

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Tereza Hrubá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Tereza Hrubá

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

INKONTINENCE A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Silvie Degťarová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Silvii Degťarové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Hrubá Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a Porodní asistence

Název práce: Inkontinence a péče porodní asistentky

Vedoucí práce: Bc. Silvie Degťarová

Počet stran - číslované: 67

Počet stran - nečíslované: 13

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: inkontinence, prevence, léčba, edukace

Souhrn: Tato bakalářská práce se v teoretické části zaměřuje na vysvětlení fyziologie vylučování moči, dále popisuje definici a klasifikaci močové inkontinence. Zabývá se příčinami a faktory ovlivňující vznik močové inkontinence, prevencí, diagnostikou a její léčbou. Zaměřuje se také na péči o inkontinentní pacientku. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum. K analýze dat bylo použito dotazníkového šetření.

Annotation

Surname and name: Hrubá Tereza

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Incontinence and care of midwife

Consultant: Bc. Silvie Degťarová

Number of pages - numbered: 67

Number of pages - unnumbered: 13

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 25

Key words: incontinence, prevention, therapy, education

Summary: The topic of the theoretical part in this submitted Bachelor Thesis is to explain the physiology of urine excretion, to define and classify the issue of urinary incontinence. The subject matter focuses on causes and factors of the formation of urinary incontinence. The question of prevention, methods of diagnosis and treatment of incontinent patient are also discussed. The practical part consists of the quantitative research. The analysed data were obtained by a questionnaire survey.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 FYZIOLOGIE VYLUČOVÁNÍ MOČI.....	10
1.1 Ledvina.....	10
1.2 Močovody.....	10
1.3 Močový měchýř.....	11
1.4 Močová trubice.....	11
1.5 Močení.....	11
2 DEFINICE INKONTINENCE.....	13
3 KLASIFIKACE INKONTINENCE.....	14
3.1 Extrauretrální inkontinence.....	14
3.2 Uretrální inkontinence.....	14
3.2.1 Urgentní inkontinence.....	14
3.2.2 Stresová inkontinence.....	15
3.2.3 Reflexní inkontinence.....	16
3.2.4 Inkontinence z přetékání.....	16
3.2.5 Enuréza.....	17
3.2.6 Smíšená inkontinence.....	17
3.2.7 Přechodná inkontinence.....	17
4 PŘÍČINY INKONTINENCE.....	18
4.1 Abnormality močového měchýře.....	18
4.2 Abnormality svěrače.....	18
4.3 Jiné možné příčiny.....	18
5 RIZIKOVÉ FAKTORY INKONTINENCE.....	19
5.1 Predisponující rizikové faktory.....	19
5.2 Vyvolávající rizikové faktory.....	19
5.3 Podporující rizikové faktory.....	20
5.4 Dekompenzující rizikové faktory.....	20
6 PREVENCE VZNIKU INKONTINENCE.....	21
7 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE.....	22
7.1 Základní vyšetření praktického lékaře.....	22
7.1.1 Anamnéza.....	22
7.1.2 Zhodnocení symptomů.....	22
7.1.3 Fyzikální vyšetření.....	23
7.1.4 Biochemická vyšetření.....	23
7.2 Základní vyšetření odborného lékaře.....	23
7.3 Urodynamické vyšetření.....	24
7.3.1 Cystometrie.....	24
7.3.2 Uretrální tlakový profil.....	25
7.3.3 Uroflowmetrie.....	25
7.3.4 Elektromyografie.....	25
8 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE.....	26
8.1 Posilování svalů pánevního dna.....	26
8.2 Pesaroterapie.....	27

8.3	Elektrostimulace	27
8.4	Hormonální substituční léčba.....	27
8.5	Medikamentózní léčba	28
8.6	Operační léčba	28
9	PÉČE O PACIENTKU S INKONTINENCÍ	30
9.1	Význam pojmu ošetřovatelská péče	30
9.2	Role porodní asistentky v péči o inkontinentní pacientku.....	30
9.2.1	Význam pojmu edukace	30
9.2.2	Edukace inkontinentní pacientky	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
10	FORMULACE PROBLÉMU.....	32
10.1	Hlavní cíl	32
10.2	Dílčí cíle	32
11	HYPOTÉZY	33
12	VZOREK RESPONDENTŮ	34
13	METODY VÝZKUMU	35
14	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	36
15	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	57
16	DISKUZE.....	62
	ZÁVĚR	67
	POUŽITÁ LITERATURA	68
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74
17	PŘÍLOHY	75

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je „Inkontinence a péče porodní asistentky“. Toto téma jsem si vybrala, jelikož je močová inkontinence stále aktuálním, někdy i tabuizovaným tématem. V dnešní době se porodní asistentka dostává na pracoviště gynekologických ambulancí. A právě tam, podle mého názoru, má porodní asistentka možnost dostat se do úzkého kontaktu s inkontinentní pacientkou, využít svých znalostí a dovedností, odtabuizovat problém úniku moči, pokusit se alespoň zmírnit utrpení pacientky a edukovat ženu o této problematice. Edukace je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče. Ošetrovatelskou péči jsem ve své práci zaměřila na péči porodní asistentky v gynekologických ambulancích.

Cílem mé práce je zjistit informovanost žen o problematice močové inkontinence. Domnívám se, že ženy nejsou kompletně informované o problematice močové inkontinence.

V teoretické části se snažím vysvětlit fyziologii vylučování moči, definici a klasifikaci močové inkontinence, popisují příčiny a rizikové faktory. Vysvětluji metody diagnostiky, dále se snažím přiblížit možnosti léčby močové inkontinence. Na závěr teoretické části se věnuji roli porodní asistentky v péči o inkontinentní ženu v již zmíněných gynekologických ambulancích.

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na zjišťování informovanosti žen o problematice močové inkontinence. Pro tento výzkum jsem vytvořila vlastní dotazníkové šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGIE VYLUČOVÁNÍ MOČI

Vylučování moči závisí na efektivní činnosti ledvin, močovodů, močového měchýře a močové trubice. (11)

1.1 Ledvina

Ledvina (ren, nefros) je párový orgán charakteristického fazolovitého tvaru uložený v retroperitoneálním prostoru. Ledviny jsou obaleny tukovým pouzdem. Krev do ledvin přivádějí renální tepny odstupující z břišní aorty a odvod krve zajišťují renální žíly, které ústí do dolní duté žíly. Na řezu ledviny můžeme rozlišit kůru a dřeň ledviny. Korová vrstva ledviny obsahuje přibližně jeden milión nefronů, což je základní stavební a funkční jednotka ledvin. (4,25)

Nefron je složený z přívodné a odvodné cévy, klubíčka kapilár, váčku a systému ledvinových kanálků. Nefron za jeden den z procházející krve vytvoří tekutinu o objemu 180 litrů. Tato tekutina se nazývá glomerulární filtrát neboli primární moč a z chemického hlediska je podobná krevní plazmě. Toto množství primární moči je obrovské, proto se 99 procent této tekutiny v kanálcích vstřebává zpět do krve. Zbylé jedno procento tvoří moč, která se vyloučí z těla, u dospělého člověka je to asi 1500 mililitrů za den. Funkce nefronu je tedy vrátit většinu primární moči do krevního oběhu. Ledviny jsou tudíž nejdůležitějším orgánem zajišťující regulaci rovnováhy tělesných tekutin. (4,11)

1.2 Močovody

Močovody (uretery) mají trubicovitý tvar, jejich délka je přibližně 20-30 centimetrů a šířka 4-5 milimetrů. Vystupují z ledvinových pánviček a aktivně odvádějí peristaltickými stahy moč do močového měchýře. Frekvence peristaltických vln je 1-5 stahů za minutu. (4,25)

1.3 Močový měchýř

Močový měchýř (vesica urinaria) je svalový dutý orgán, který je uložen za stydkou sponou a plní funkci rezervoáru moči. Jeho stěny jsou elastické, proto má měchýř schopnost roztáhnout se, jeho kapacita je asi 400-600 mililitrů. Při naplnění může vrchol měchýře přesahovat kost stydkou, v extrémních situacích může jeho vrchol dosahovat až k pupku. Stěnu měchýře tvoří sliznice, podslizniční vazivo a svalovina nazývaná detruzor. Detruzor tvoří tři vrstvy, přičemž ve vnější a vnitřní vrstvě jsou svalová vlákna uspořádána podélně a ve střední vrstvě příčně. Trigonum je trojúhelníkovitá oblast vymezená vnitřním ústím močové trubice a oběma ústími močovodů. Trigonum má v jímací fázi vodorovnou polohu a podílí se na uzávěru hrdla močového měchýře. Při mikci vnitřní podélná vrstva svalových vláken detruzoru vytvoří kontrakci, která deformuje trigonum do tvaru nálevky, čímž se otevře hrdlo močového měchýře. Tudíž díky kontrakci detruzoru dochází k mikci a vyprázdnění močového měchýře. (11,12)

1.4 Močová trubice

Ženská močová trubice (uretra) je dlouhá asi dva až čtyři centimetry a je lehce zahnutá pod dolním okrajem spony stydké. Svalovina močové trubice obsahuje hladká svalová vlákna, přestupující z detruzoru, která tvoří vnitřní svěrač uretry. Močová trubice také obsahuje příčně pruhovaná vlákna, která tvoří zevní svěrač uretry, který zaujímá až 80 procent celkové délky trubice. (12,25)

1.5 Močení

Močení (mikce) je vyprázdnění močového měchýře. Je to složitý děj, který je řízen souhrou autonomních nervů a míchy, a kterého se účastní různé svaly a svalové skupiny. Začátek močení je vyvolán podrážděním speciálních senzorických nervových zakončení ve stěně měchýře, které se nazývají receptory napětí. Tento okamžik nastane, když měchýř dospělého člověka obsahuje 250-450 mililitrů moči. U dětí jsou nervy stimulované již při objemu 50-

200 mililitrů. Při podráždění vysílají receptory napětí impulzy do centra močení ve spinální míše, některé impulzy pokračují míchou do centra kontroly močení v mozkové kůře. Když je vhodný čas na vyprázdnění, mozek vyšle impulzy přes míchu do motorických neuronů v křížové oblasti, což způsobí stimulaci parasympatických nervů. Zevní vrstva svaloviny se začne smršťovat a obsah měchýře je vypuzen do močové trubice. Močová trubice je při mikci pasivní. Při vhodném čase i místě na močení se uvolní svaly pánevního dna, zvláště zevní svěrač uretry a dojde k mikci. Zevní svěrač uretry je ovládán vůlí, člověk se v dětství naučí ovládat smrštění tohoto svalu, a tím potlačovat močení. Při mikci má význam i stah svalstva břišní stěny, při kterém dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku, což napomáhá k vyprázdnění močového měchýře. (4,11)

2 DEFINICE INKONTINENCE

„Inkontinence moči je podle definice ICS (International Continence Society) stavem nedobrovolného úniku moči a představuje medicínsko-psychologický a sociálně právní problém.“ (9, str. 127)

V současnosti se označuje termínem inkontinence příznak (symptom), projev (sign) a stav (condition). (15)

Příznak (symptom)

Příznaky dolního močového traktu - LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms). Pacientka popisuje mimovolný únik moči. Jedná se o subjektivní popis nemoci nebo změny stavu tak, jak je vnímá sama pacientka, její partner či pečovatel a vede k vyhledání odborné lékařské pomoci. Žena sděluje příznaky lékařům bez předchozího dotazu nebo je popisuje až během pohovoru. Tyto symptomy bývají obvykle kvalitativní a mohou také vést ke zjištění jiných patologií jako je například infekce močových cest. (15)

Projev (sign)

Projev znamená objektivní průkaz úniku moči. Projevy dysfunkce dolního močového traktu - LUTD (Lower Urinary Tract Dysfunction) jsou sledovány lékařem za použití vyšetřovacích metod k prokázání úniku moči. (15)

Stav, podmínky (condition)

Stavem se rozumí urodynamický průkaz úniku moči.

„Jsou určeny přítomností urodynamických pozorování spolu s charakteristickými příznaky nebo projevy či přítomností neurodynamických důkazů závažných patologických procesů, anebo všech těchto charakteristik dohromady.“ (15)

3 KLASIFIKACE INKONTINENCE

Ženskou močovou inkontinenci je možné dělit vzhledem k širokému spektru příčin z několika hledisek na extrauretrální inkontinenci a uretrální inkontinenci. (1,2,20)

3.1 Extrauretrální inkontinence

Termínem extrauretrální inkontinence se označuje únik moči jinou cestou než uretrou a lze ji ještě rozdělit na dvě formy - a to na kongenitální, neboli vrozenou formu (vrozené vývojové vady) a na získanou formu (různé příčiny). (1, 20)

3.2 Uretrální inkontinence

3.2.1 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je definována jako únik moči, který je spojen s náhlým a neovladatelným pocitem nucení na močení. (2)

„Patofyziologicky může být urgentní inkontinence moči způsobena nadměrnými senzorickými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu.“ (14, str. 36)

Urgentní inkontinence může být:

Motorická - tento typ inkontinence je zapříčiněn patologickými kontrakcemi detruzoru. Vyskytuje se zde nedostatečné nebo porušené centrální tlumení mikčního centra. Mimovolné kontrakci detruzoru následuje únik moči, který je často imperativního charakteru a pacientka mu musí vyhovět. Imperativní nucení na močení, nykturie a pollakisurie patří mezi vedoucí příznaky motorické urgentní inkontinence. (2,14)

Senzorická - Tento typ inkontinence je zapříčiněn hypersenzitivitou receptorů detruzoru. Mikční reflex je vyprovokován zesílenými aferentními impulzy z receptorů, které registrují roztažení stěny močového měchýře. Při cystometrii není prokázána patologická aktivita detruzoru.

Příznaky sensorické urgentní inkontinence jsou stejné jako u motorické urgentní inkontinence, jen únik moči bývá méně častý. Sensorická urgentní inkontinence může být sekundární - vyskytuje se při zánětech nebo nádorech močového měchýře. Označení primární sensorická urgentní inkontinence používáme u těch žen, kde je etiologie neznámá. (2,14)

Hyperaktivní močový měchýř (Overactive bladder) - „Mezinárodní společnost pro kontinenci určila čtyři základní příznaky hyperaktivního močového měchýře:

- *nucení na močení (urgence) – náhlý a nutkavý pocit nutnosti vymočit se, který je obtížné oddálit*
- *inkontinence – jakýkoliv nedobrovolný únik moči*
- *časté močení (frekvence) – příliš časté močení během dne (typicky ≥ 8 mikcí během dne)*
- *nykturie – probouzení se jednou a vícekrát za noc kvůli nucení na močení.“ (14, str. 38)*

Základní příznak hyperaktivního močového měchýře je nadměrně časté nucení na močení. Na rozdíl od fyziologického nucení se dostavuje náhle a nutí ženu k rychlému vymočení, aby nedošlo k odchodu moči. Časté nucení na močení vede ke zvýšení frekvence močení, zkrácení doby mezi mikcemi a ke zmenšení objemu vymočené moči. Pokud je žena kontinentní, používáme termín suchý hyperaktivní močový měchýř. Pokud je žena inkontinentní, hovoříme o mokřím hyperaktivním močovém měchýři. Přítomnost inkontinence není nutná pro diagnostiku hyperaktivního močového měchýře, přibližně dvě třetiny pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem inkontinencí netrpí. (14)

3.2.2 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence se projevuje jako mimovolní únik moči spojený s fyzickými aktivitami, jako je například zvedání předmětů, běhání, skákání nebo kašláním. Únik moči je dán převýšením intrauretrálního tlaku intravezikálním tlakem bez současné kontrakce detruzoru. Příčinou je většinou inkompetence uretry z anatomických důvodů (hypermobilita), která vznikne v důsledku

poškození závěsných a podpurných aparátů uretry nebo špatná funkce vnitřního svěrače močového měchýře. (2,22)

V klinické praxi se používá klasifikace stresové inkontinence podle Ingelmanna-Sundberga. Tato klasifikace rozlišuje dle stupně závažnosti tři stupně:

I. stupeň - K úniku moči dochází v situacích spojených s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku, například při kašli, smíchu, kýchnutí nebo při zvedání těžkých předmětů. Únik moči je charakterizován unikáním po kapkách. Moč odtéká intermitentně.

II. stupeň - K úniku moči dochází v situacích s mírnějším vzestupem intraabdominálního tlaku, například při lehčí fyzické práci, běhu nebo chůzi do schodů.

III. stupeň - K úniku moči dochází při minimálním vzestupu nitrobrišního tlaku, tzn. při chůzi, v klidu při vzpřímené poloze i vleže. Moč odtéká prakticky neustále.

(6,21)

3.2.3 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence je spíše vzácná forma inkontinence. Objevuje se u pacientů s poraněním míchy, kdy je inkontinence následkem hyperaktivity detruzoru při absenci senzitivní složky. Pacient nemívá nucení na močení, únik je zapříčiněn hyperreflexií detruzoru. (2,21)

3.2.4 Inkontinence z přetékání

Inkontinence z přetékání je spíše znám pod názvem paradoxní ischurie a je definována jako mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři. Únik moči nastane, když intravezikální tlak převyší maximální uretrální tlak. S tímto stavem se setkáváme nejvíce v pooperačním období, kdy má pacient porušenou inervaci močového měchýře. Úniky malého množství moči jsou časté i po několika minutách. Pacientovi chybí pocit nucení na močení a nad sponou stydkou můžeme hmatat přeplněný močový měchýř, který někdy sahá až k pupku a jehož objem dosahuje nezřídka i litr moči. (2,21)

3.2.5 Enuréza

Enuréza neboli noční pomočování je velmi časté u dětí, ale i v dospívání. Spina bifida (vrozená vada páteře a míchy) je každoročně zjištěna až u 7000 novorozenců. Až osmdesáti procentům osob takto postižených se nikdy nepodaří plně ovládat svůj močový měchýř. (2)

3.2.6 Smíšená inkontinence

Smíšená inkontinence znamená současný výskyt stresové a urgentní inkontinence moči. Obvykle se nejprve zahajuje léčba urgentní inkontinence se současným prováděním konzervativní léčby stresové inkontinence. Po 2-3 měsících léčby se zhodnotí urgentní a stresová složka a případně se stresová inkontinence řeší operativně. (2)

3.2.7 Přejídná inkontinence

Přejídná inkontinence se vyskytuje u stavů bezvědomí, při užívání různých léků, například diuretik, spasmolytik, antiparkinsonik, alfa-mimetik, při uroinfekci nebo při atrofické uretritidě. Někdy je tento typ inkontinence zapříčiněn psychikou, setkáváme se s ním u pacientů s těžkými depresemi nebo u starých osob s demencí. Také omezená mobilita u nepohyblivých pacientů narušuje mikční režim a může způsobit inkontinenci. Na poruchách mikce se mohou podílet i zácpa, průjem a zánět konečníku. (2)

4 PŘÍČINY INKONTINENCE

Příčinou inkontinence mohou být abnormality močového měchýře, abnormality svěrače a jiné možné příčiny. (2)

4.1 Abnormality močového měchýře

Abnormality močového měchýře zahrnují zvýšenou aktivitu, při které se vyskytují mimovolní stahy detruzoru, dále hyperreflexii detruzoru způsobenou neurologickou příčinou (Parkinsonova choroba, mozkový nádor) a instabilitu detruzoru, která se vyskytuje například u stavů po radikálních operacích v pánvi nebo při dlouhodobě zavedené močové cévce. (2)

4.2 Abnormality svěrače

Do této skupiny se řadí hypermobilita močové trubice, při níž dochází k abnormálnímu přenosu tlaků a změnám anatomických poměrů. A dále insuficience svěrače, která má za následek nedostatečnou funkci uzávěrového mechanismu. (2)

4.3 Jiné možné příčiny

Další možné příčiny mohou být operační výkony v oblasti pánve, operace a jizvení močové trubice, porody, ochablost svalů pánevního dna, stárnutí, hypoestrogenní stavy. (2)

5 RIZIKOVÉ FAKTORY INKONTINENCE

Rizikové faktory pro vznik inkontinence se mohou dělit na predisponující, vyvolávající, podporující a dekompenzující. (2)

5.1 Predisponující rizikové faktory

Z hlediska rodinné predispozice při rozvoji inkontinence hrají roli genetické a dědičné faktory. U žen, jejichž matka nebo starší sestra trpí inkontinencí, je větší riziko vzniku a rozvoje inkontinence. V případě, že je inkontinentní matka i babička, pravděpodobnost vzniku močové inkontinence se ještě zvětšuje. (2)

Nejvíce prozkoumaný predisponující faktor je pohlaví. Ženy nad 60 let mají 1,5-2 krát vyšší výskyt inkontinence než muži. U mladších žen je výskyt 3-7 krát vyšší. (2)

Podle nedávných studií je prokázáno, že stresovou inkontinencí trpí spíše bělošské ženy. (2)

Dalšími predisponujícími faktory jsou anatomické, neurologické a svalové abnormality. (2)

„Existuje určitá variabilita anatomie pánevního dna. Vrozené defekty dělohy, močové trubice či píštěle způsobující různý stupeň inkontinence. Vrozené neurologické poruchy (spina bifida) nebo traumata mozku a míchy (úrazy, krvácení, infarkty) jsou další možnou příčinou vzniku inkontinence.“ (2, str. 30)

5.2 Vyvolávající rizikové faktory

Je prokázaná souvislost těhotenství se vznikem stresové inkontinence. Během porodu mohou být poškozeny struktury pánevního dna. Riziko vzniku inkontinence je vyšší při porodech pomocí nástrojů, císařským řezem, protrahovaných porodech a při provedení epiziotomie. První těhotenství a průběh porodu mají největší vliv na vznik inkontinence. Další porody pro vznik močové inkontinence již nemají takový význam. (2)

Mezi další vyvolávající rizikové faktory patří nežádoucí účinky pánevní chirurgie a radioterapie. Mnoho chirurgických výkonů v oblasti pánve, stejně

jako ozařování malé pánve, způsobují poškození svalů a nervů, jež má za následek vznik močové inkontinence. (2)

5.3 Podporující rizikové faktory

Do této skupiny rizikových faktorů se řadí obezita, která přispívá k poklesu pánevních orgánů a k zeslabení svalstva pánevního dna. Obezita je velmi podporující faktor pro vznik zejména stresové inkontinence. Dále chronická zácpa, při které dochází k opakovanému namáhání struktur pánevního dna. Mezi další podporující faktory se řadí poruchy pánevního dna (vaginální prolaps), infekce močových cest, neurologická onemocnění, deficit estrogenů v menopauze, některé léky a kouření (způsobuje chronický kašel). (2,18)

5.4 Dekompenzující rizikové faktory

„Dekompenzující faktory samy o sobě nezpůsobují inkontinenci, ale u pacientů s vyvolávajícími, podporujícími a predisponujícími faktory může nekompenzující faktor být jazyčkem na vahách, který způsobí vznik inkontinence.“ (2, str. 33)

Patří sem věk, demence, debilita, komorbidity a vlivy prostředí. (2)

6 PREVENCE VZNIKU INKONTINENCE

Mezi základní prvky prevence inkontinence patří navození správných mikčních návyků v dětství, pravidelně močit každých 4-5 hodin, plus vymočení se před spaním. Je vhodné močit s plným močovým měchýřem. Důležité je při mikci zajistit klid a intimní prostředí. Žena by si měla udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost, dostatečný pohyb a vyhýbat se fyzicky náročné stereotypní práci. Význam má dodržování vhodného pitného režimu, který spočívá v denním příjmu alespoň 2 litrů tekutin a v eliminaci nápojů s obsahem kofeinu a alkoholu. (18)

Dále je důležitá hygiena pohlavního života a předcházení močopohlavních infekcí, a to včetně dodržování správné a důkladné léčby. Posilování svalů pánevního dna má velký podíl na prevenci inkontinence, je však důležité provádět cviky pravidelně a dlouhodobě. Roli hraje i včasná hormonální substituce v období klimakteria, která podporuje funkci závěsného aparátu vnitřních pohlavních orgánů a dolních močových cest. (1,18)

7 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE

Pouze kvalitní spolupráce praktického a odborného lékaře může vést ke stanovení správné diagnózy, která je zásadní pro zvolení nevhodnějšího léčebného postupu. (2,14)

7.1 Základní vyšetření praktického lékaře

7.1.1 Anamnéza

Odběr anamnézy je stále nedílnou součástí vyšetření, může nám posloužit jako zdroj cenných informací. Sama o sobě však nemůže určit konečnou diagnózu. Správně odebranou anamnézu tvoří celistvý soubor cílených otázek. Získávají se informace o frekvenci úniku moči, fyzické a psychické aktivity během úniku, pocitech nucení na močení a také o stavech, kdy dochází ke zlepšení či vymizení úniku moči. Dále se zjišťuje gynekologická anamnéza, jiná onemocnění, pohyblivost pacienta, sexuální anamnéza, předchozí operace a celkový stav pacienta. (2,5)

7.1.2 Zhodnocení symptomů

Velmi jednoduchý a neinvazivní způsob vyšetření zajišťuje mikční deník (viz Příloha č. 2). Pacientka, vedením tohoto deníku může lékaři pomoci v odhalení příčiny inkontinence i ve zvolení správného léčebného postupu. Mikční deník může ukázat i míru efektivity léčby. Využitelné údaje poskytuje pouze správně vyplněný mikční deník. Pacientku je proto nutné pečlivě edukovat o způsobu vyplnění, a to jak verbální, tak písemnou formou. Pokud je takto učiněno, správně vyplněný mikční deník přinese více než 95 procent pacientek. Doba vedení deníku se volí individuálně, nejvíce se pohybuje kolem jednoho týdne. Existují čtyři typy mikčních deníků, liší se množstvím informací v nich obsažených. Nejvíce se v klinické praxi využívá Tabulka frekvence/objem (frequency-volume chart). (2,5)

„Při minimální námaze, kterou je pacientka při jeho vyplnění nucena vynaložit, poskytuje maximum využitelných informací. Zachycuje přesný počet

mikcí, úniků a zároveň zaznamenává množství vyloučené moči, čímž de facto popisuje 24hodinovou diurézu a umožňuje srovnání denní a noční diurézy.“
(5, str. 29)

7.1.3 Fyzikální vyšetření

Praktický lékař při fyzikálním vyšetření pozoruje znaky, které mohou souviset s inkontinencí. Mezi základní vyšetření patří vyšetření břišní stěny, zevního genitálu, rekta, vaginy a orientační neurologické vyšetření. (2)

7.1.4 Biochemická vyšetření

Další vyšetření, které provádí praktický lékař je rozbor moči, a to vyšetření moči chemicky, vyšetření močového sedimentu a mikrobiologické vyšetření moči. Nález erytrocytů, leukocytů a recidivující bakterie v moči se považují za patologii a musí následovat urologické vyšetření. (2)

7.2 Základní vyšetření odborného lékaře

Další speciální vyšetření provádí urolog či urogynekolog. Základní vyšetření rozšiřuje o funkční sonografii dolních močových cest, cystourethrografii. Dále o instrumentální vyšetření, jako je uretrocystoskopie a kalibrace močové trubice. Urolog často využívá Gaudenzův dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence. Tento dotazník (viz Příloha č. 3) obsahuje 26 otázek, odpovědi se hodnotí body a výsledek se vyhodnocuje grafem. Dalším dotazníkem zaměřeným na únik moči je například Dotazník hodnotící hyperaktivní močový měchýř. V urologické ambulanci se dále vyhodnocují specializované testy. (2)

Marshallův-Bonneyho test – Močový měchýř se naplní 200 mililitrů sterilní tekutiny a pacientka se vyzve k maximálnímu zakašlání, přičemž je zaznamenám únik moči. Lékař poté zavede dva prsty do pochvy tak, aby zdvihnul přední stěnu pochvy v místě uterovezikální junkce, ovšem bez komprimování uretry. Pacientka se opět vyzve k zakašlání. Pokud tlak prstů zabrání úniku moči, je podle Bonneyho indikována přední poševní plastika.

Bohužel se zde nevylučuje určitá komprese uretry, která vede k falešnému výsledku testu, tudíž tento test je pro praxi nevhodný. (5,14)

Q-tip test – Poskytuje orientační posouzení uretry a mobility uretrovezikální junkce. Do uretry na úroveň krčku močového měchýře je zasunuta sterilní lubrikovaná štětka, pacientka se poté vyzve k zatlačení. Štětka je posunována rotačním pohybem uretrovezikální junkce směrem vzhůru. Ortopedickým goniometrem je měřen úhel posunu vůči horizontále. Úhly jsou měřeny v klidu a při zatlačení, jejich rozdíl více jak 30 stupňů svědčí pro hypermobilitu uretry. (5,14)

Pad-weight test – Mezinárodní společnost pro kontinenci doporučila provádět jednoduchý standardní klinický jednohodinový test vážení vložek před běžnými aktivitami a po nich. Tento test začíná zvážením vložek či plen, poté pacientka provádí předepsané činnosti: vypije 500 mililitrů tekutiny, a to v sedě a v klidu, 30 minut chodí, včetně chození do schodů, 10krát provede stoj ze sedu, 10krát zakašle, poté provede minutový běh na místě, ohne se a zvedne malý předmět z podlahy, nakonec provede minutové mytí rukou v tekoucí vodě.

Po skončení testu jsou vložky či pleny opět zváženy. Test je pozitivně vyhodnocen, pokud je únik moči větší než 2 gramy moči. (2,14)

7.3 Urodynamické vyšetření

„Urodynamické vyšetřovací metody jsou souborem metod, vyšetřujících funkci dolních etáží močového traktu (močový měchýř, uretra, svalstvo pánevního dna). Jsou indikovány u všech druhů mikčních poruch jako základní diferenciativně diagnostické vyšetření.“ (16, str. 158)

7.3.1 Cystometrie

Cystometrie slouží ke zhodnocení vztahu mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře. Používá se cystometrie vodní, kdy je médiem fyziologický roztok ohřátý na tělesnou teplotu nebo cystometrie plynová, kdy je médiem oxid uhličitý. Pacientce, která leží na zádech, se během vyšetření provádí provokační manévry, jako například Valsalvův manévr, poklep

nad sponu stydkou, nebo je pacientka vyzvána ke kašli či změně polohy. Na cystometrické křivce se hodnotí velikost náplně při prvním nucení na močení, kapacita měchýře při maximálním nucení, maximální dosažený tlak v měchýři a zda jsou či nejsou přítomny samovolné stahy detruzoru. Význam cystometrie je především v diagnostice funkce detruzoru. (2,16)

7.3.2 Uretrální tlakový profil

Uretrální tlakový profil poskytuje údaje o intrauretrálním tlaku podél uretry. Klidový profil, bez aktivní účasti pacientky má malý význam pro určení funkce uretry. Stresový profil, kdy je pacientka vyzvána ke kašli, je z hlediska praxe užitečnější. V případě jeho positivity je považován za doklad inkompetence uretry. (1,16)

7.3.3 Uroflowmetrie

„Při uroflowmetrii se jedná o měření průtoku moče při močení. Slouží především k diagnostice infravesikálních obstrukcí. Na záznamu hodnotíme délku mikce, maximální průtok, průměrný průtok a další parametry, ze kterých lze posoudit vypuzovací funkci měchýře, či překážky v odtoku moči.“
(16, str. 159)

7.3.4 Elektromyografie

Elektromyografie se zabývá elektrickými potenciály vzbuzenými depolarizací příčně pruhovaného svalstva pánevního dna za použití jehlových nebo povrchových elektrod. Nejvíce se tato metoda využívá k ověření funkce sfinkteru, detruzoru a hodnotí funkce pánevního dna při zátěžových testech. Dále pomáhá při hodnocení efektu elektrostimulační terapie a gymnastiky svalů dna pánevního. Elektromyografie se provádí v kombinaci s jiným urodynamickým vyšetřením, nejčastěji s uroflowmetrií a cystometrií. (14)

8 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE

Do možností léčby inkontinence patří různé metody, jako například posilování svalů pánevního dna, pesaroterapie, elektrostimulace, hormonální substituční léčba, medikamentózní léčba a operační léčba. (1,17)

8.1 Posilování svalů pánevního dna

Mezi bezesporu úspěšné fyzioterapeutické metody patří Kegelovy cviky, pojmenované podle amerického gynekologa Arnolda Kegela. Posilování svalů pánevního dna je využíváno u stresové a smíšené inkontinence. Toto cvičení je složené ze soustav určitých cviků (viz Příloha č. 4) a je zaměřeno na posilování svalů pánevního dna. Cvičení se doporučuje jako léčba méně závažné stresové inkontinence, i jako prevence vzniku inkontinence. Důraz je kladen na edukaci pacientky, neboť jen dobře poučená žena může kvalitně spolupracovat. Efekt léčby závisí na motivaci pacientky a pro jeho zachování je důležité pokračovat ve cvičení i po vymizení potíží. Pro měření efektu léčby se používá jednoduchý přístroj (perineometr), pomocí kterého je zaznamenávána zvýšená kontrakční schopnost svalů pánevního dna. (1,2,5)

Vlastní technika cvičení Kegelových cviků má čtyři fáze:

- Vizualizace, která slouží k uvědomování si svalů a k ozřejmění anatomických poměrů. Tato fáze je prováděna v domácím prostředí pomocí zrcátka.
- Relaxace, kdy pacientka leží na zádech, nohy si může pod kolena vypočložit, relaxuje a soustřeďuje se na aktivaci požadovaných svalů.
- Izolace, při které probíhá nácvik izolovaného stahu konečníku a pochvy. Je důležité zapojení správných svalů, nezaměňovat stah pánevního dna za práci břišních svalů. Pro nácvik izolace se klientkám doporučuje zadržování proudu moče při močení nebo zavedení dvou prstů od sebe oddálených prstů do pochvy, které se při adekvátním stahu přiblíží.

- Vlastní posilování, kdy se žena snaží udržet stah od jedné do sedmi sekund. Opakování stahů se pohybuje na počátku od 80 ke konečným 300 stahům za den. Pokud pacientka zvládne popsané cvičení vleže, může poté volit i jiné polohy.

(2,5)

8.2 Pesaroterapie

Podpůrné vaginální pesary mohou být v určitých případech alternativou operační léčby, zejména pro pacientky, které nemohou z různých důvodů podstoupit operaci, ale i pro ženy, které již operační léčbu podstoupily, ale nebylo docíleno předpokládaného efektu. Někdy se využívají u pacientek, které na operační řešení teprve čekají. Vaginální pesary mění anatomické poměry a tím redukuje či odstraňuje příznaky stresové inkontinence. (2,5)

8.3 Elektrostimulace

Elektrická stimulace je léčebná metoda používaná u všech typů inkontinence. U urgentní inkontinence tlumí detruzor a u stresové inkontinence aktivuje svěrač. V dnešní době se převážně používají povrchové elektrody s možností aplikace na kůži, vaginálně, uretrálně a rektálně. Existuje řada moderních přístrojů s možností individuálního ovládní frekvence a intenzity. Nevýhodou je dočasný efekt, který po ukončení léčby vymizí. (1,2)

8.4 Hormonální substituční léčba

„Receptory pro estrogen a progesteron se nacházejí ve vagině, v uretře, v močovém měchýři a v pánevním dnu. Vzhledem k příznivému trofickému vlivu estrogenů na uretrální epitel, subepiteliální vaskularizaci a uretrální a periuretrální kolagenní pojivovou tkáň a prokázanému vlivu na zvýšení koncentrace alfa-adrenergických receptorů hladké svaloviny uretry a jejich citlivosti adrenergní stimulaci se předpokládá jejich pozitivní efekt v léčbě stresové inkontinence moči u postmenopauzálních žen.“ (2, str. 58)

Bylo prokázáno subjektivní zlepšení příznaků, ale to může být způsobeno celkovou pohodou pacientky, kterou estrogény navozují. V současnosti bylo zjištěno, že samotné estrogény léčebný efekt nemají. Navíc nedávné poznatky o dlouhodobém užívání estrogenů poukázaly na zvýšení rizika vzniku karcinomu prsu, ovaria a srdečních příhod. (2)

8.5 Medikamentózní léčba

Tato léčba vychází z inervace orgánů močového ústrojí. Léčba alfa-sympatomimetiky působí na hladké svalstvo v uretře, čímž zvyšuje uzávěrový tlak uretry během plnění močového měchýře i při močení. Využívá se podávání periferního selektivního alfa-sympatomimetika – midodrinu (lék Gutron), který ovlivňuje stresovou inkontinenci. Doménou medikamentózní léčby je urgentní inkontinence, kdy se využívá aplikace beta-sympatomimetik – klenbuterolu (lék Spiropent). Při jejich aplikaci je využíván vliv beta-receptorů sympatiku na relaxaci svaloviny měchýře. Lékem první volby u smíšené inkontinence je tricyklické antidepresivum imipramin (Melipramin), které způsobuje relaxaci měchýře a stah uretrálního svěrače. (1,14)

8.6 Operační léčba

Operační léčbou lze řešit inkontinenci stresového a urgentního typu. Cílem operativních výkonů na močovém měchýři a močové trubici je obnovení anatomických poměrů uložení močového měchýře a močové trubice. Stresovou inkontinenci lze řešit závěsnou retropubickou operací, transvaginální suspenzí hrdla měchýře, transuretrálními implantáty a umělým svěračem uretry. V současnosti se dává přednost miniinvazivním operačním metodám - TVT, TVT-O a TVT-S. (18,22)

TVT (tension free vaginal tape) – Tahu prostá poševní páska se zavádí jehlou minimálně invazivním způsobem z drobné vaginální incize pod močovou trubicí a je vyvedena v podbřišku. Páska vytvoří oporu močové trubice a odolá jakémukoliv tlaku, který zde působí. Při zvýšení nitrobřišního tlaku močová trubice zůstává uzavřena a k úniku moči nedochází. Během výkonu, který se provádí v lokálním znecitlivění nebo v epidurální anestezii, pacientka s lékařem

spolupracuje, na výzvu lékaře s naplněným močovým měchýřem zakašle, aby mohla být páska správně umístěna. (18)

TVT-O (tension free vaginal transobturator tape) – *„Z drobného řezu asi 1 cm od zevního ústí močové trubice se zavede páska pod močovou trubici a konec pásky se vyvede v oblasti genitofemorální rýhy (přechod mezi stehnem a velkými stydkými pysky) v úrovni 2 cm nad močovou trubicí. Páska se nefixuje. Je vyrobena z materiálu, který se dobře sám zafixuje v měkkých tkáních.“* (24)

TVT-S (tension free vaginal tape secure) – Oproti stávajícím metodám se používá pouze velmi krátká polypropylenová páska, která slouží ke stabilizaci močové trubice. Konce pásky pokryty vstřebatelným materiálem umožní rychlou fixaci pásky v dané pozici. (18)

U urgentní inkontinence se provádí náhrada močového měchýře, supravezikální derivace moči a augmentační cystoplastika. Augmentační cystoplastika spočívá v použití části gastrointestinálního traktu, nejčastěji preterminální kličky ilea, ke zvětšení objemu močového měchýře. Tato část tenkého střeva je našita na vrchol močového měchýře, tím je zvětšena kapacita měchýře, dále se zvýší jímací schopnosti a sníží se stažlivost a tlak vyvolávaný detruzorem. Jedná se o rozsáhlý výkon s porušením celistvosti zažívacího traktu. (13,22)

9 PÉČE O PACIENTKU S INKONTINENCÍ

9.1 Význam pojmu ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče je soubor specializovaných činností vedoucí k uspokojování potřeb pacienta, kterému je poskytována zdravotní péče za účelem ochrany, upevnění a návratu zdraví týmem kvalifikovaných pracovníků, a to na základě ordinace lékaře nebo z vlastní iniciativy. (23)

9.2 Role porodní asistentky v péči o inkontinentní pacientku

Porodní asistentka v ambulantní péči je první, s kým se pacientka v ordinaci setkává. Pacientka k ní vzhlíží jako ke zdroji informací, které by jen stěží získala od lékaře. Ženy trpící inkontinencí mnohem lépe spolupracují, pokud jsou dobře poučeny o této problematice. Z tohoto důvodu je velmi důležitá edukace pacientek. (7,8)

9.2.1 Význam pojmu edukace

Edukace česky znamená výchova, při poskytování zdravotní péče se jedná o zdravotní výchovu. Za edukaci se nepovažuje pouhé podání informace ani prosté poučení o konkrétní věci. Edukace se provádí osobním jednáním sestry nebo pomocí pomůcek, například pomocí obrázků nebo tiskovin. Výchova je prováděna u pacientů, jejich rodinných příslušníků, ale i u veřejnosti. (23)

9.2.2 Edukace inkontinentní pacientky

Porodní asistentka v ambulantní péči je mnohdy jediným člověkem, kterému se žena se svými problémy svěří. Měla by tedy potenciál svých znalostí co nejlépe využít k edukaci pacientky i její rodiny, a tím se pokusit alespoň zmírnit utrpení pacientky. Edukace může být možností, jak pomoci lidem trpícím močovou inkontinencí a je jedním z hlavních úkolů zdravotnického personálu. (7,19)

Důležité je pacientku poučit o dodržování pitného režimu, zaměřit se zejména na správné návyky v přísunu tekutin. Příjem tekutin by měl být denně alespoň 2 litry, neměl by být nárazový. Je vhodné nepřijímat tekutiny 2 – 3 hodiny před spaním. Pacientka by měla eliminovat nápoje s obsahem kofeinu

a alkoholu. Dále je nutno poučit ženu o dostatečném pohybu a redukci nadváhy. Je vhodné pacientku upozornit na nošení vhodného oblečení, které se snadno svléká, a tudíž zamezuje situacím, kdy obtížnost svlékání způsobí pomočení. Žena by měla dále být seznámena s prováděním a dodržováním osobní hygieny, včetně ochrany pokožky před opruzením a zápachem. Pacientku také poučíme o rizikových faktorech, které mohou způsobit močovou inkontinenci a dále o typech inkontinenčních pomůcek, včetně jejich použití. Důležitým upozorněním je také vyhýbat se prochlazení. Pacientka by měla pochopit význam cviků na posílení pánevního dna, stejně tak jako důležitost jejich pravidelného provádění. (3,10)

PRAKTICKÁ ČÁST

10 FORMULACE PROBLÉMU

Téma mé bakalářské práce je „Inkontinence a péče porodní asistentky“. Hlavním cílem této práce je zjistit informovanost žen o problematice močové inkontinence. Dále zjistit, z jakých zdrojů ženy získávají informace o této problematice, zda ženy znají rizikové faktory vzniku močové inkontinence, zda ženy trpící močovou inkontinencí znají inkontinenční pomůcky a které nejčastěji používají. Jestli ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají cviky na posílení pánevního dna a jak často je cvičí, dále zda ženy trpící močovou inkontinencí znají typ své inkontinence a možnosti její léčby.

10.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit informovanost žen o problematice močové inkontinence.

10.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, z jakých zdrojů (odkud) ženy získávají informace o problematice močové inkontinence.

Cíl 2: Zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory vzniku močové inkontinence.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky. Pokud ano, které nejčastěji používají.

Cíl 4: Zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají cviky na posílení pánevního dna. Pokud ano, jak často je cvičí.

Cíl 5: Zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence.

Cíl 6: Zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence.

11 HYPOTÉZY

H1: Domnívám se, že ženy získávají informace o problematice močové inkontinence od lékaře.

Kritérium k H1: Více jak polovina žen získala informace o problematice močové inkontinence od lékaře.

H2: Předpokládám, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory ovlivňující vznik močové inkontinence.

Kritérium k H2: Více jak polovina žen bude znát alespoň 3 z 5 rizikových faktorů ovlivňující vznik močové inkontinence.

H3a: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky.

H3b: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, používají nejčastěji inkontinenční vložky.

H4: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, cvičí cviky na posílení pánevního dna.

Kritérium k H4: Více než polovina žen bude cvičit cviky na posílení pánevního dna.

H5: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence.

Kritérium k H5: Více jak polovina žen bude znát typ své močové inkontinence.

H6: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence.

12 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazník (viz Příloha č. 1) byl určen ženám, které trpí močovou inkontinencí. Respondentky jsem oslovila na gynekologicko-porodnických ambulancích v Blovicích, v Nezvěsticích, ve Starém Plzenci a v Tachově. Oslovila jsem i ženy v ordinacích praktických lékařů v Blovicích, kam si inkontinentní ženy chodí předepisovat inkontinenční pomůcky.

13 METODY VÝZKUMU

Zvolila jsem si metodu kvantitativního výzkumu. Údaje, které jsou zpracovány v této práci, jsem získala pomocí anonymního dotazníku, který byl rozdán po gynekologicko-porodnických ambulancích v Blovicích, v Nezvěsticích, ve Starém Plzenci a Tachově. Dále pak i v ordinacích praktických lékařů v Blovicích. Před započítáním výzkumu jsem ústně oslovila lékaře jednotlivých soukromých ambulančí, aby byli informováni o důvodu výzkumu. Oslovení lékaři projevili ochotu spolupracovat. Výzkum probíhal od listopadu 2011 do února 2012. Dotazník se skládal ze 17 otázek, z toho 16 otázek bylo uzavřených a 1 otázka byla otevřená. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z toho byla návratnost 105 dotazníků. Z důvodu nekompletního vyplnění bylo vyřazeno 11 dotazníků. Pro zpracování tohoto výzkumu bylo použito 94 dotazníků - tudíž 78%.

14 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Zpracování údajů dotazníku pro ženy trpící močovou inkontinencí

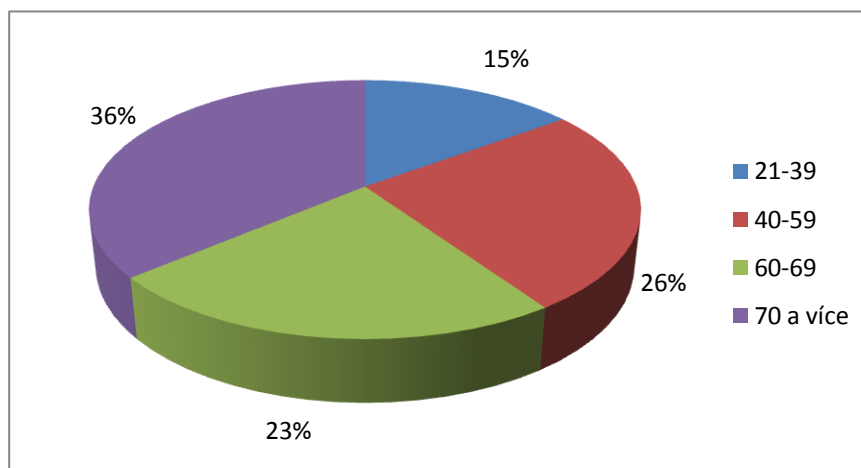
Grafické vyhodnocení otázky č. 1

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

Tabulka č. 1 – vyhodnocení údajů otázky č. 1

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
21-39	14	15
40-59	24	26
60-69	22	23
70 a více	34	36
Celkem	94	100

Graf č. 1 – zpracování údajů otázky č. 1



Shrnutí: Tato otázka byla směřována ke zjištění, která věková skupina je nejvíce postižena močovou inkontinencí. Z celkového počtu 94 respondentek uvedlo 14 žen (15%) věk 21-39 let, 24 žen (26%) věk 40-59 let, 22 žen (23%) věk 60-69 let. Nejvíce zastoupená odpověď byla věková kategorie 70 a více let, kterou označilo 34 žen (36%).

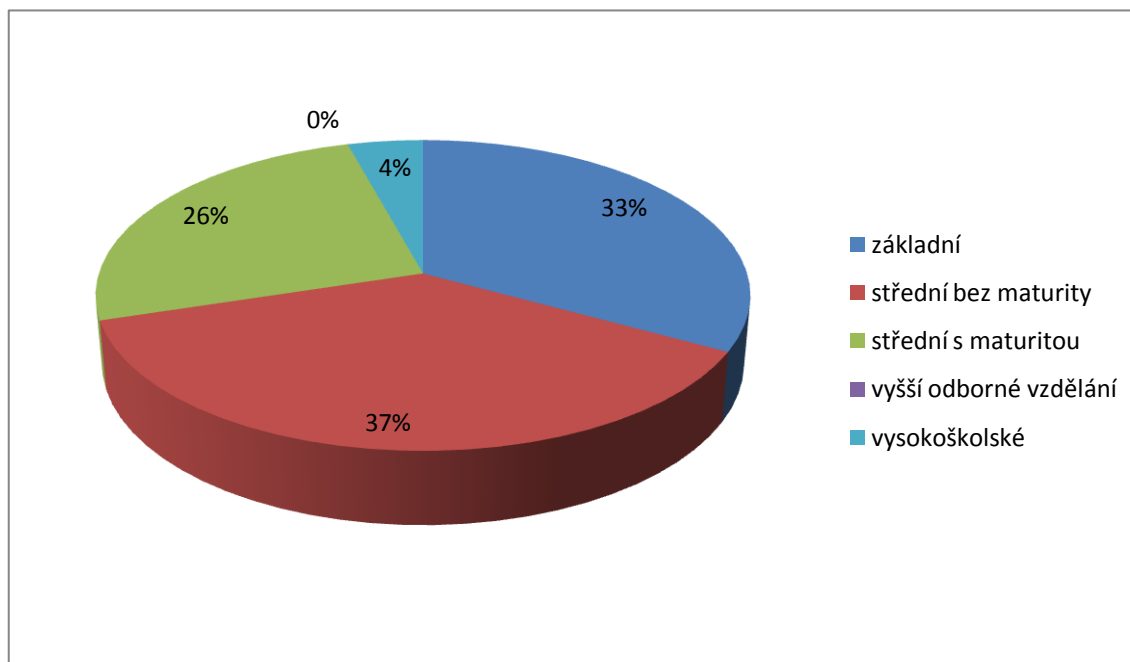
Grafické vyhodnocení otázky č. 2

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

Tabulka č. 2 – vyhodnocení údajů otázky č. 2

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
základní	31	33
střední bez maturity	35	37
střední s maturitou	24	26
vyšší odborné vzdělání	0	0
vysokoškolské	4	4
Celkem	94	100

Graf č. 2 – zpracování údajů otázky č. 2



Shrnutí: U této otázky jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Ukázalo se, že z 94 dotazovaných má nejvyšší dosažené vzdělání základní 31 žen (33%), střední bez maturity 35 žen (37%), střední s maturitou 24 žen (26%), vyšší odborné vzdělání 0 žen (0%) a vysokoškolské 4 ženy (4%).

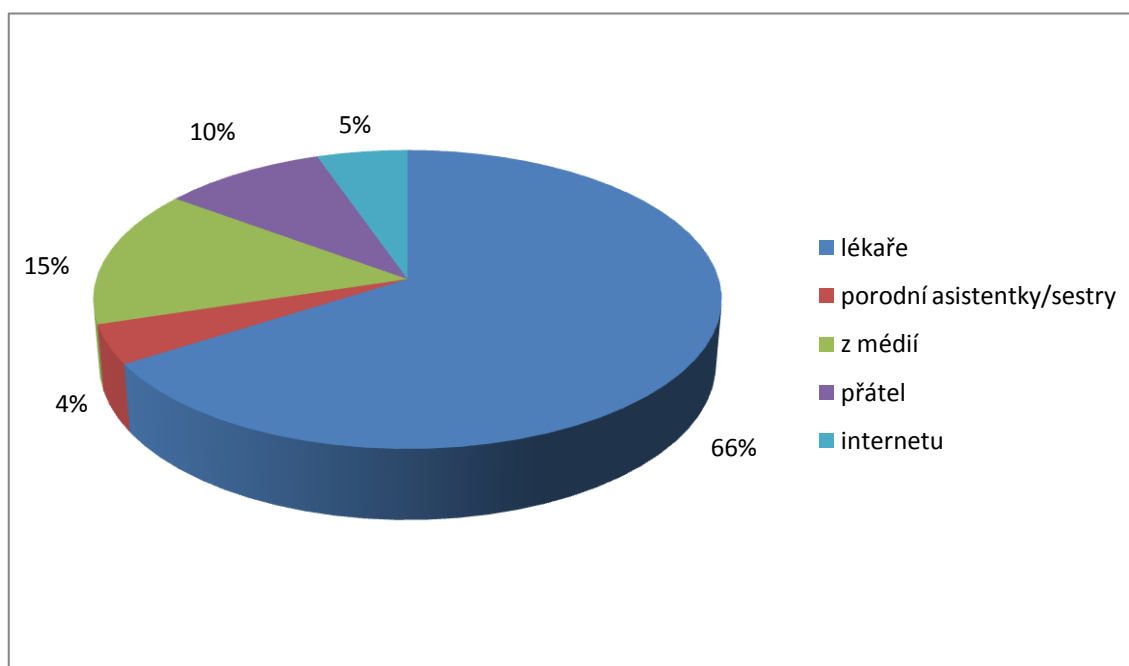
Grafické vyhodnocení otázky č. 3

Otázka č. 3 – Informace o inkontinenci jste získala od :

Tabulka č. 3 – vyhodnocení údajů otázky č. 3

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
lékaře	62	66
porodní asistentky/sestry	4	4
z médií	14	15
přátel	9	10
z internetu	5	5
Celkem	94	100

Graf č. 3 – zpracování údajů otázky č. 3



Shrnutí: Z výsledků znázorněných v grafu a v tabulce vyplývá, že 62 žen (66%) získalo informace o inkontinenci od lékaře, 4 ženy (4%) od porodní asistentky/sestry, 14 žen (15%) z médií, 9 žen (10%) od přátel a 5 žen (5%) získalo informace o inkontinenci z internetu.

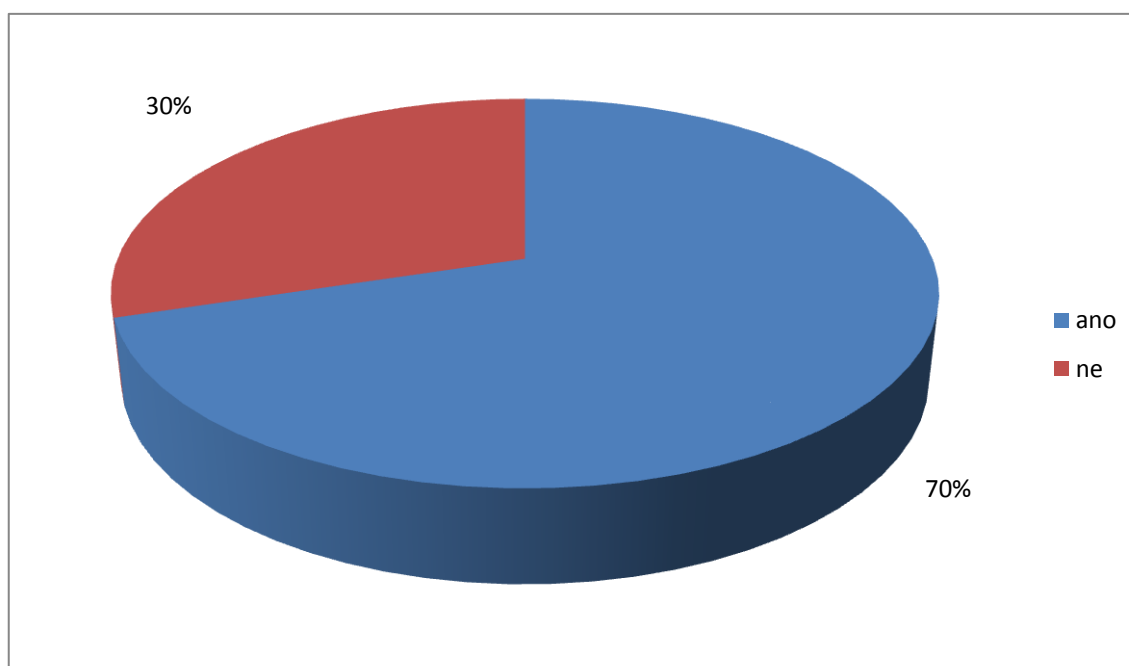
Grafické vyhodnocení otázky č. 4

Otázka č. 4 – Znáte rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence?

Tabulka č. 4 – vyhodnocení údajů otázky č. 4

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	66	70
ne	28	30
Celkem	94	100

Graf č. 4 – zpracování údajů otázky č. 4



Shrnutí: 66 žen (70%) uvedlo, že zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Zbýlých 28 žen (30%) není s touto problematikou seznámeno.

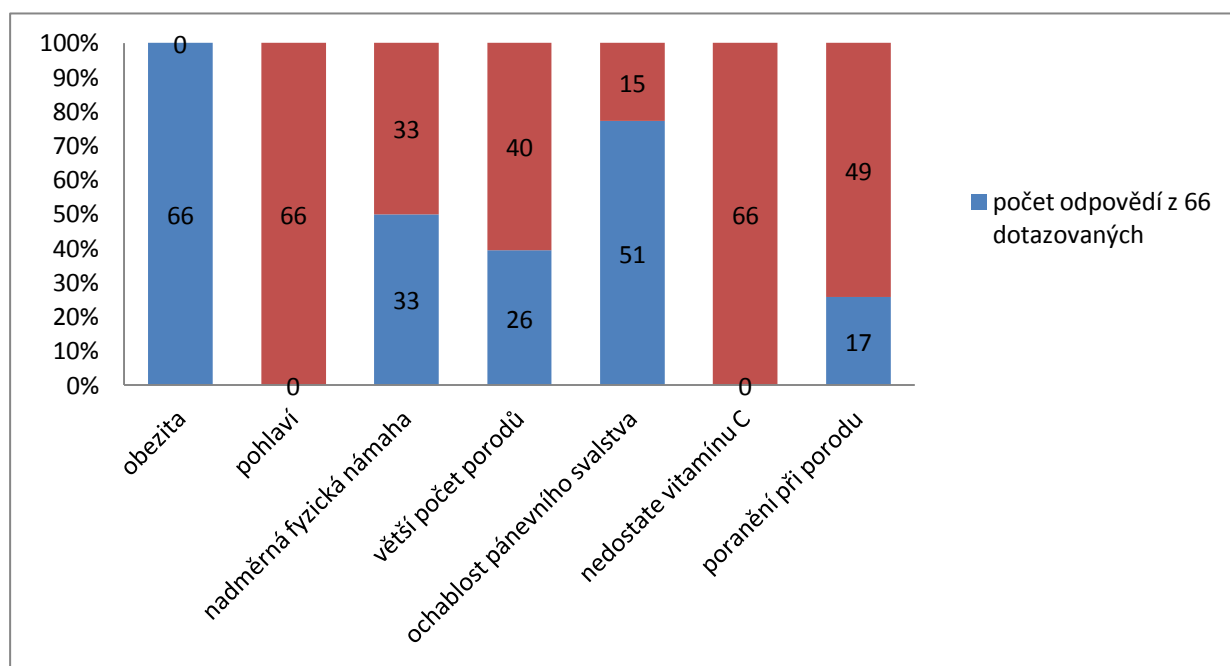
Grafické vyhodnocení otázky č. 5

Otázka č. 5 – Pokud ano, zakroužkujte, které znáte (možnost více odpovědí):

Tabulka č. 5a – vyhodnocení údajů otázky č. 5

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
obezita	66	100
pohlaví	0	0
nadměrná fyzická námaha	33	50
větší počet porodů	26	40
ochablost pánevního svalstva	51	77
nedostatek vitamínu C	0	0
poranění při porodu	17	26
Celkem	193	66 = 100%

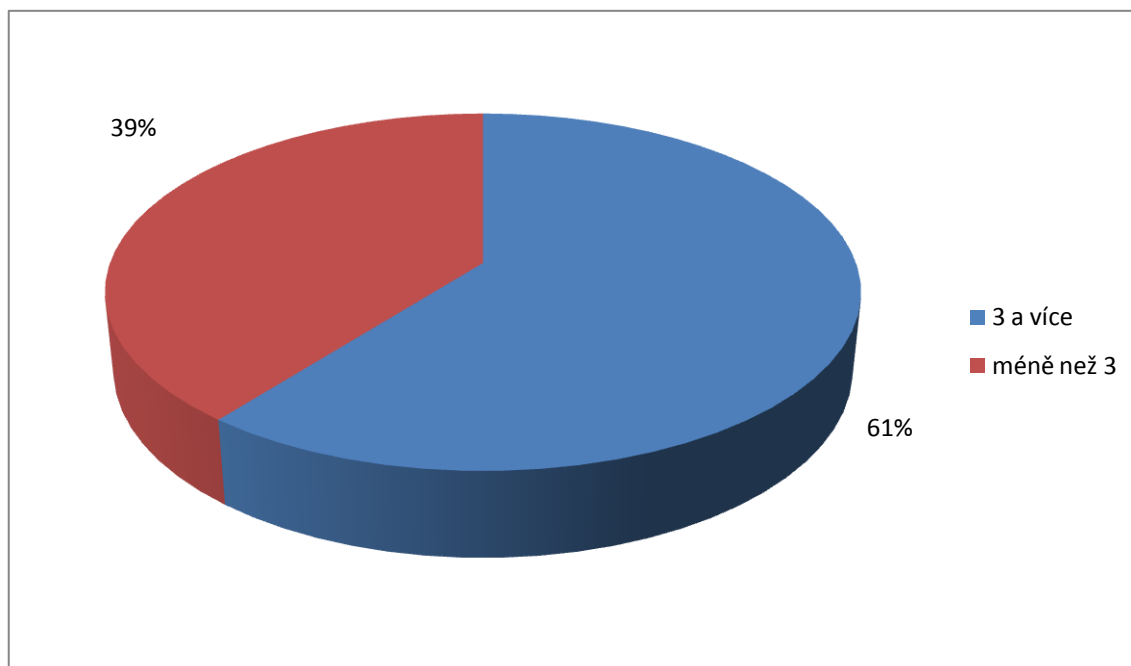
Graf č. 5a – zpracování údajů otázky č. 5



Tabulka č. 5b – vyhodnocení údajů otázky č. 5

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
3 a více	40	61
Celkem	66	100

Graf č. 5b – zpracování údajů otázky č. 5



Shrnutí: Na tuto otázku odpovídalo jen 66 žen (70% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Počet 66 tedy u této otázky představuje 100%. Tabulka 5a znázorňuje, že 66 žen (100%) označilo za rizikový faktor vzniku močové inkontinence obezitu, 33 žen (50%) označilo nadměrnou fyzickou námahu, 26 žen (40%) větší počet porodů, 51 žen (77%) ochablost pánevního svalstva, 17 žen (26%) poranění při porodu, přičemž rizikový faktor pohlaví a nedostatek vitamínu C nevedla žádná žena. Z grafu 5b je patrné, že 40 žen (61%) uvedlo 3 a více rizikových faktorů, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence, zbylých 39% žen uvedlo méně než 3 rizikových faktorů.

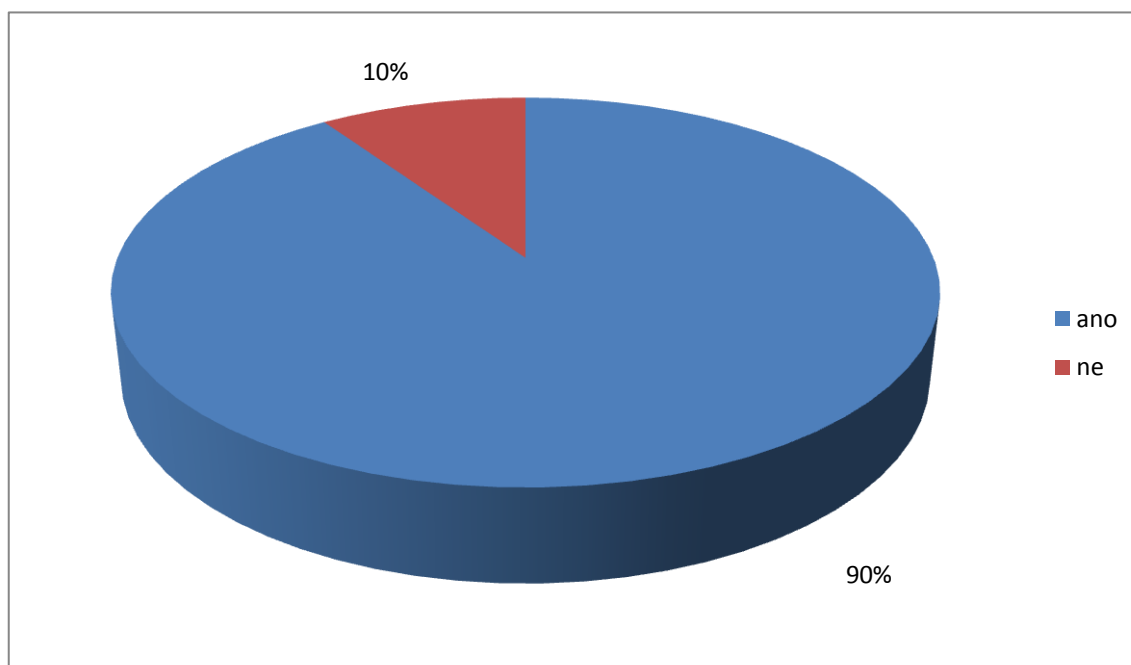
Grafické vyhodnocení otázky č. 6

Otázka č. 6 – Znáte některé inkontinenční pomůcky?

Tabulka č. 6 – vyhodnocení údajů otázky č. 6

<i>Možnosti</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Výsledek v %</i>
ano	85	90
ne	9	10
Celkem	94	100

Graf č. 6 – zpracování údajů otázky č. 6



Shrnutí: Z tohoto grafu a tabulky vyplývá, že 85 žen (90%) zná některé inkontinenční pomůcky, zbylých 9 žen (10%) nezná žádné inkontinenční pomůcky.

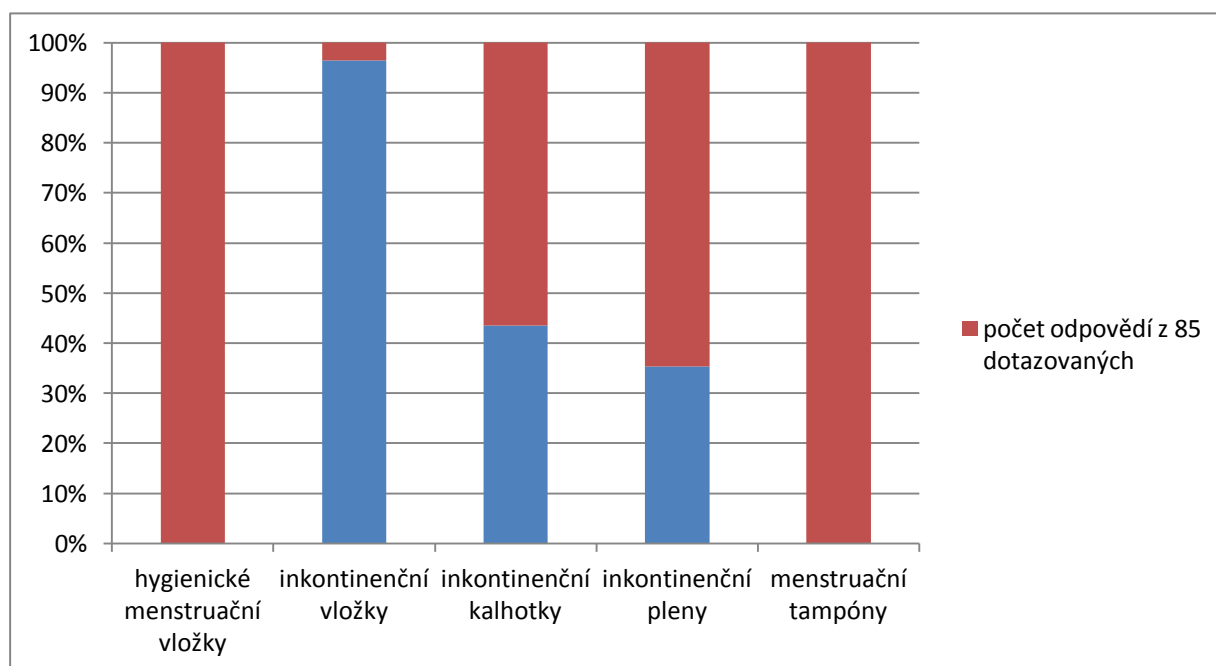
Grafické vyhodnocení otázky č. 7

Otázka č. 7 – Pokud ano, zakroužkujte, které inkontinenční pomůcky znáte (možnost více odpovědí):

Tabulka č. 7 – vyhodnocení údajů otázky č. 7

Možnosti	Počet odpovědí	Počet žen v %
hygienické menstruační vložky	0	0
inkontinenční vložky	82	96
inkontinenční kalhotky	37	44
inkontinenční pleny	30	35
menstruační tampóny	0	0
Celkem	149	85 = 100%

Graf č. 7 – zpracování údajů otázky č. 7



Shrnutí: Na tuto otázku odpovídalo jen 85 žen (90% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají některé inkontinenční pomůcky. Počet 85 tedy u této otázky představuje 100%. Inkontinenční vložky označilo 82 žen (96%), inkontinenční kalhotky 37 žen (44%), inkontinenční pleny 30 žen (35%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena.

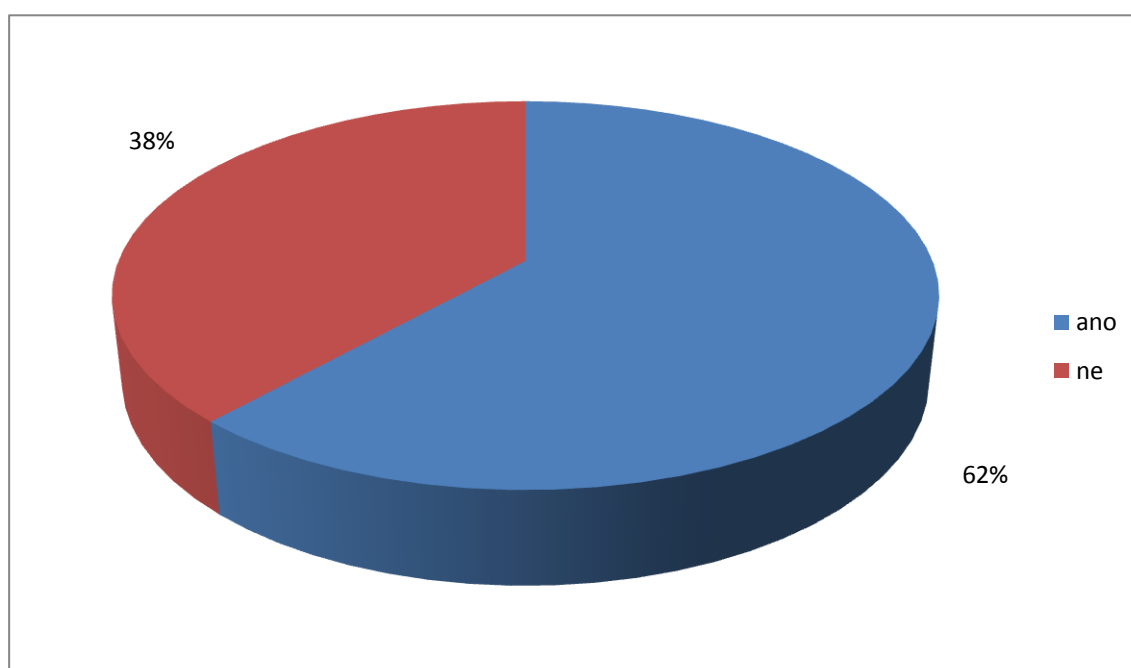
Grafické vyhodnocení otázky č. 8

Otázka č. 8 – Znáte některé cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka č. 8 – vyhodnocení údajů otázky č. 8

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	58	62
ne	36	38
Celkem	94	100

Graf č. 8 – zpracování údajů otázky č. 8



Shrnutí: Z tohoto grafu a tabulky vyplývá, že 58 žen (62%) zná některé cviky na posílení pánevního dna, zbylých 36 žen (38%) nezná žádné cviky na posílení pánevního dna.

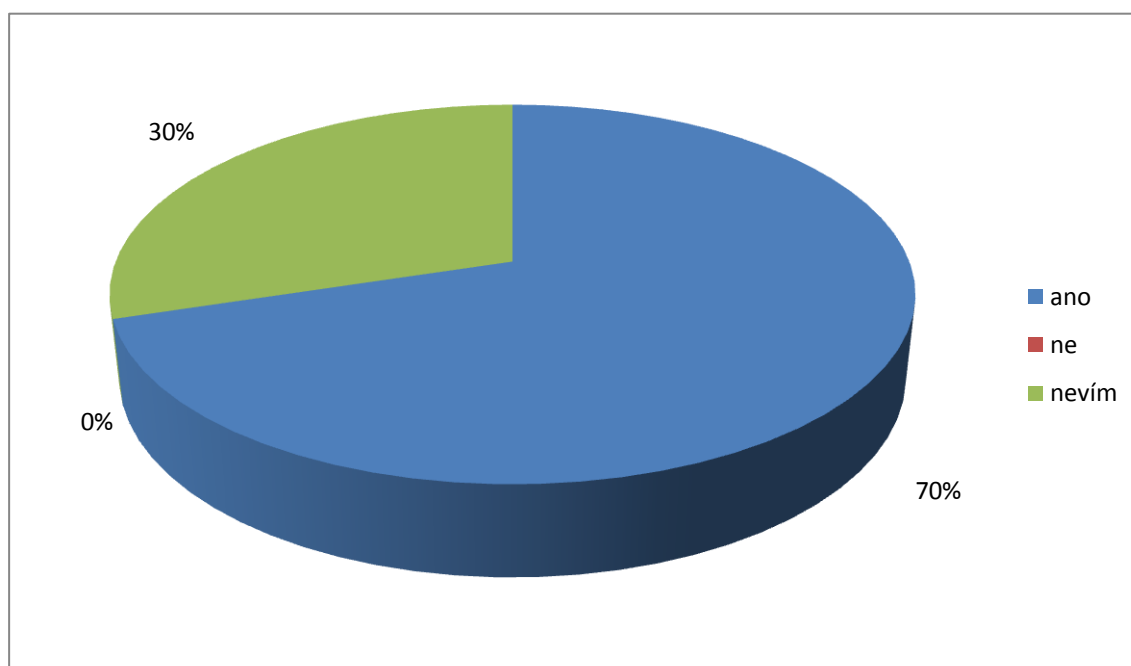
Grafické vyhodnocení otázky č. 9

Otázka č. 9 – Myslíte si, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence?

Tabulka č. 9 – vyhodnocení údajů otázky č. 9

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	66	70
ne	0	0
nevím	28	30
Celkem	94	100

Graf č. 9 – zpracování údajů otázky č. 9



Shrnutí: Tato otázka zjišťovala, zda si respondentky myslí, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence. 66 žen (70%) uvedlo, že ano, 28 žen (30%), že neví, z čehož vyplývá, že si žádná žena nemyslí, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence.

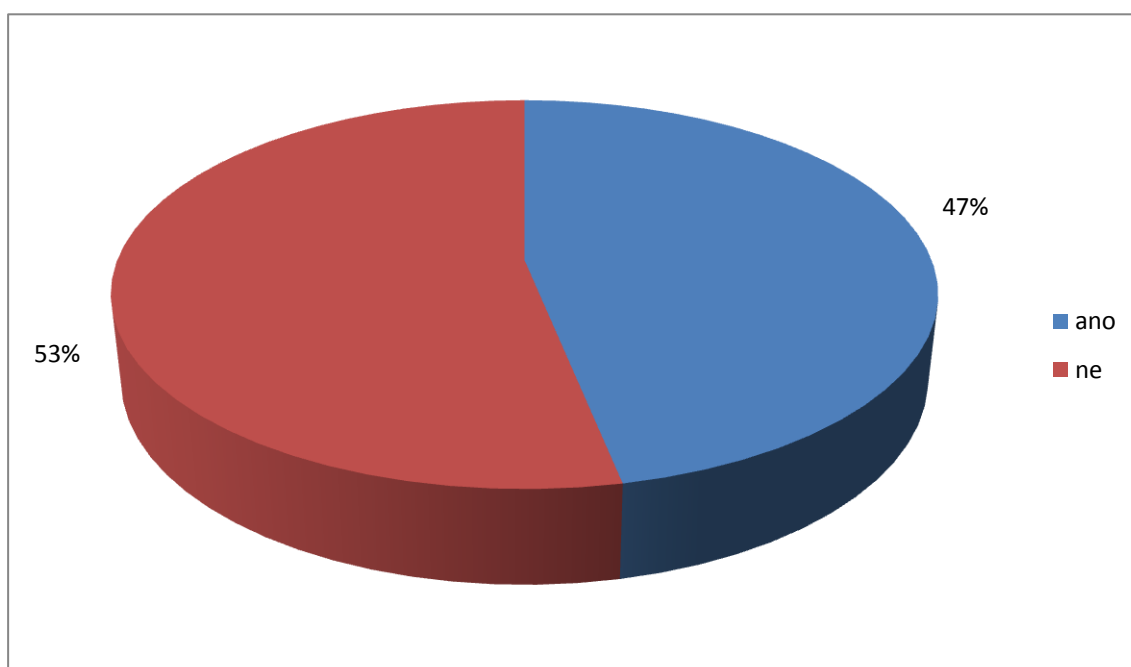
Grafické vyhodnocení otázky č. 10

Otázka č. 10 – Provádíte cviky na posílení pánevního dna Vy sama?

Tabulka č. 10 – vyhodnocení údajů otázky č. 10

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	44	47
ne	50	53
Celkem	94	100

Graf č. 10 – zpracování údajů otázky č. 10



Shrnutí: 44 žen (47%) uvedlo, že provádí cviky na posílení pánevního dna, zbylých 50 žen (53%) cviky neprovádí.

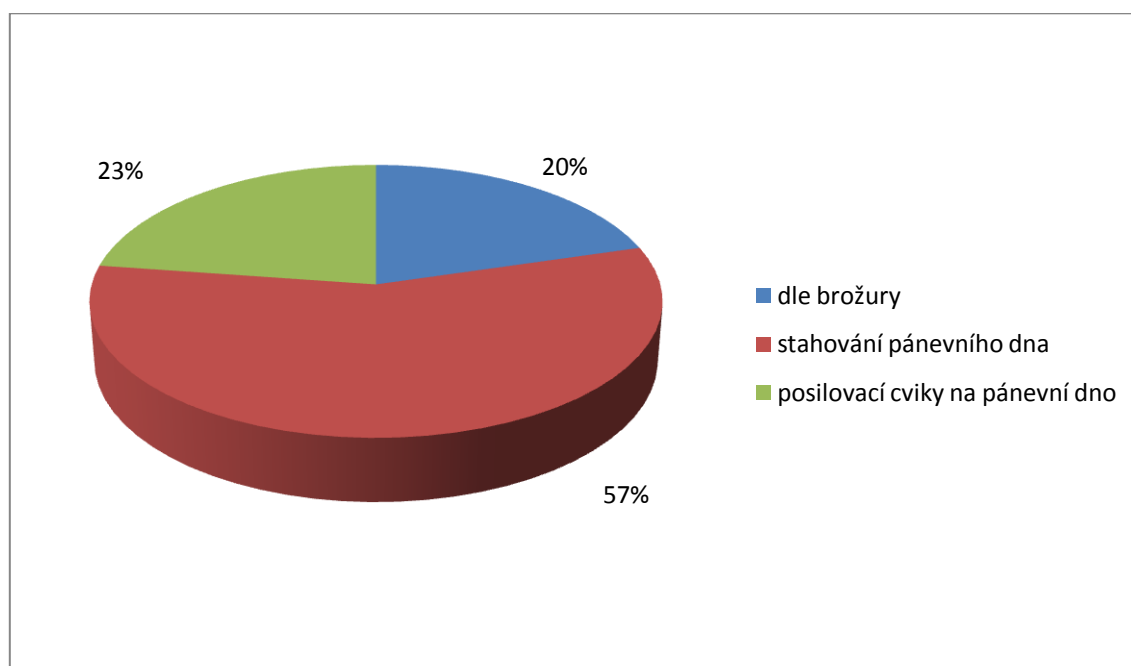
Grafické vyhodnocení otázky č. 11

Otázka č. 11 – Pokud ano, napište, které cviky provádíte a jak často cvičíte?

Tabulka č. 11a – vyhodnocení údajů otázky č. 11

Odpovědi	Počet respondentek	Výsledek v %
dle brožury	9	20
stahování pánevního dna	25	57
posilovací cviky na pánevní dno	10	23
Celkem	44	100

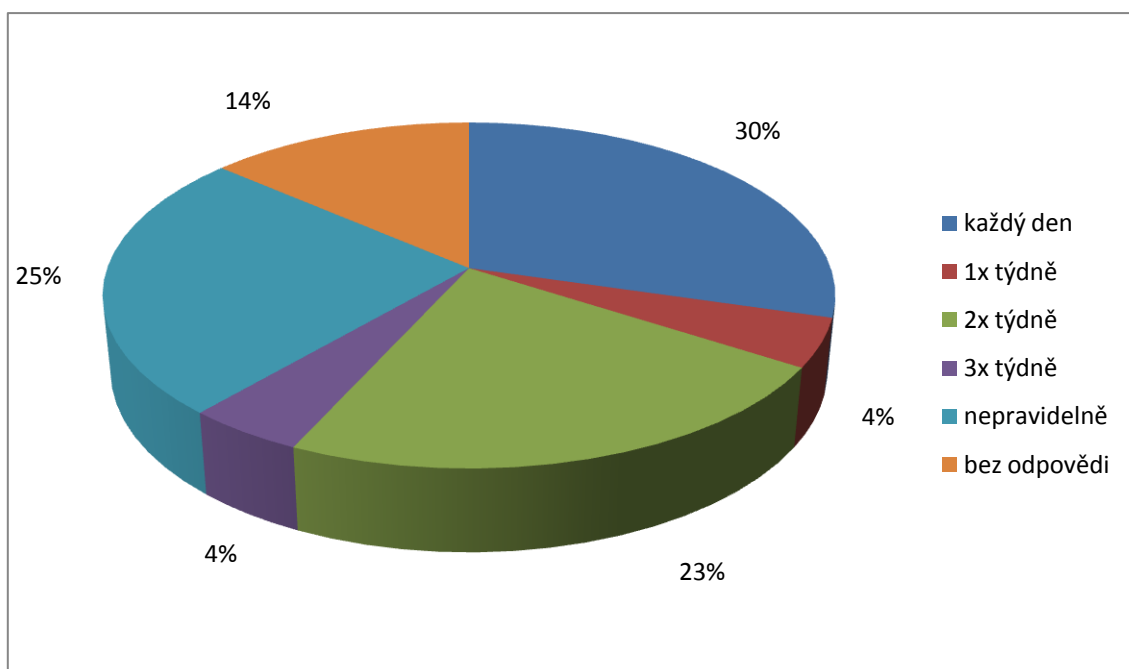
Graf č. 11a – zpracování údajů otázky č. 11



Tabulka č. 11b – vyhodnocení údajů otázky č. 11

Odpovědi	Počet respondentek	Výsledek v %
každý den	13	30
1x týdně	2	4
2x týdně	10	23
3x týdně	2	4
nepravidelně	11	25
bez odpovědi	6	14
Celkem	44	100

Graf č. 11b – zpracování údajů otázky č. 11



Shrnutí: Na tuto otázku odpovídalo jen 44 žen (47% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že provádí cviky na posílení pánevního dna. Počet 44 tedy u této otázky představuje 100%. Tabulka 11a znázorňuje, že 9 žen (20%) napsalo jako odpověď „dle brožury“, 25 žen (57%) napsalo „stahování pánevního dna“ a 10 žen (23%) napsalo „posilovací cviky na pánevní dno“. Z tabulky 11b je patrné, že 13 žen (30%) uvedlo, že cvičí každý den, 2 ženy (4%) cvičí 1x týdně, 10 žen (23%) cvičí 2x týdně, 2 ženy (4%) cvičí 3x týdně, 11 žen (25%) cvičí nepravidelně, přičemž 6 žen (14%) neuvedlo, jak často cvičí.

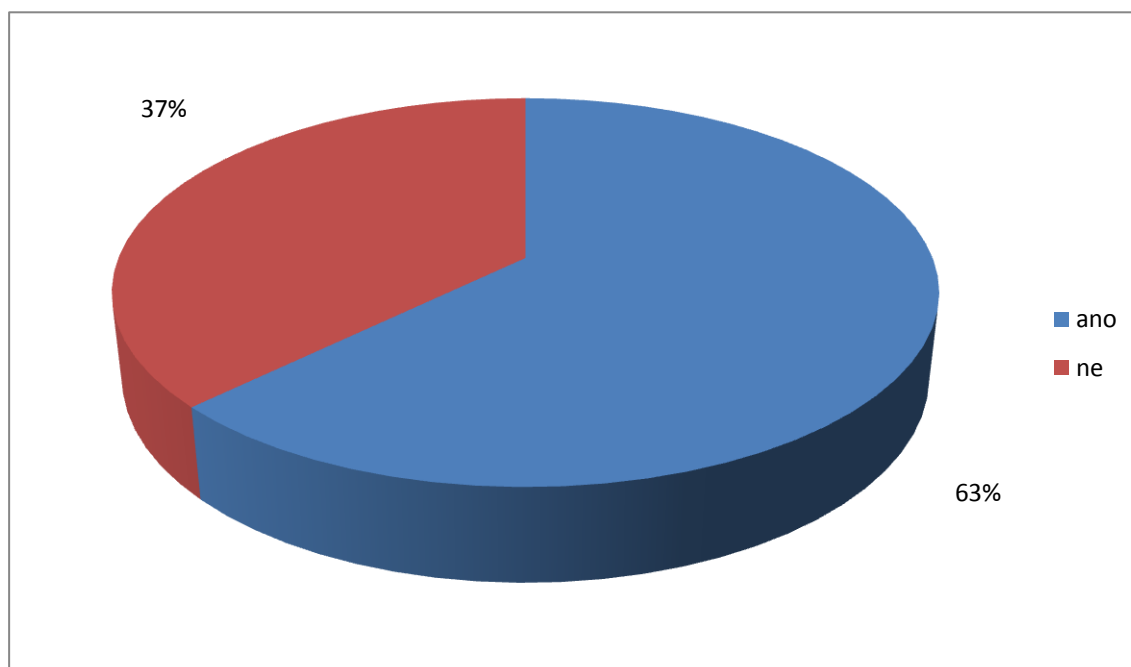
Grafické vyhodnocení otázky č. 12

Otázka č. 12 – Používáte některé inkontinenční pomůcky?

Tabulka č. 12 – vyhodnocení údajů otázky č. 12

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	59	63
ne	35	37
Celkem	94	100

Graf č. 12 – zpracování údajů otázky č. 12



Shrnutí: U této otázky jsem zjišťovala, zda respondentky používají některé inkontinenční pomůcky. Ukázalo se, že 59 žen (63%) používá některé inkontinenční pomůcky, zbylých 35 žen (37%) nepoužívá žádné inkontinenční pomůcky.

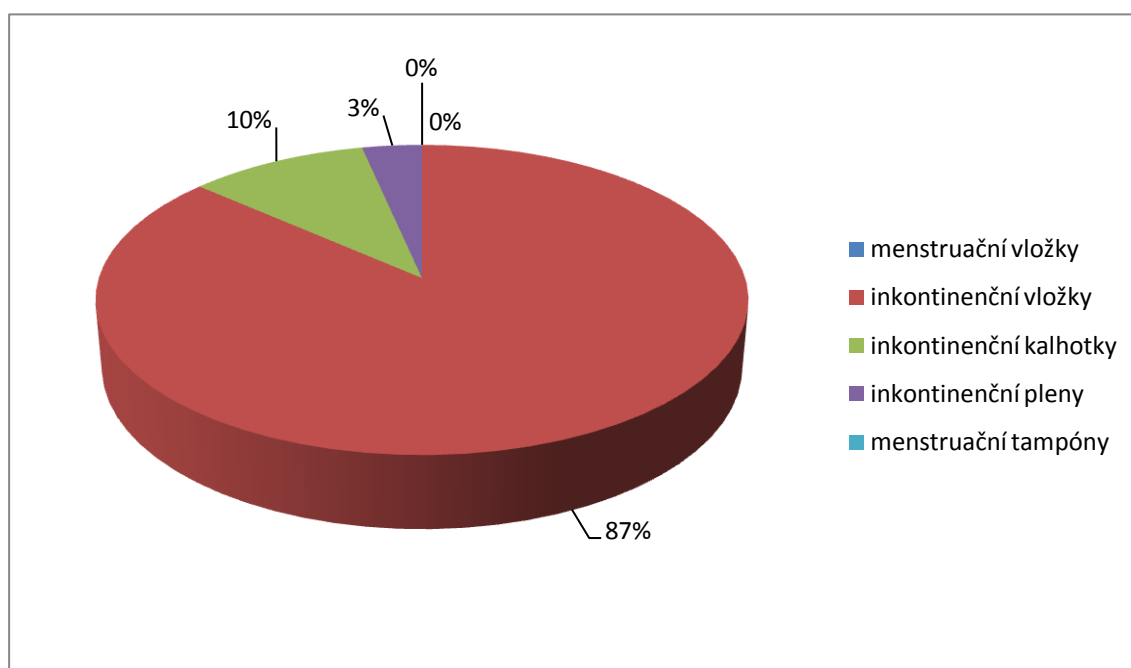
Grafické vyhodnocení otázky č. 13

Otázka č. 13 – Pokud ano, zakroužkujte, kterou inkontinenční pomůcku nejčastěji používáte:

Tabulka č. 13 – vyhodnocení údajů otázky č. 13

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
menstruační vložky	0	0
inkontinenční vložky	51	87
inkontinenční kalhotky	6	10
inkontinenční pleny	2	3
menstruační tampóny	0	0
Celkem	59	100

Graf č. 13 – zpracování údajů otázky č. 13



Shrnutí: Na tuto otázku odpovídalo jen 59 žen (63% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že používají některé inkontinenční pomůcky. Počet 59 tedy u této otázky představuje 100%. Inkontinenční vložky označilo 51 žen (87%), inkontinenční kalhotky 6 žen (10%), inkontinenční pleny 2 ženy (3%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena.

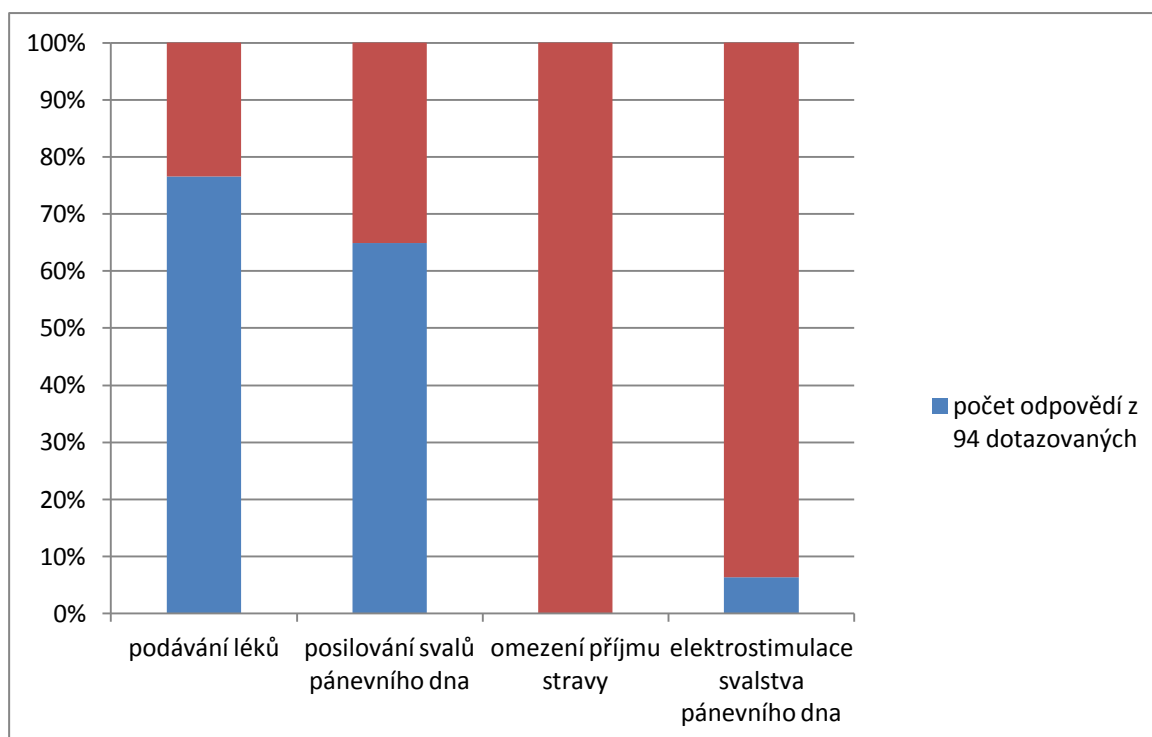
Grafické vyhodnocení otázky č. 14

Otázka č. 14 – Zakroužkujte, podle Vás, možné způsoby léčby močové inkontinence (možnost více odpovědí):

Tabulka č. 14 – vyhodnocení údajů otázky č. 14

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
podávání léků	72	77
posilování svalů pánevního dna	61	65
omezení příjmu stravy	0	0
elektrostimulace svalstva pánevního dna	6	6
Celkem	139	94 = 100%

Graf č. 14 – zpracování údajů otázky č. 14



Shrnutí: Jako možný způsob léčby močové inkontinence označilo 72 žen (77%) podávání léků, 61 žen (65%) posilování svalů pánevního dna, 6 žen (6%) elektrostimulaci svalstva pánevního dna, přičemž omezení příjmu stravy neoznačila žádná žena.

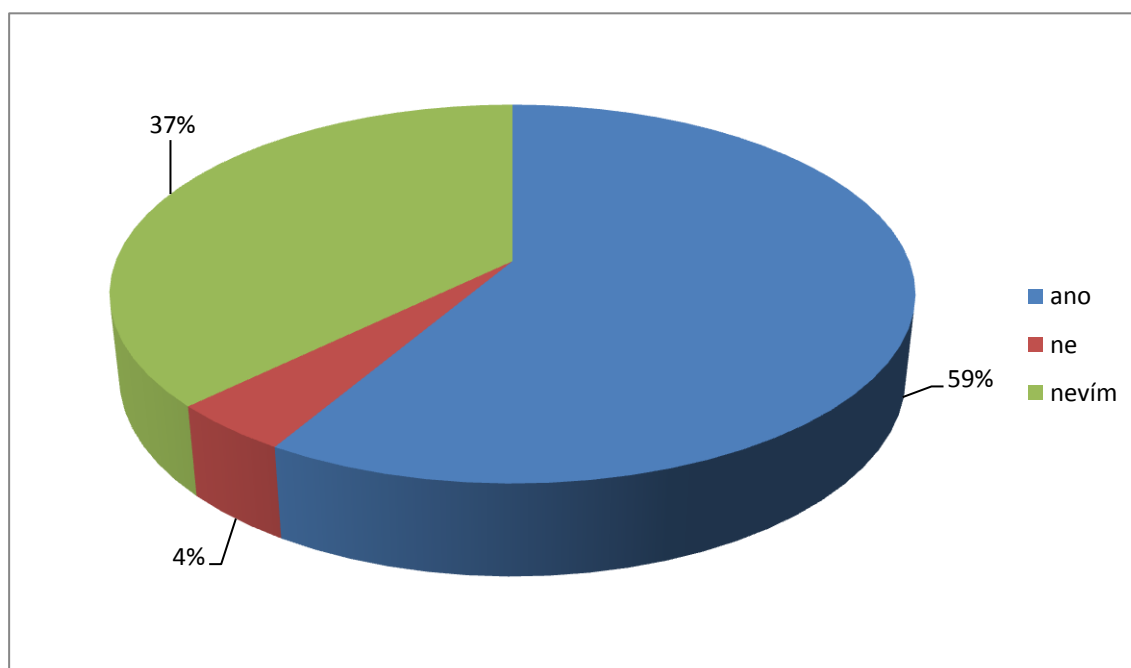
Grafické vyhodnocení otázky č. 15

Otázka č. 15 – Myslíte si, že se dá močová inkontinence léčit operativně?

Tabulka č. 15 – vyhodnocení údajů otázky č. 15

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	55	59
ne	4	4
nevím	35	37
Celkem	94	100

Graf č. 15 – zpracování údajů otázky č. 15



Shrnutí: Tato otázka zjišťovala, zda si respondentky myslí, jestli se dá močová inkontinence léčit operativně. 55 žen (59%) uvedlo, že ano, 4 ženy (4%), že ne, a 35 žen (37%) uvedlo, že neví, zda se dá močová inkontinence léčit operativně.

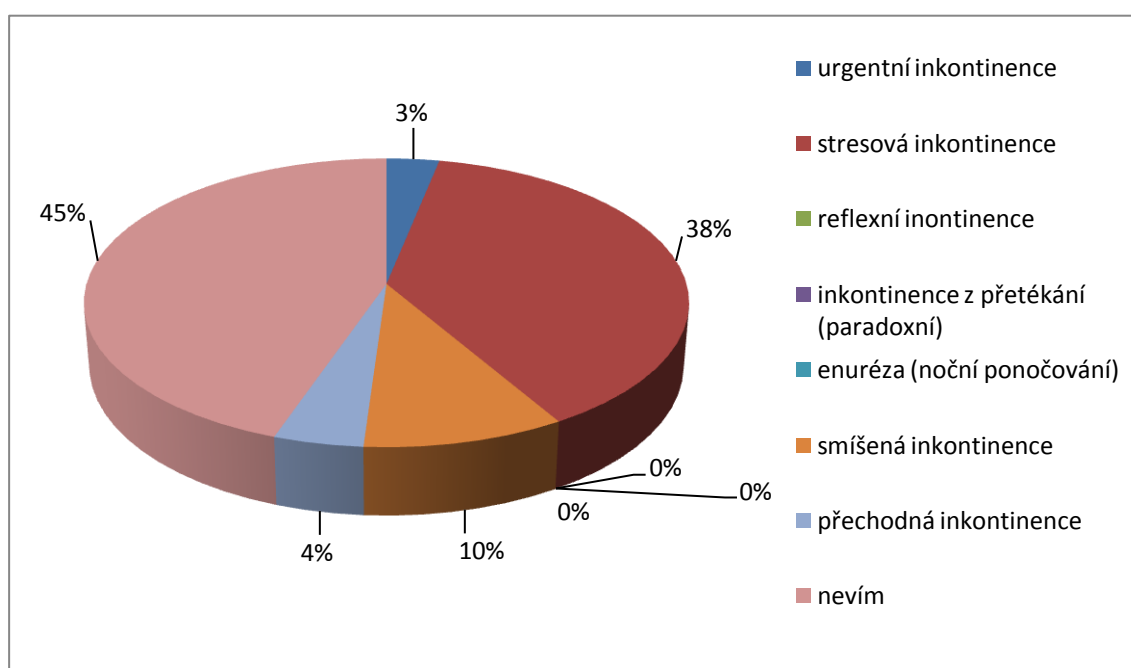
Grafické vyhodnocení otázky č. 16

Otázka č. 16 – Jakým typem močové inkontinence trpíte?

Tabulka č. 16 – vyhodnocení údajů otázky č. 16

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
urgentní inkontinence	3	3
stresová inkontinence	36	38
reflexní inkontinence	0	0
inkontinence z přetékání (paradoxní)	0	0
enuréza (noční pomočování)	0	0
smíšená inkontinence	9	10
přechodná inkontinence	4	4
nevím	42	45
Celkem	94	100

Graf č. 16 – zpracování údajů otázky č. 16



Shrnutí: Tato otázka byla směřována ke zjištění, jakým typem močové inkontinence respondentky trpí. Z grafu a tabulky vyplývá, že 3 ženy (3%) trpí urgentní inkontinencí, 36 žen (38%) stresovou inkontinencí, 9 žen (10%) smíšenou inkontinencí, 4 ženy (4%) přechodnou inkontinencí, přičemž reflexní inkontinencí, inkontinencí z přetékání (paradoxní) a enurézou (noční pomočování) netrpí žádná z respondentek. 42 žen (45%) uvedlo, že neví, jakým typem močové inkontinence trpí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 17

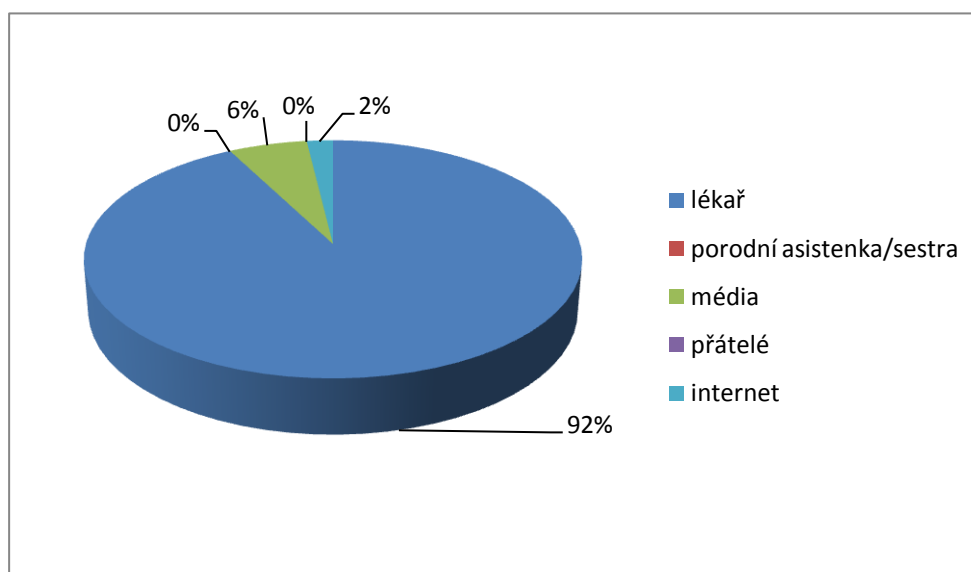
Otázka č. 17 – Kdo Vás informoval o Vašem typu močové inkontinence?

(Pokud neznáte svůj typ močové inkontinence, na tuto otázku neodpovídejte.)

Tabulka č. 17 – vyhodnocení údajů otázky č. 17

Možnosti	Počet odpovědí	Výsledek v %
lékař	48	92
porodní asistentka/sestra	0	0
média	3	6
přátelé	0	0
internet	1	2
Celkem	52	100

Graf č. 17 – zpracování údajů otázky č. 17



Shrnutí: Na tuto otázku odpovídalo jen 52 žen (55% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce uvedly, že znají svůj typ močové inkontinence. Počet 52 tedy u této otázky představuje 100%. 48 žen (92%) uvedlo, že informace o svém typu močové inkontinence obdržely od lékaře, 3 ženy (6%) z médií, 1 žena (2%) z internetu, přičemž od porodní asistentky/sestry a přátel informace neobdržela žádná respondentka.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že ženy získávají informace o problematice močové inkontinence od lékaře. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 3.

K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více jak polovina žen získala informace o problematice močové inkontinence od lékaře.

V této hypotéze jsem se dotazovala z jakých zdrojů (odkud) ženy získávají informace o inkontinenci.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového počtu 94 dotazovaných žen, 62 žen (66%) získalo informace o inkontinenci od lékaře, 4 ženy (4%) od porodní asistentky/sestry, 14 žen (15%) z médií, 9 žen (10%) od přátel a 5 žen (5%) získalo informace o inkontinenci z internetu. Celkově hodnotím, že se mi hypotéza č. 1 potvrdila.

Hypotéza č. 1 se mi potvrdila.

Hypotéza č. 2 : Předpokládám, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory ovlivňující vznik močové inkontinence. K této hypotéze se vztahují otázky č. 4, 5 a 9.

K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více jak polovina žen bude znát alespoň 3 z 5 rizikových faktorů ovlivňující vznik močové inkontinence.

V otázce č. 4 jsem zjišťovala, jestli ženy znají rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen uvedlo 66 žen (70%), že zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Zbýlých 28 žen (30%) není s touto problematikou seznámeno.

V otázce č. 5 a 9 jsem prověřovala znalosti respondentek o těchto rizikových faktorech. Do otázky č. 5 jsem záměrně uvedla dvě špatné odpovědi, abych opravdu prověřila znalosti dotazovaných žen, a to pohlaví a nedostatek vitamínu C. Na otázku č. 5 odpovídalo jen 66 žen (70% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Počet 66 tedy u této otázky představuje 100%. Všechny tyto ženy (100%) označilo za rizikový faktor vzniku močové inkontinence obezitu, 33 žen (50%) označilo nadměrnou fyzickou námahu, 26 žen (40%) větší počet porodů, 51 žen (77%) ochablost pánevního

svalstva, 17 žen (26%) poranění při porodu, přičemž rizikový faktor pohlaví a nedostatek vitamínu C neuvedla žádná žena. Z počtu 66 žen, uvedlo 40 žen (61%) 3 a více rizikových faktorů, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence, zbylých 39% žen uvedlo méně než 3 rizikových faktorů. Z důvodu toho, že 40 žen (méně jak polovina z 94 dotazovaných žen) zná 3 a více těchto rizikových faktorů, hodnotím, že se mi hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č. 3a: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky. K této hypotéze se vztahují otázky č. 6 a 7.

V této hypotéze jsem zjišťovala, jestli ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky.

V otázce č. 6, z celkového počtu 94 dotazovaných žen, 85 žen (90%) uvedlo, že zná některé inkontinenční pomůcky, zbylých 9 žen (10%) nezná žádné inkontinenční pomůcky.

V otázce č. 7 jsem prověřovala znalosti respondentek o těchto pomůckách. Záměrně jsem uvedla dvě špatné odpovědi, a to hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny, abych opravdu prověřila znalosti dotazovaných žen. Na otázku odpovídalo jen 85 žen (90% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají některé inkontinenční pomůcky. Počet 85 tedy u této otázky představuje 100%. Inkontinenční vložky označilo 82 žen (96%), inkontinenční kalhotky 37 žen (44%), inkontinenční pleny 30 žen (35%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena. Myslím si, že tyto dvě odpovědi neoznačila žádná žena, protože jim název „menstruační“ vložky a tampóny zřejmě napověděl, že tyto pomůcky nejsou určeny pro inkontinentní pacientky. Celkově hodnotím, že se mi hypotéza č. 3a potvrdila.

Hypotéza č. 3a se mi potvrdila.

Hypotéza č. 3b: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, používají nejčastěji inkontinenční vložky. K této hypotéze se vztahují otázky č. 12 a 13.

V této hypotéze jsem se snažila zjistit, jakou inkontinenční pomůcku nejčastěji používají ženy, které trpí močovou inkontinencí.

V otázce č. 12, z celkového počtu 94 dotazovaných žen, 59 žen (63%) uvedlo, že používá některé inkontinenční pomůcky, zbylých 35 žen (37%) nepoužívá žádné inkontinenční pomůcky.

V otázce č. 13 jsem záměrně uvedla dvě špatné odpovědi, a to hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny. Na tuto otázku odpovídalo jen 59 žen (63% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že používají některé inkontinenční pomůcky. Počet 59 tedy u této otázky představuje 100%. Inkontinenční vložky označilo 51 žen (87%), inkontinenční kalhotky 6 žen (10%), inkontinenční pleny 2 ženy (3%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena. Myslím si, že tyto dvě odpovědi neoznačila žádná žena, protože jim název „menstruační“ vložky a tampóny zřejmě napověděl, že tyto pomůcky nejsou určeny pro inkontinentní pacientky. Přesto si myslím, že hygienické menstruační vložky často ženy používají, jako právě inkontinenční pomůcku.

Hypotéza č. 3b se mi potvrdila.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, cvičí cviky na posílení pánevního dna. K této hypotéze se vztahují otázky č. 10 a 11.

K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více než polovina žen bude cvičit cviky na posílení pánevního dna.

V této hypotéze jsem se dotazovala, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, cvičí cviky na posílení pánevního dna.

V otázce č. 10 jsem zjišťovala, jestli ženy provádí cviky na posílení pánevního dna. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen uvedlo 44 žen (47%), že provádí cviky na posílení pánevního dna, zbylých 50 žen (53%) cviky neprovádí.

V otázce č. 11 jsem se snažila zjistit, jaké konkrétní cviky na posílení pánevního dna ženy provádějí. Na tuto otázku odpovídalo jen 44 žen (47% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že provádí cviky na posílení pánevního dna. Počet 44 tedy u této otázky představuje 100%. 9 žen (20%) napsalo jako odpověď „dle brožury“, 25 žen (57%) napsalo „stahování pánevního dna“ a 10 žen (23%) napsalo „posilovací cviky na pánevní dno“. Dále jsem se snažila zjistit, jak často ženy cvičí. 13 žen (30%) odpovědělo, že cvičí každý den, 2 ženy (4%) cvičí 1x týdně, 10 žen (23%) cvičí

2x týdně, 2 ženy (4%) cvičí 3x týdně, 11 žen (25%) cvičí nepravidelně, přičemž 6 žen (14%) nevedlo, jak často cvičí. Z důvodu toho, že více než polovina žen uvedla, že necvičí, celkově hodnotím, že se má hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza č. 4 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence. K této hypotéze se vztahují otázky č. 16 a 17.

K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více jak polovina žen bude znát typ své močové inkontinence.

V této hypotéze jsem zjišťovala, jestli ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence.

Otázka č. 16 byla směřována ke zjištění, jakým typem močové inkontinence respondentky trpí. 3 ženy (3%) uvedly, že trpí urgentní inkontinencí, 36 žen (38%) stresovou inkontinencí, 9 žen (10%) smíšenou inkontinencí, 4 ženy (4%) přechodnou inkontinencí, přičemž reflexní inkontinencí, inkontinencí z přetékání (paradoxní) a enurézou (noční pomočování) netrpí žádná z respondentek. 42 žen (45%) uvedlo, že neví, jakým typem močové inkontinence trpí. Tudíž typ své močové inkontinence zná 52 žen (55% z celkového počtu respondentek).

Těchto 52 žen jsem se ještě dotazovala v otázce č. 17, kdo je informoval o jejich typu močové inkontinence. Počet 52 tedy u této otázky představuje 100%. 48 žen (92%) uvedlo, že informace o svém typu močové inkontinence obdržely od lékaře, 3 ženy (6%) z médií, 1 žena (2%) z internetu, přičemž od porodní asistentky/sestry a přátel informace neobdržela žádná respondentka.

Hypotéza č. 5 se mi potvrdila.

Hypotéza č. 6 : Domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence. K této hypotéze se vztahují otázky č. 14 a 15.

V této hypotéze jsem se dotazovala, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence.

V otázce č. 14 jsem záměrně uvedla jednu špatnou odpověď, a to omezení příjmu stravy. Ženy měly možnost zakroužkovat více odpovědí. Jako možný způsob léčby močové inkontinence označilo 72 žen (77%) podávání léků,

61 žen (65%) posilování svalů pánevního dna, 6 žen (6%) elektrostimulaci svalstva pánevního dna, přičemž omezení příjmu stravy neoznačila žádná žena.

V otázce č. 15 jsem se dotazovala respondentek, zda si myslí, jestli se dá močová inkontinence léčit operativně. 55 žen (59%) uvedlo, že ano, 4 ženy (4%), že ne, a 35 žen (37%) uvedlo, že neví, zda se dá močová inkontinence léčit operativně. Celkově hodnotím, že se mi hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 6 se mi potvrdila.

16 DISKUZE

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit informovanost žen o problematice močové inkontinence. Pomocí dotazníkového šetření jsem také zjišťovala, z jakých zdrojů (odkud) ženy získávají informace o problematice močové inkontinence, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory vzniku močové inkontinence, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky a pokud ano, které nejčastěji používají. Dalšími cíly bylo zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají cviky na posílení pánevního dna (pokud ano, jak často je cvičí), zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence a zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence. Po stanovení cílů a hypotéz práce, byl sestaven dotazník o 17 otázkách pro ženy trpící močovou inkontinencí. Celkem bylo rozdáno a rozesláno 120 dotazníků. Z tohoto celkového množství se jich navrátilo 105. Z důvodu nekompletního vyplnění bylo použitelných pro vypracování praktické části 94 dotazníků.

Pomocí prvního dílčího cíle jsem se pokusila zjistit, z jakých zdrojů (odkud) ženy získávají informace o problematice močové inkontinence. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu, ve které se domnívám, že ženy získávají informace o problematice močové inkontinence od lékaře. Bylo nutné stanovit kritérium: více jak polovina žen získala informace o problematice močové inkontinence od lékaře. Na otázku, od koho jste získala informace o inkontinenci, z celkového počtu 94 dotazovaných žen jich 62 žen (66%) označilo, že získaly informace o inkontinenci od lékaře, 4 ženy (4%) od porodní asistentky/sestry, 14 žen (15%) z médií, 9 žen (10%) od přátel a 5 žen (5%) získalo informace o inkontinenci z internetu. Z pohledu budoucí porodní asistentky si myslím, že pacientky trpící inkontinencí by měly dostávat více informací od porodní asistentky, která je ženám bližší než lékař. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Druhý dílčí cíl byl zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory vzniku močové inkontinence. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu, ve které předpokládám, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají rizikové faktory ovlivňující vznik močové inkontinence. K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více jak polovina žen bude znát alespoň 3 z 5 rizikových faktorů ovlivňující vznik močové inkontinence.

V otázce č. 4 jsem zjišťovala, jestli ženy znají rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen uvedlo 66 žen (70%), že zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Zbylých 28 žen (30%) není s touto problematikou seznámeno. Dále jsem si v otázce č. 5 a 9 prověřovala znalosti respondentek o těchto rizikových faktorech. Do otázky č. 5 jsem záměrně uvedla dvě špatné odpovědi, abych opravdu prověřila znalosti dotazovaných žen, a to pohlaví a nedostatek vitamínu C. Na otázku č. 5 odpovídalo jen 66 žen (70% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Počet 66 tedy u této otázky představuje 100%. Všechny tyto ženy (100%) označilo za rizikový faktor vzniku močové inkontinence obezitu, 33 žen (50%) označilo nadměrnou fyzickou námahu, 26 žen (40%) větší počet porodů, 51 žen (77%) ochablost pánevního svalstva, 17 žen (26%) poranění při porodu, přičemž rizikový faktor pohlaví a nedostatek vitamínu C neuvedla žádná žena. Z počtu 66 žen, uvedlo 40 žen (61%), že zná 3 a více rizikových faktorů, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence, zbylých 39% žen uvedlo méně než 3 rizikových faktorů. Z důvodu toho, že pouze 40 žen (méně jak polovina z 94 dotazovaných žen) zná 3 a více těchto rizikových faktorů, hodnotím, že se mi tato hypotéza nepotvrdila. Tento závěr mě příliš nepřekvapil, protože z praxe sama vím, že se o těchto rizikových faktorech často nemluví.

Za pomoci třetího dílčího cíle jsem se pokusila zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky. Pokud ano, které nejčastěji používají. K tomuto cíli jsem si stanovila dvě hypotézy. Hypotéza 3a zní: domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají inkontinenční pomůcky. V otázce č. 6 jsem se dotazovala na znalost inkontinenčních pomůcek. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen, 85 žen (90%) uvedlo, že zná některé inkontinenční pomůcky, zbylých 9 žen (10%) nezná žádné inkontinenční pomůcky. Dále jsem si v otázce č. 7 prověřovala znalosti respondentek o těchto pomůčkách. Záměrně jsem uvedla dvě špatné odpovědi, a to hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny, abych opravdu prověřila znalosti dotazovaných žen. Na otázku odpovídalo jen 85 žen (90% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že znají některé inkontinenční pomůcky. Počet 85 tedy u této otázky představuje 100%.

Inkontinenční vložky označilo 82 žen (96%), inkontinenční kalhotky 37 žen (44%), inkontinenční pleny 30 žen (35%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena. Myslím si, že tyto dvě odpovědi neoznačila žádná žena, protože jim název „menstruační“ vložky a tampóny zřejmě napověděl, že tyto pomůcky nejsou určeny pro inkontinentní pacientky. Celkově hodnotím, že se mi tato hypotéza potvrdila.

Hypotéza 3b zní: domnívám se, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, používají nejčastěji inkontinenční vložky.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, zda dotazované ženy používají některé inkontinenční pomůcky či ne. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen 59 žen (63%) uvedlo, že používá některé inkontinenční pomůcky, zbylých 35 žen (37%) nepoužívá žádné inkontinenční pomůcky. V otázce č. 13 jsem záměrně uvedla dvě špatné odpovědi, a to hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny. Na tuto otázku odpovídalo jen 59 žen (63% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že používají některé inkontinenční pomůcky. Počet 59 tedy u této otázky představuje 100%. Inkontinenční vložky označilo 51 žen (87%), inkontinenční kalhotky 6 žen (10%), inkontinenční pleny 2 ženy (3%), přičemž hygienické menstruační vložky a menstruační tampóny neoznačila žádná žena. Myslím si, že tyto dvě odpovědi neoznačila žádná žena, protože jim název „menstruační“ vložky a tampóny zřejmě napověděl, že tyto pomůcky nejsou určeny pro inkontinentní pacientky. Přesto si myslím, že hygienické menstruační vložky často ženy používají, jako právě inkontinenční pomůcku. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají cviky na posílení pánevního dna. Pokud ano, jak často je cvičí. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu, ve které se domnívám, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, cvičí cviky na posílení pánevního dna. V otázce č. 10 jsem se dotazovala, zda ženy provádí cviky na posílení pánevního dna. Z celkového počtu 94 dotazovaných žen uvedlo 44 žen (47%), že provádí cviky na posílení pánevního dna, zbylých 50 žen (53%) cviky neprovádí. V následující otázce jsem se snažila zjistit, jaké konkrétní cviky na posílení pánevního dna ženy provádějí. Na tuto otázku odpovídalo jen 44 žen (47% z celkového počtu respondentek), které v předešlé otázce označily, že provádí cviky na posílení pánevního dna. Počet 44 tedy u této otázky představuje 100%. 9 žen (20%)

napsalo jako odpověď „dle brožury“, 25 žen (57%) napsalo „stahování pánevního dna“ a 10 žen (23%) napsalo „posilovací cviky na pánevní dno“. Dle výše uvedených odpovědí soudím, že ženy sice určité cviky cvičí, ale nemají představu o jejich pojmenování, natož pak o jejich správnosti. Dále jsem se snažila zjistit, jak často ženy cvičí. 13 žen (30%) odpovědělo, že cvičí každý den, 2 ženy (4%) cvičí 1x týdně, 10 žen (23%) cvičí 2x týdně, 2 ženy (4%) cvičí 3x týdně, 11 žen (25%) cvičí nepravidelně, přičemž 6 žen (14%) neuvedlo, jak často cvičí. Dle lékařských doporučení by měly respondentky cvičit pravidelně, nejlépe každý den. Ze zjištěných výsledků bohužel vyplývá, že to tak není. Myslím si, že zde opět hraje důležitou roli porodní asistentka, zejména svoji edukační činností vůči pacientce. Z důvodu toho, že více než polovina žen uvedla, že necvičí, celkově hodnotím, že se má hypotéza nepotvrdila.

Pomocí pátého dílčího cíle jsem se pokusila zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají typ své močové inkontinence. K tomu dílčímu cíli jsem si stanovila hypotézu, ve které se domnívám, že dotazované ženy znají typ své inkontinence. K této hypotéze bylo nutno stanovit kritérium: více jak polovina žen bude znát typ své močové inkontinence. Otázka č. 16 byla směřována ke zjištění, jakým typem močové inkontinence respondentky trpí. 3 ženy (3%) uvedly, že trpí urgentní inkontinencí, 36 žen (38%) stresovou inkontinencí, 9 žen (10%) smíšenou inkontinencí, 4 ženy (4%) přechodnou inkontinencí, přičemž reflexní inkontinencí, inkontinencí z přetékání (paradoxní) a enurézou (noční pomočování) netrpí žádná z respondentek. 42 žen (45%) uvedlo, že neví, jakým typem močové inkontinence trpí. Tudíž typ své močové inkontinence zná 52 žen (55% z celkového počtu respondentek). Těchto 52 žen jsem se ještě dotazovala v otázce č. 17, kdo je informoval o jejich typu močové inkontinence. Počet 52 tedy u této otázky představuje 100%. 48 žen (92%) uvedlo, že informace o svém typu močové inkontinence obdržely od lékaře, 3 ženy (6%) z médií, 1 žena (2%) z internetu, přičemž od porodní asistentky/sestry a přátel informace neobdržela žádná respondentka. Celkový výsledek ohledně znalosti žen o typu své inkontinence mě pozitivně překvapil. Ale myslím, že by bylo dobré, aby se do této problematiky více zapojila i porodní asistentka. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Úkolem šestého dílčího cíle bylo zjistit, zda ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence. K tomuto cíli jsem stanovila patřičnou hypotézu, ve které se domnívám, že ženy, které trpí močovou inkontinencí, znají možnosti léčby močové inkontinence. V otázce č. 14 jsem se dotazovala na možnosti léčby močové inkontinence. Na tuto otázku bylo možné odpovědět více odpověďmi. Záměrně jsem uvedla jednu špatnou odpověď, a to omezení příjmu stravy. Jako možný způsob léčby močové inkontinence označilo 72 žen (77%) podávání léků, 61 žen (65%) posilování svalů pánevního dna, 6 žen (6%) elektrostimulaci svalstva pánevního dna, přičemž omezení příjmu stravy neoznačila žádná žena. Dále jsem ještě použila otázku č. 15, ve které jsem se dotazovala respondentek, zda si myslí, jestli se dá močová inkontinence léčit operativně. 55 žen (59%) uvedlo, že ano, 4 ženy (4%), že ne, a 35 žen (37%) uvedlo, že neví, zda se dá močová inkontinence léčit operativně. Celkově hodnotím, že se mi hypotéza potvrdila.

ZÁVĚR

Hlavní cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o problematice močové inkontinence. Vzhledem k rozsáhlosti problematiky jsem se nemohla věnovat jednotlivým kapitolám tak podrobně, jak by umožňovaly použité zdroje. Podkladem pro tuto bakalářskou práci mi byly knižní i internetové zdroje.

Teoretická část se věnuje v první kapitole objasnění fyziologie vylučování moči, v dalších kapitolách se již zaměřuje na močovou inkontinenci jako takovou, konkrétně na definici a klasifikaci močové inkontinence, popisuje prevenci, příčiny a rizikové faktory. Vysvětluje metody diagnostiky, dále přibližuje možnosti léčby močové inkontinence. Jak již napovídá název bakalářské práce Inkontinence a péče porodní asistentky, věnuje se v závěru teoretická část i roli porodní asistentky v péči o inkontinentní ženu v gynekologických ambulancích, zejména edukaci pacientek.

Pro praktickou část bylo nutno stanovení cílů a hypotéz. Po jejich stanovení byl vytvořen anonymní dotazník se 17 otázkami. Na základě tohoto dotazníku mapuje praktická část informovanost žen o problematice močové inkontinence.

Z průzkumného šetření vyplývá, že ne všechny respondentky jsou kompletně informované o této problematice. Vyplněné dotazníky ale ukazují, že se najdou i takové ženy, které o svých problémech mají dostatek informací. Obecně ale nelze říci, že z dotazníků vyplývá dobrá či špatná informovanost. Odpovědi na otázky jsou individuální dle každé pacientky, záleží také na věku a vzdělání.

Jednotlivé otázky dotazníku, jejich úspěšnost či neúspěšnost, jsou znázorněny v přehledných tabulkách a grafech v praktické části bakalářské práce.

Jak již bylo řečeno, nelze jednoznačně říci, zda je informovanost dostačující, ale rozhodně může být vyšší. Pro lepší informovanost inkontinentních žen navrhuji větší množství edukačních letáků na gynekologických ambulancích a také to, aby se touto problematikou více zabývaly porodní asistentky na těchto pracovištích.

POUŽITÁ LITERATURA

1. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.
2. ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1.
3. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.
http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001-0e894.pdf
4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: [učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-862-9705-5.
5. HALAŠKA, Michael. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 256 s. ISBN 80-726-2272-2.
6. HANUŠ, Tomáš. *Stresová inkontinence moče u žen*. [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/stresova-inkontinence-moce-u-zen-135029>
7. HORČIČKA, Lukáš. *Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku*. [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/sestra-v-primarni-linii-a-jeji-role-v-peci-o-inkontinentni-pacie-416101>
8. <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/tab-2-fyzioterapie-inkontinence-moci-157913>
9. CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
10. KLEVETOVÁ, Dana a Eva ČERVINKOVÁ. *Ošetrovatelské přístupy k poruchám močení u osob vyššího věku*. [online]. [cit. 2012-03-26]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelske-pristupy-k-porucham-moceni-u-osob-vyssiho-veku-416103>
11. KOZIEROVÁ, Barbara. *Ošetrovatelstvo 2: koncepce, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Vydavatelství Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
12. KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř: [etiopatogeneze, diagnostika, léčba]*. Praha: Maxdorf, c2007, 148 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-125-7 (Váz.).

13. LOUDA, Miroslav. *Invazivní postupy v léčbě inkontinence moči*. [online]. [cit. 2012-03-12]. Dostupné na:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/invazivni-postupy-v-lecbe-inkontinence-moci-458801>
14. MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, 83 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 14. ISBN 80-734-5094-1.
15. MARTAN, Alois. *Standardizace terminologie funkce*. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/standardizace-terminologie-funkce-155220>
16. ROZTOČIL, Aleš. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 179 s. ISBN 80-701-3255-8.
17. SÁK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010, 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9 (BROŽ.).
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
19. STAŇKOVÁ, Gabriela a Alena KOVAŘÍKOVÁ. *Edukace žen při stresové inkontinenci moči*. [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné na:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/edukace-zen-pri-stresove-inkontinenci-moci-416104>
20. ŠOTTNER, Oldřich. *Média o inkontinenci*. [online]. [cit. 2012-02-24]. Dostupné na: http://www.incoforum.cz/clanek.php?f_id=118
21. TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie: učebnice pro zdravotní školy*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 116 s. Učebnice pro zdravotnické školy (Eurolex Bohemia). ISBN 80-864-3274-2.
22. *Urologie*. Vyd. 1. Editor Tomáš Hanuš. V Praze: Triton, 2011, 207 s. Lékařské repetitorium, sv. 4. ISBN 978-807-3873-875.
23. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4736-976.

24. WINTEROVÁ, Kristýna a Jana VÍŠKOVÁ. *Nové metody léčby inkontinence*. [online]. [cit. 2012-03-12]. Dostupné na:
<http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=44>

25. ZVARA, Vladimír a Michal HORŇÁK. *Urologické operace*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2010, 288 s. ISBN 978-808-0633-387.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ICS – International Continence Society

LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms

LUTD – Lower Urinary Tract Dysfunction

TVT – Tension free vaginal tape

TVT-O – Tention free vaginal transobturator tape

TVT-S – Tensio free vaginal tape secure

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1- vyhodnocení údajů otázky č. 1

Tabulka č. 2- vyhodnocení údajů otázky č. 2

Tabulka č. 3- vyhodnocení údajů otázky č. 3

Tabulka č. 4- vyhodnocení údajů otázky č. 4

Tabulka č. 5a - vyhodnocení údajů otázky č. 5

Tabulka č. 5b - vyhodnocení údajů otázky č. 5

Tabulka č. 6- vyhodnocení údajů otázky č. 6

Tabulka č. 7- vyhodnocení otázky č. 7

Tabulka č. 8- vyhodnocení údajů otázky č. 8

Tabulka č. 9 - vyhodnocení údajů otázky č. 9

Tabulka č. 10 - vyhodnocení údajů otázky č. 10

Tabulka č. 11a - vyhodnocení údajů otázky č. 11

Tabulka č. 11b - vyhodnocení údajů otázky č. 11

Tabulka č. 12- vyhodnocení údajů otázky č. 12

Tabulka č. 13- vyhodnocení údajů otázky č. 13

Tabulka č. 14- Vyhodnocení údajů otázky č. 14

Tabulka č. 15- vyhodnocení údajů otázky č. 15

Tabulka č. 16- vyhodnocení údajů otázky č. 16

Tabulka č. 17- vyhodnocení údajů otázky č. 17

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – zpracování údajů otázky č. 1

Graf č. 2 - zpracování údajů otázky č. 2

Graf č. 3 - zpracování údajů otázky č. 3

Graf č. 4 - zpracování údajů otázky č. 4

Graf č. 5a - zpracování údajů otázky č. 5

Graf č. 5b - zpracování údajů otázky č. 5

Graf č. 6 - zpracování údajů otázky č. 6

Graf č. 7 - zpracování údajů otázky č. 7

Graf č. 8 - zpracování údajů otázky č. 8

Graf č. 9 - zpracování údajů otázky č. 9

Graf č. 10 - zpracování údajů otázky č. 10

Graf č. 11a - zpracování údajů otázky č. 11

Graf č. 11b - zpracování údajů otázky č. 11

Graf č. 12 - zpracování údajů otázky č. 12

Graf č. 13 - zpracování údajů otázky č. 13

Graf č. 14 - zpracování údajů otázky č. 14

Graf č. 15 - zpracování údajů otázky č. 15

Graf č. 16 - zpracování údajů otázky č. 16

Graf č. 17 - zpracování údajů otázky č. 17

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro ženy trpící močovou inkontinencí

Příloha č. 2 – Mikční deník

Příloha č. 3 – Gaudenzův dotazník

Příloha č. 4 – Cviky na posílení pánevního dna

17 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro ženy trpící močovou inkontinencí

Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Tereza Hrubá a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor porodní asistentka. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Inkontinence a péče porodní asistentky. Ve své práci se zaměřuji na informovanost žen o problematice močové inkontinence. Prostřednictvím tohoto dotazníku se na Vás obracím s prosbou o jeho pravdivé vyplnění. Dotazník se skládá ze 17 otázek. Označte prosím jednu odpověď, u některých otázek máte možnost označení více možností – vždy bude tato možnost zmíněna v závorce za otázkou. Otázky, které je nutno vyplnit písemnou formou, prosím vyplňte podle své zkušenosti. Tento dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro výzkum k mé bakalářské práci. Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

1. Kolik je Vám let?
 - a) 21-39
 - b) 40-59
 - c) 60-69
 - d) 70 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) střední bez maturity
 - c) střední s maturitou
 - d) vyšší odborné vzdělání
 - e) vysokoškolské

3. Informace o inkontinenci jste získala od :
 - a) lékaře
 - b) porodní asistentky/sestry
 - c) z medií
 - d) přátel
 - e) z internetu





4. Znáte rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence?
 - a) ano
 - b) ne

5. Pokud ano, zakroužkujte, které znáte (možnost více odpovědí):
- a) obezita
 - b) pohlaví
 - c) nadměrná fyzická námaha
 - d) větší počet porodů
 - e) ochablost pánevního svalstva
 - f) nedostatek vitamínu C
 - g) poranění při porodu
6. Znáte některé inkontinenční pomůcky?
- a) ano
 - b) ne
7. Pokud ano, zakroužkujte, které inkontinenční pomůcky znáte (možnost více odpovědí):
- a) hygienické menstruační vložky
 - b) inkontinenční vložky
 - c) inkontinenční kalhotky
 - d) inkontinenční pleny
 - e) menstruační tampóny
8. Znáte některé cviky na posílení pánevního dna?
- a) ano
 - b) ne
9. Myslíte si, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
10. Provádíte cviky na posílení pánevního dna Vy sama?
- a) ano
 - b) ne
11. Pokud ano, napište, které cviky provádíte a jak často cvičíte?
-
12. Používáte některé inkontinenční pomůcky?
- a) ano
 - b) ne

13. Pokud ano, zakroužkujte, kterou inkontinenční pomůcku nejčastěji používáte:
- a) hygienické menstruační vložky
 - b) inkontinenční vložky
 - c) inkontinenční kalhotky
 - d) inkontinenční pleny
 - e) menstruační tampóny
14. Zakroužkujte, podle Vás, možné způsoby léčby močové inkontinence (možnost více odpovědí) :
- a) podávání léků
 - b) posilování svalů pánevního dna
 - c) omezení příjmu stravy
 - d) elektrostimulace svalstva pánevního dna
15. Myslíte si, že se dá močová inkontinence léčit operativně?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
16. Jakým typem močové inkontinence trpíte?
- a) urgentní inkontinence
 - b) stresová inkontinence
 - c) reflexní inkontinence
 - d) inkontinence z přetékání (paradoxní)
 - e) enuréza (noční pomočování)
 - f) smíšená inkontinence
 - g) přechodná inkontinence
 - h) nevím
17. Kdo Vás informoval o Vašem typu močové inkontinence? (Pokud neznáte svůj typ močové inkontinence, na tuto otázku neodpovídejte.)
- a) lékař
 - b) porodní asistentka/sestra
 - c) média
 - d) přátelé
 - e) internet

Příloha č. 2 – Mikční deník

1. den Datum			2. den Datum		
DEN	PŘÍJEM TEKUTIN		MOČENÍ		DENNÍ ÚNIKY Mokré spodní prádlo ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE
	Čas	Množství tekutin (v mililitrech)	Čas	Množství moči (v mililitrech)	
Denní příjem tekutin celkem		Denní objem moči celkem			
DEN	PŘÍJEM TEKUTIN		MOČENÍ		DENNÍ ÚNIKY Mokré spodní prádlo ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE ANO NE
	Čas	Množství tekutin (v mililitrech)	Čas	Množství moči (v mililitrech)	
Denní příjem tekutin celkem		Denní objem moči celkem			
NOC	Čas uložení se ke spánku	hod.	Objem noční porce moči	Čas	Mililitry
	Čas vstávání po probuzení	hod.			
	Celková délka spánku	hod.	Počet močení za noc	x	
	Délka prvního nepřerušovaného spánku	v minutách	V noci jsem se šel vymočit: 1x 2x 3x x		
			z toho x noční na močení		
			z toho x jsem nemohl/a spát		
		z toho x jiné důvody (uvést!):			
		Objem první ranní moči	ml		
NOC	Čas uložení se ke spánku	hod.	Objem noční porce moči	Čas	Mililitry
	Čas vstávání po probuzení	hod.			
	Celková délka spánku	hod.	Počet močení za noc	x	
	Délka prvního nepřerušovaného spánku	v minutách	V noci jsem se šel vymočit: 1x 2x 3x x		
			z toho x noční na močení		
			z toho x jsem nemohl/a spát		
		z toho x jiné důvody (uvést!):			
		Objem první ranní moči	ml		

NAKOLIK VÁS OBŤEŽUJE	
Noční probuzení z důvodu potřeby se vymočit	
Vůbec ne	0
Trochu	1
Docela	2
Poměrně více	3
Hodně	4
Velmi hodně	5
Zaškrtněte, prosím, vybranou variantu	

Dostupné na :

<http://www.nykturie.cz/userfiles/file/PDF/pmk.pdf>

Příloha č. 3 – Gaudenzův dotazník

Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence

Příjmení: _____ Datum: _____	
Jméno: _____ Adresa: _____	
Věk: _____	Telefon: _____
Pomocujete se někdy mírnověně? ano ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak často se to stává? zřídka, nejt. při nachlazení přibližně často, několikrát za den prakticky neustále	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak vaše močové množ. in vivo má vzhled? několik kapek malé částky větší množství	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak často během dne si musíte sáhnout spodní prádlo, protože je mokré? není třeba několikrát denně	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Často používáte vložku nebo vazu? když jdu ven také doma také, když jdu spát	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Když si měním prádlo nebo vložku, jsou: suché vlhké mokrě čistě mokrě	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mimovolně pomocovní pro jiné znamení: neří to pro jiné problémy přibližně má oběh velmi má oběh neustále má vadí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Přijímáte příležitost docházet k mírnověněmu pomocovní? př. lázeň a léčba když se smím př. sňat nebo ohůt do pohodlí př. nastavení př. sňat, očištění, poskytování vložky vešle, vložky	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Po jaké účlosti se mimovolně pomocovní objevilo poprvé? po porodu po bříšní operaci v přechodu jiný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kolik dětí jste porodila? žádné 1-3 4 a více	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Počet dětí a porodní hmotnost nad 4 kg 0 1 2 a více	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Menstruujete ještě? ano ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pročkáte jste již bříšní operaci? ano, jakou? ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pochybnost při močení? ano, během močení ano, po močení ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kolikrát během dne močíte? každou 3-4 hodiny každou 1-2 hodiny každou půl hodiny nebo častěji je to různé, při rozložení	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budíte se v noci, protože máte sušit na moč? Jak často v noci močíte? někdy jedinou, nepravidelně 1-4x 5 a vícekrát	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pomocujete se v noci při spánku, aniž byste s tím věděli? ne, nikdy přibližně, zřídka často, pravidelně	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Máte-li nucení na moč, musíte jít hned nebo můžete počkat? někdy častěji musíte jít hned, během 10-15 minut musíte jít hned, během 1-5 minut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stane se někdy, že nestihnete dojet na záchod a již cestou se pomocíte? někdy zřídka, nejt. při nachlazení přibližně pravidelně, často	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stane se někdy, že máte náhle silné nucení na moč a brzy poté se zcela neprospěšně pomocíte, aniž by se tomu dala zabránit? ne zřídka často	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Docházíte někdy více přerušit proud moči? ano ne někdy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Máte pocit, že Váš močový měchýř je po vymočení prázdný? ano ne ne vždy někdy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Často jen obtížně potlačíte sušení na moč je pro jiné; včetně to není problém přibližně má vadí velmi má vadí neustále má vadí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kolik vážíte? několik nad 80 kg 51-80 kg 41-70 kg 71-80 kg více nad 80 kg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trpíte zácpou? ano ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce? ano ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prosím nechat nevyplněné	
skóre pro sukavou inkontinenci	<input type="checkbox"/>
skóre pro stresovou inkontinenci	<input type="checkbox"/>
diagnóza	<input type="checkbox"/>

Dostupné na :

[http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/priloha-1-gaudenzuv-dotaznik-](http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/priloha-1-gaudenzuv-dotaznik-157925)

157925

Příloha č. 4 – Cviky na posílení pánevního dna

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. hýžďové) 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 dolními končetinami, v oporu o plošky nohou. S nádechem sepněte svěrač močové trubice, vtáhněte pochvu a zadržte postupně na **3, 5 až 7 sekund**. S výdechem uvolněte. Kontrola správnosti provedení cviku: jedna 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, dolní končetiny mírně naklizené v kolenních, pažě volně podél těla. S nádechem přitáhněte špičky nohou, sepněte vnitřní kotníky a kolena, zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, kotníky a kolena od sebe.



3.

Základní poloha: lež na zádech, dolní končetiny překřížené v kotních, pažě volně podél těla. S nádechem přitáhněte špičky nohou, propněte kolena o prstičky paleč včetně dnů do podlahy, zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, kolena, pažě.



4.

Základní poloha: vzpor klečmo s oporem o předloktí, kolena a kotníky volně vedle sebe. S nádechem sepněte vnitřní kotníky a kolena, zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem rozepněte část dolních končetin od sebe do stran.



5.

Základní poloha: vzpor klečmo s oporem o dlaně, kolena asi 20 cm od sebe – „pravoúhlá kotlička“. S výdechem suťte pravé koleno k levému lokti s dopnutím hlavy. S nádechem vraťte koleno zpět do oporu, cvik opakujte druhým kolenním.



6.

Základní poloha: stoj v mírném předklonu, naklizené dolní končetiny v kolenních, v ruce držíme krabici nebo velký míč. S nádechem pažě předpažte do úrovně očí (současně automaticky zapnete svaly pánevního dna), postupně zadržte na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem se vraťte zpět do mírně předkloněného stáje.



7.

Základní poloha: vzpřímený stoj, chodidla asi 5 cm od sebe, pažě složené v loktech. S nádechem sepněte pažě, lýčka, hýžďové a břišní svaly a zároveň zatlačte lopatky dozadu k sobě – zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte lopatky, hýžďové svaly, lýčka a pažě do rozponu (od sebe).

Dostupné na :

[http://www.tenacz.cz/Documents/6_Region_East/Czech%20republic/Document s/cviky.pdf](http://www.tenacz.cz/Documents/6_Region_East/Czech%20republic/Document%20s/cviky.pdf)

