je vhodné a Vy je cvičíte správně.

Nikdy není pozdě začít se cvičením svalstva pánevního dna. Ať je Vám 18, 25, 40 nebo 70 let. Vždy je důležité Vaše rozhodnutí, pravidelné cvičení a doobzování jeho zasad. Už po třech měsících budete pozorovat znatelné zlepšení, a než se tak stane, Vaší jistotou Vám bude **TENA Lady** – která nabízí ochranu a jistotu při samovolném úniku moči. Přehled jednotlivých pomůcek **TENA Lady** naleznete na zadané straně této brožury.

Cviky: Cvičení je možné provádět v různých polohách, zprvu však doporučujeme cvičit vleže, abyste co nejlépe cítila zapínání jednotlivých částí svalů pánevního dna. Žádné jiné svaly (např. hýždě) během cvičení nezapojujte. Při opakování jednotlivých cviků je vhodné zařadit 2 – 3 klidové provdechy pro řádné uvolnění svalů.



1.

Základní poloha: lež na zádech s pokrčenými dlaněmi končetinami, v oporu o plácky nohou. S nádechem sepráve svěrač močové trubice, vidítele počuvu a zadíte posturně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem uvolněte. Kontrolo spřovnosti provedení cviku: jedná dlaně spočívá na stěně břišní, druhá na hýždě – tyto svaly se během cviku neaktivují, nezapínají – nejsou svaly pánevního dna).



2.

Základní poloha: lež na boku, dlaně končetiny mírně natáčené v kolennou, jedná ruka složena pod hlavou a druhá je v oporu o dlaně předpis. S nádechem přitáhnete špičky nohou, sepráve vnitřní končiny a kolena, zadíte posturně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, končiny a kolena od sebe.



3.

Základní poloha: lež na zádech, dlaně končetiny přitážené v vnitřních, poté volně posadí těla. S nádechem přitáhnete špičky nohou, propře kolena a protáhně poté všem dlaně do podlahy, zadíte posturně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, kolena, pažby.



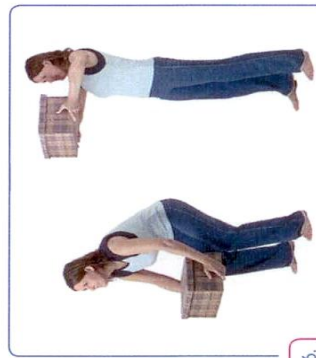
4.

Základní poloha: vzor klečmo s oporem o předloktí, kolena a končiny volně vedle sebe. S nádechem sepráve vnitřní končiny a kolena, zadíte posturně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem rozspřáve část dlaních končetin od sebe do stran.



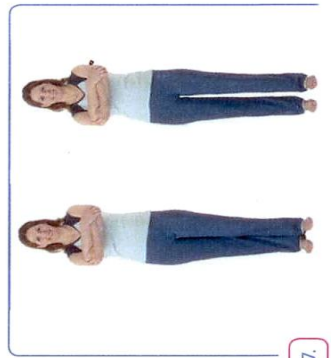
5.

Základní poloha: vzor klečmo s oporem o dlaně, kolena asi 20 cm od sebe – prováděná korbč: S výdechem surtle pravé koleno k levému boku s odprutím hlavy; S nádechem varle koleno zpět do oporu, cvik opakuje druhým kolennem.



6.

Základní poloha: stoj v mírném předklonu, nakloně dlaně končetiny v kolennou, v rukou držte krabici nebo velký míč. S nádechem paže přitáhně do úrovně očí (současné automaticky zapnele svaly pánevního dna), posturně zadíte na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem se varle zpět do mírně předkloněného stáje.



7.

Základní poloha: vzpřímený stoj, chodidla asi 5 cm od sebe, paže složena v loktech. S nádechem sepráve paže, lýtko, hýždě a břišní svaly a zároveň zatlačte lopatky dozadu k sobě – zadíte posturně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte lopatky, hýžděové svaly, lýtko a paže do rozpruty (od sebe).

