

Inkontinence moči a sexualita ženy

Markéta Sedláčková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Sedláčková**
Osobní číslo: **H16384**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Inkontinence moči a sexualita ženy**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

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

Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu vlivu močové inkontinence na sexualitu ženy.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HORČIČKA, Lukáš. Inkontinence moči v každodenní praxi. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.

JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. Skills for midwifery practice. Edinburgh: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.

KAWACIUK, Ivan. Urologie. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7.

MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

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

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17.5.2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to části teoretické a praktické. Teoretická část nabízí pohled na problematiku močové inkontinence, její klasifikaci, popis rizikových faktorů a příčin, diagnostiku a pohled na specializovaná vyšetření a ukazuje možnosti léčby. Popsány jsou i základní poznatky o ženské sexualitě a souvislost s močovou inkontinencí. Kvantitativní formou je pojata část praktická, jedná se o dotazníkové šetření s cílem zjistit vliv močové inkontinence na sexuální život ženy.

Klíčová slova: inkontinence moči, sexualita, sexuální život, žena, urogynekologie, stresová inkontinence

ABSTRACT

Bachelor thesis is divided into two parts, the theoretical and the practical part. The theoretical part takes a view on the issue of urinary incontinence, its classification, description of risk factors and causes, diagnostics and view on specialized examinations and shows possibilities of treatment. Basic knowledge of female sexuality and its association with urinary incontinence are also described. The practical part is a quantitative form, it is a questionnaire survey in order to determine the effect of urinary incontinence on the sexual life of a woman.

Keywords: urinary incontinence, sexuality, sex life, woman, urogynecology, stress urinary incontinence

Velké díky patří vedoucímu mé bakalářské práce, panu MUDr. Zdeňkovi Adamíkovi, PhD., za cenné rady a vedení mé práce.

Též děkuji jmenovitě paní Aleně Migdalové a personálu ambulance urogynekologie a oddělení gynekologie KNTB Zlín, a.s. za vstřícný přístup a pomoc při realizaci výzkumného šetření, stejně tak jako všem ženám, které vyplnily dotazník. V neposlední řadě děkuji rodině a přátelům za podporu při studiu a tvorbě této práce.

„Sex je hybná síla světa a psát o něm není nic neobvyklého.“

Jackie Collinsová

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 INKONTINENCE MOČI	12
2 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE	14
2.1 STRESOVÁ INKONTINENCE.....	15
2.2 URGENTNÍ INKONTINENCE, HYPERAKTIVNÍ MOČOVÝ MĚCHÝŘ (OAB).....	15
2.3 REFLEXNÍ INKONTINENCE	16
2.4 PŘEPADOVÁ INKONTINENCE	16
3 RIZIKOVÉ FAKTORY A PŘÍČINY MOČOVÉ INKONTINENCE	17
4 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE	18
4.1 ANAMNÉZA	18
4.2 FYZIKÁLNÍ A LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	18
4.3 ZOBRAZOVACÍ METODY	19
4.4 URODYNAMICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	19
5 MOŽNOSTI LÉČBY MOČOVÉ INKONTINENCE	20
5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	20
5.2 OPERAČNÍ POSTUPY.....	22
6 SEXUALITA ŽENY	24
6.1 INKONTINENCE MOČI A SEXUALITA ŽENY	24
6.2 ÚNIK TEKUTINY.....	25
6.3 VLIV UROGYNEKOLOGICKÉ OPERACE NA ŽENSKOU SEXUALITU	26
6.4 CYKLUS ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ AKTIVITY	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
7 METODIKA PRÁCE	29
7.1 CÍLE PRÁCE	29
7.2 METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	29
7.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	29
8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	30
9 DISKUSE	47
9.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	48
ZÁVĚR	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55

SEZNAM TABULEK.....	56
SEZNAM GRAFŮ	57

ÚVOD

Následujícími řádky této bakalářské práce hovoříme o tématu „Inkontinence moči a sexualita ženy“. Tento problém zcela jistě narušuje kvalitu života. Dotyční trpí tělesnými symptomy, ale mohou je sužovat i psychické problémy, nebo bývají sociálně izolováni.

Jako studenti i zdravotničtí pracovníci se s močovou inkontinencí setkáváme, jde o rozšířený problém. Nejedná se také vždy pouze o ženy, můžeme se setkat i s péčí o klienty – muže, kteří tímto symptomem trpí. Pravdou je, že se ve většině případů jedná spíše o seniory, z čehož vyplývá, že riziko močové inkontinence se prokazatelně zvyšuje s věkem. Nicméně ani mladé ženy nejsou bohužel výjimkou a můžeme se s nimi z profesního hlediska setkat například na oddělení gynekologie nebo v urogynekologické ambulanci. Je tedy třeba mít základní znalost, co se inkontinence týče, alespoň do té míry, abychom mohli ženu edukovat o důležitosti specializovaného vyšetření, možnostech léčby nebo hygieně a dostupných pomůckách. Informované pacientky jsou pak pacientkami klidnějšími a mnohé z nich potom i mnohem více odhodlané svůj problém aktivně řešit. Možnosti léčby jsou různé a odvíjí se od toho, jakým druhem inkontinence žena trpí. K tomuto zjištění je třeba důkladná a správná diagnóza. Mnoho žen vyhledá pomoc, až když inkontinence nepříjemně zasahuje do každodenního života, protože se stydí tento problém řešit.

V oblasti sexuality je inkontinence pochopitelně ještě o něco citlivějším tématem. Psychika velmi úzce souvisí s tělesnou stránkou, je tedy pochopitelné, že ženy mohou trpět sexuálními dysfunkcemi z důvodu strachu, nebo úzkostí kvůli pocitům méněcennosti či obav z fyzických projevů a symptomů močové inkontinence, jako je zápach nebo samovolný únik moči během soulože. Ženy pak může sužovat vaginální suchost nebo dyspareunie.

Právě proto, že močová inkontinence je problém, kterým mohou trpět ženy různého věku a z různých příčin, a sexualita je citlivým tématem, ale týká se téměř každé ženy, cílem práce je zjistit vliv močové inkontinence na sexuální život ženy.

Práci pojímáme jako jakýsi náhled na problematiku močové inkontinence a její obecný popis. Předpokládáme, že je důležité mít o tomto fenoménu povědomí, a to nejen jako zdravotník, ženy celkově by měly znát alespoň základní informace o svém těle a možnostech prevence, případně včasného řešení. A každá nemoc či symptom se stává méně snesitelným, zasahuje-li negativně do kvality života. A to močová inkontinence rozhodně zasahuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 INKONTINENCE MOČI

Mikce a kontinence vyžaduje plně fungující renální systém a správnou koordinaci mezi nervovým systémem a ostatními strukturami. Močení může negativně ovlivňovat mnoho faktorů, mezi něž řadíme kupříkladu stres, osobní návyky, nedostatečný či přílišný svalový tonus, infekci močových cest, také graviditu, chronická onemocnění, a jiné. Tyto faktory mohou způsobovat právě poruchu kontinence, a sice inkontinenci moči. (Johnson, 2016, s. 116-117)

Inkontinence moči je definována jako nechtěný, vůlí neovladatelný únik moči. Definici vytvořila Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society – ICS). Inkontinence není choroba, nýbrž symptom, který může provázet řadu různých nemocí a problémů. (Hořčíčka, 2017, s. 15-19)

Jedná se o jednu z nejčastějších zdravotních potíží, kterou trpí nejen ženy, ale i muži. Objevuje se v různém věku a z různých příčin. Rozlišujeme i více forem, kdy některé ženy mohou pociťovat inkontinenci jako velmi mírnou, naproti tomu jsou ženy, které trpí velmi závažnými problémy v souvislosti s inkontinencí a dopadem na kvalitu života. Pro mnohé z nich tedy může být snadné se vyrovnat se zhoršenou funkcí vlastního těla, kdežto pro jiné ženy se to může jevit jako závažný problém související nejen s psychikou. Zásadním důvodem k duševní nepohodě totiž nemusí být samotný fyzický projev, ale frustrace z jakési ztráty kontroly nad svým tělem. Okolí, nebo i samy ženy sebe mohou přijímat svým způsobem jako nějak omezené či nesoběstačné. V době pokročilé medicíny, osvěty a dostupnosti pomůcek a léčby však není důvod omezovat oblíbené a zvyklé aktivity, jen se naučit přizpůsobit. (Genadry, 2013, s. 13-14)

Ačkoliv inkontinence bývá u starších dospělých častá, nejedná se vždy o fyziologický důsledek stárnutí a ve většině případů může být úspěšně léčena. Všichni pacienti by měli být lékařem dotazováni na případné potíže s mikcí. (Kozier, 2012, s. 639)

Inkontinence moči je také důležitým problémem ekonomickým z důvodu finančních nákladů na léčbu. Problémem sociálním je inkontinence moči v souvislosti s kvalitou života. Dopad na obecnou psychickou pohodu žen mívají sexuální dysfunkce a problémy s nimi spojené. Vzhledem k anatomické blízkosti systému močového a reprodukčního je tedy patrné, že se i tyto intimní problémy budou vyskytovat. (Mota, 2017)

Na základě dokonalé diagnostiky určujeme typ a závažnost inkontinence. Existují různé systémy její klasifikace. Kupříkladu klasifikace Ingelmanové-Sundbergové hodnotí závažnost na základě podnětu a skutečného úniku moči. Je rozdělena do tří stupňů. (Kawaciuk, 2009, s. 273)

Klasifikace Ingelmanové-Sundbergové

Tabulka 1: Klasifikace IM dle Ingelmanové-Sundbergové

Stupeň závažnosti	Únik moči	Stresový podnět
I. stupeň	Po kapkách	Silnější (náhlé zvedání těžkého břemene, kašel, kýchání)
II. stupeň	Znatelnější	Méně intenzivní (chůze, běh, rychlejší otočení, lehčí práce)
III. stupeň	Větší porce	Minimální (hlubší nádech)

(Kawaciuk, 2009, s. 273)

2 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE

Kontinence, tedy udržení moče a správného fungování vylučovací soustavy, lze docílit na základě správné funkce močového měchýře a uretry. Těmi jsou funkce jímací a vyprazdňovací. Mikce je děj, jehož průběh rovněž souvisí s funkcí nervů, svalů a cévního zásobení. (Hanuš, 2001, s. 48)

Jelikož je etiologie multifaktoriální, rozdělujeme ženskou inkontinenci moči do dvou hlavních skupin, a to častěji se vyskytující uretrální, kdy hovoříme o úniku moči uretrou, a méně častou formu extrauretrální. Do této skupiny řadíme stavy vrozené, jako nejruznější anatomické odchylky ureteru nebo měchýře, a získané, kam lze zařadit například píštěle. (Léčba močové inkontinence u žen, 2016, s. 1-2)

Klasifikace inkontinence moči

Tabulka 2: Klasifikace IM

Inkontinence uretrální	Inkontinence extrauretrální
Stresová inkontinence (SI)	Vrozená
Urgentní inkontinence (UI)	Získaná
Reflexní inkontinence	
Přepadová inkontinence	

(Adamík, 2012, s. 474)

Některá literatura uvádí i rozdělení inkontinence na absolutní a funkční. Přičemž absolutní inkontinencí rozumíme kontinuální únik moči, kde bývají příčinou fistuly, nefunkční uretra, nebo některé vrozené vady. Při funkční inkontinenci jsou důvody jiné než urologické či neurologické, a sice důvody fyzického či psychického onemocnění. Jedná se nejčastěji o infekce močových cest, gynekologické záněty, poruchy endokrinního systému nebo sníženou mobilitu. (Pilka, 2017, s. 285)

2.1 Stresová inkontinence

Náhlý únik malého množství moče při kašli, zvedání břemene, kýčání, nebo při ostatních aktivitách, při nichž se zvyšuje intraabdominální tlak, nazýváme stresovou inkontinencí. Tento typ inkontinence bývá nejčastější u žen po porodu nebo u žen v menopauze. V tomto období bývá inkontinence spojena zejména s ochabováním tkání pánve. (Kawaciuk, 2009, s. 267-268)

Jedná se o častý problém, kterým trpí až 8% žen. Se symptomy stresové inkontinence, které nejsou nijak závažné či významné a vyskytují se nárazově, se setká i více než polovina žen. Kdežto některou z forem závažné inkontinence trpí cca 20% žen. Prevalence se zvyšuje s věkem. Výzkumy jsou velmi komplikovány citlivostí tématu, ženy svůj problém tají, může být považován za tabu. Ne každá žena trpící močovou inkontinencí totiž vyhledá odbornou pomoc. (Krhut, 2014)

Pro kontinenci je nutné, aby fungoval uzávěrový mechanismus, uretrovezikální junkce plnila svou funkci a tlak uretry převyšoval tlak měchýře. Problém tedy nastává při insuficienci uzávěrového mechanismu, tedy kdy tlak intravezikální převyšuje tlak uretrální. (Dzvinčuk, Müller a Látalová, 2008, s. 90-91)

Podíl na stresové inkontinenci často mívá hypermobilita uretry, kdy v důsledku porušení závěsného aparátu dolních cest močových dojde k patologii funkce uzávěrového mechanismu, což se projevuje únikem moči při zvýšení intraabdominálního tlaku. Další příčinou bývá insuficience vnitřního sfinkteru či jiné příčiny jako těžká fyzická práce, hormonální změny, apod. (Kolombo, 2008, s. 292-295)

2.2 Urgentní inkontinence, hyperaktivní močový měchýř (OAB)

ICS byly definovány čtyři základní příznaky OAB. Jedná se o urgence, a sice nutkání se vymočit, kdy není snadné je oddálit, a tyto pocity nejsou závislé na množství moči v měchýři. Dále urgentní inkontinence neboli únik moči s náhlým nucením na močení. Frekvence, čili časté močení je dalším z příznaků. Posledním z nich je nykturie, nucení na močení během spánku a následné buzení a narušování spánku. Urgentní inkontinence je tedy součástí syndromu OAB. (Martan, 2013, s. 26-27)

Za fyziologických podmínek je během plnění měchýře močí detruzor relaxovaný. O syndromu hyperaktivního močového měchýře hovoříme tehdy, je-li zvýšena kontraktilita de-

truzoru, a to i při snížených objemech tekutiny v měchýři. (Hornák a Goncalves, 2009, s. 205)

Tento druh inkontinence bývá většinou symptomem určitého onemocnění, má nějaký podklad. Je tedy třeba pátrat pro primární příčině. (Kawaciuk, 2009, s. 268)

2.3 Reflexní inkontinence

Jedná se o neovladatelný únik moči z důvodu poškození centrálního nervového systému. K úniku dochází kvůli zvýšené aktivitě mikčních reflexů míšního centra. Na rozdíl od UI nepřichází urgence, mikce tedy může přicházet nečekaně. (Martan, 2006, s. 38-39)

Poškození CNS je následkem nějakého míšního traumatu či neurologického onemocnění. Příčinami poranění mohou být nejrůznější úrazy jako dopravní či sportovní, autohavárie, pády z výšky nebo skoky do vody. Inkontinenci může vyvolat například cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza a jiné. (Hořčíčka, 2015, s. 93-95)

2.4 Přepadová inkontinence

Přepadovou, jinými slovy overflow či paradoxní inkontinencí rozumíme únik moči z důvodu přetékání přeplněného močového měchýře, což vzniká na podkladě obstrukce a následně retence moče a velkých objemů močového rezidua. U takto nemocných se močový měchýř při mikci nikdy nevyprázdí kompletně. Pozorujeme tedy odkapávání moče nebo únik v malých množstvích. (Kawaciuk, 2009, s. 268)

Přepětí stěny měchýře způsobí únik moči, nikoliv aktivita detruzoru. I pohledem lze sledovat naplněný měchýř, je možno jej palpat až v oblasti pupku. Močové reziduum nám pak může potvrdit ultrazvukové vyšetření, kde můžeme vidět náplň měchýře velkým množstvím moči, často i více než litru. (Čermák a Pacík, 2006, s. 25)

Tento typ inkontinence je nejčastěji vyvolán neuropatií močového měchýře, jejíž primární příčinou mohou být například neurologická onemocnění jako nádory či roztroušená skleróza. (Pilka, 2017, s. 285)

3 RIZIKOVÉ FAKTORY A PŘÍČINY MOČOVÉ INKONTINENCE

V problematice močové inkontinence lze hovořit o multifaktoriální příčině. Velmi významným rizikovým faktorem je ale pohlaví. Ženy mají vyšší sklon a pravděpodobnost k výskytu tohoto problému v průběhu života, a to třikrát vyšší než muži. Tento rozdíl se může vytrácet v seniu, kdy u mužů potíže s kontinencí může souviset například se stavy po operacích prostaty. (Roztočil, 2011, s. 289)

Faktory, které hrají roli při vzniku a průběhu inkontinence jsou různé. Víme, že četnost výskytu IM stoupá s věkem a je taktéž častější u žen než mužů. Podle některých názorů může hrát roli i rasa, což může být způsobeno spíše zhoršeným přístupem ke zdravotní péči a jinými faktory. Svou roli hraje rovněž tělesná hmotnost, čili obezita a zvyšující se BMI má vliv na závažnost IM. (Hořčíčka, 2015, s. 17)

Vyšší výskyt IM u žen můžeme vysvětlovat například vlivem těhotenství, kdy bývá inkontinence přechodná. Dále může být na vině porod, menopauza nebo gynekologické a urologické operace. Porod jako rizikový faktor je velmi diskutované téma, a to zejména problematika délky druhé doby porodní, provedení epiziotomie nebo jiných porodnických operací, či vyšší váhy plodu. Dále ženy v klimakteriu trpí deficitem estrogenů, což má za následek atrofii sliznic. Operační zákroky prováděné v malé pánvi mohou být příčinou IM z důvodu možných anatomických změn či denervace močových cest. (Hořčíčka, 2015, s. 17)

Příčinou tohoto problému může být již zmíněné těhotenství, porod včetně porodního poranění či gynekologické operace. Dalšími činiteli jsou chronická onemocnění neurologická nebo metabolická, či patologie močových cest. Taktéž některé medikamenty mohou vyvolat inkontinenci, a to léky zvyšující diurézu nebo ovlivňující aktivitu detruzoru, či zhoršují funkce sfinkteru. Jedná se o spasmolytika, antidepressiva, antihistaminika nebo vybraná farmaka ze skupiny antihypertenziv. Důležitým bodem je životní styl a fyzická zátěž. Je-li přílišná (těžká břemena, bojové sporty, apod.), může mít negativní vliv na kontinenci. S životním stylem souvisí i různé návyky, například kouření. To může být příčinou ve smyslu kašle způsobujícím tlaky do pánevního dna. Je třeba taktéž myslet na pestrou stravu a dostatek vlákniny, jelikož častá obstipace je taktéž riziková z důvodu zvyšování intraabdominálního tlaku. (Hořčíčka, 2015, s. 25-26)

4 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE

Základní diagnostika sestává především z důkladné anamnézy, což zahrnuje informace anamnézy rodinné, osobní, urologické, gynekologické, apod. Užívanou formou sběru údajů bývají dotazníky nebo mikční karta. Provádí se taktéž fyzikální a gynekologické vyšetření. Nedílnou součástí bývá laboratorní vyšetření moči. Velmi cenné, také pro jejich neinvazivitu, jsou výsledky vyšetření zobrazovacími metodami, zejména ultrazvukem. Provádět lze i různá instrumentální vyšetření a specializovaná urodynamická vyšetření. (Hanuš, 2011, s. 50)

4.1 Anamnéza

Anamnéza, rozhovor lékaře s pacientkou, obvykle sestává s anamnézy rodinné, osobní, gynekologické a porodnické. Zjišťujeme také určité informace z oblasti pracovní, kde nás může zajímat druh práce (zvedání těžkých břemen, atp.). Ve vztahu k mikci a urologickým obtížím se používají dotazníky ke zjištění kvality života, kvality sexuálního života a inkontinence moči, apod. Důležitou součástí ke sledování bilance tekutin, epizod inkontinence a mikčních návyků je mikční deník nebo mikční karta, která slouží k zaznamenávání informací pacientkou v domácím prostředí. Tento dokument pak žena předkládá při kontrolách v urologické nebo urogynekologické ambulanci. (Martan, 2013, s. 38-39)

Nejznámějším dotazníkem je Gaudenzův dotazník. Pomáhá ve stanovení diagnózy, tj. typu inkontinence. Je vhodné, aby ho pacientka vyplnila v soukromí a v pohodlí domova. (Zikmund, 2001, s. 55-58)

4.2 Fyzikální a laboratorní vyšetření

Soustředíme se na výskyt tělesných znaků, které by mohly souviset s inkontinencí. Mezi základní vyšetření tedy řadíme vyšetření břicha, vyšetření per rectum, orientační neurologické vyšetření a gynekologické vyšetření. (Čermák a Pacík, 2006, s. 39)

Během gynekologického vyšetření je možno zhodnotit stav uložení orgánů nebo možné defekty dna pánevního. (Adamík, 2012, s. 475)

Laboratorní vyšetření moči je důležité pro vyloučení močové infekce či jiných chorob. Vyšetřujeme moč chemicky, mikrobiologicky, a také hodnotíme nález v močovém sedimentu. (Čermák a Pacík, 2006, s. 40)

4.3 Zobrazovací metody

V dnešní době je základní zobrazovací metodou ultrazvukové vyšetření. A to jak na počátku diagnostiky inkontinence a sledování postmikčního rezidua nebo uložení a stavu orgánů pánve a urotraktu, tak při hodnocení úspěchu operační léčby. (Martan, 2006, s. 43-44)

Využíváme několik přístupů, a to transabdominální (zejména k průkazu či změření postmikčního rezidua), dále poševní či perineální. (Kawaciuk, 2009, s. 274)

U inkontinentních pacientek nás v rámci sonografického vyšetření zajímá měření mobility hrdla močového měchýře, vezikalizace uretry, ultrazvukově lze zjistit i postmikční reziduum, což je oproti metodě cévkování neinvazivní řešení. Dále je možno měřit sílu stěny měchýře nebo jeho váhy či patologií měchýře či uretry. UZ vyšetření nám taktéž umožňuje hodnocení léčby, a to zejména léčby operační. (Pilka, 2017, s. 287-289)

4.4 Urodynamické vyšetřovací metody

Urodynamické metody hodnotí základní kritéria, a to tlaky v močovém měchýři a uretře, průtok moči a elektrické svalové potenciály. Pro diagnostiku urgentní inkontinence je vhodná cystometrie, metoda, která funguje na principu plnění a zaznamenávání tlaků v měchýři v závislosti na objemu. Lze vyčíst mnoho parametrů popisujících stav a chování měchýře. Naproti tomu při diagnostice stresové inkontinence, je možno využít metody profilometrie, kde je speciálním katétrem měřen uretrální tlak v klidu a při zvýšeném intraabdominálním tlaku. Uroflowmetrie je neinvazivní vyšetření průtoku objemu moči za jednotku času. Výstupem bývá záznam, z něhož lze vyčíst případné reziduum nebo obstrukci. Nepříliš rozšířenou metodou je EMG pro měření změn svalových elektrických potenciálů. (Adamík, 2012, s. 475)

5 MOŽNOSTI LÉČBY MOČOVÉ INKONTINENCE

Léčbu je možno rozdělit na konzervativní a operační. Existuje mnoho možností a přístupů v terapii IM, stejně jako je možno rozlišit více jejích typů. Například se můžeme setkat s inkontinencí smíšenou, kde je nutno léčit postupně a zaměřit se nejprve na akutní problém urgencí. Od diagnostiky se tedy odvíjí léčba. (Adamík, 2012, s. 475-476)

Obecně platí, že se v léčbě začíná od konzervativních metod. Až po jejich selhání a neúspěchu volíme chirurgické terapeutické metody. Některé typy léčby jsou ale vhodné jen pro určitý typ IM. (Genadry, 2013, s. 83)

Obecně lze říci, že v léčbě urgentní inkontinence se zaměřujeme buďto na snížení aktivity močového měchýře či obnovení inhibice CNS, což můžeme chápat jako „trénink močového měchýře vůlí“. V terapii inkontinence stresové je spousta možností, záleží tedy na vyvolávací příčině tohoto problému. (Zikmund, 2001, s. 90-94)

5.1 Konzervativní léčba

Konzervativním řešením rozumíme řadu přístupů, jako jsou například obecná behaviorální opatření, rehabilitace, edukace, či terapie pomocí medikamentů. (Roztočil, 2011, s. 305)

Je-li jednou z příčin inkontinence nadváha, doporučuje se snížení tělesné hmotnosti, avšak ne na úkor extrémního zatížení pánevního dna přílišnou fyzickou námahou, zejména jednostranným namáháním. Druhým extrémem je dlouhodobá nečinnost. Je tedy nutné fyzickou námahu vyvážit. (Krhut, 2014)

V léčbě hyperaktivního měchýře a urgentní inkontinence využíváme i některá dietní opatření. Může pomoci eliminovat kávu a černý čaj, které mají močopudný účinek, taktéž dráždivou stravu, jako jsou kořeněná jídla. (Hanuš, 2011, s. 50)

Rehabilitování svalů pánevního dna se osvědčilo v terapii stresové inkontinence. Rehabilitace tonizuje tyto svaly a tím napomáhá kontinenci, stejně tak jako zvyšováním tlaku v uretře. Zlepšováním těchto parametrů dochází k posílení těchto struktur a na základě toho je tělo schopno udržet moč i během tzv. stresových manévrů. Rehabilitací rozumíme například nejruznější cvičení, příkladem jsou Kegelovy cviky. Rovněž ženy mohou cvičit s vaginálními konusy nebo jinými předměty o různých hmotnostech. Možností je i elektrostimulace nervosvalových struktur pánevních orgánů. (Hanuš, 2011, s. 51)

Co se medikamentózní léčby týče, k terapii stresové inkontinence bývá doporučována, a bývá i velmi úspěšná, spíše léčba chirurgická, nicméně řada pacientek, zejména těch, jejichž potíže nejsou natolik závažné, pochopitelně invazivní zákroky odmítají. I přesto, že je možnost některá farmaka používat, neexistují žádná, která by byla k léčbě SI celosvětově schválena. (Martan, 2006, s. 48-49).

Terapie farmaky má využití spíše u urgentní formy. U formy stresové má význam velmi omezený. Obecně lze užívat preparáty hormonální, a sice estrogeny, dále sympatomimetika, tricyklická antidepresiva nebo duloxetine. (Adamík, 2012, s. 475)

Duloxetin působí centrálně jako inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, známý je také jako antidepresivum. Léčebným efektem duloxetinu je zvýšení trvalého tonu svěrače. (Martan, 2006, s. 54-55)

V léčbě urgentní inkontinence máme na výběr větší množství léčiv. Jedná se především o parasymptolytika, beta-mimetika, alfa-sympatolytika, tricyklická antidepresiva nebo hormony. Princip léčby spočívá v působení na jednotlivé receptory v močových cestách. (Čermák a Pacík, 2006, s. 76-82)

Cílem léčby farmaky u urgentní formy je snížení aktivity detruzoru pro potlačení urgencí a zvýšení funkční kapacity měchýře. Tyto léky se podílí na snížení kontraktility močového měchýře. Jedná se zejména o farmaka s účinkem parasymptolytickým nebo současně spasmolytickým. Používají se blokátory muskarinových receptorů, tzv. anticholinergika, tricyklická antidepresiva či beta₃-adrenergní agonisté nebo hormony. (Horčíčka, 2015, s. 50-60)

U žen v klimakteriu je k léčbě vhodné užití hormonů, estrogenů. Jejich nedostatek v postmenopauzálním období může mít za následek atrofii epitelu, což je vyvolávajícím činitelem urgencí. (Zikmund, 2001, s. 91)

5.2 Operační postupy

V případě, že selžou postupy konzervativní, zabýváme se možnostmi operačního řešení. K nim se obracíme zejména v případech inkontinence stresové. Rozeznáváme více typů operací, a to operace závěsné, smyčkové, operace pomocí implantátů, až laparoskopické výkony. (Genadry, 2013, s. 101-120)

Chirurgické techniky slingové, tzv. páskové, se prosazují díky účinnosti a nízké invazivitě. V případě stresové inkontinence bývají operační léčbou první volby, a to u všech jejích typů. Páskovými operacemi je možno napravit i operace neúspěšné. (Poršová, Porš a Kolombo, 2011, s. 66-69)

Indikací pro provedení operace touto metodou je hypermobilita uretry nebo insuficience svěrače, je proto řešením právě stresové inkontinence. (Čermák a Pacík, 2006, s. 70)

Aplikací pásky se močová trubice stane odolnou vůči tlaku, páska je její podporou a tím zůstává při zvýšení intraabdominálního tlaku uretra uzavřena. Podle možností zavedení pásky je možno rozlišit několik způsobů tohoto výkonu. (Winterová a Víšková, 2007)

Jednou z možností je zavedení retropubické. Jedná se o zavedení pružné polypropylenové pásky suburetrálně a je vyvedena za symfýzu. Výkon se provádí v lokální anestezii, kdy žena spolupracuje s operátorem prováděním stresových manévřů (kašel apod.), díky čemuž je možno pásku upevnit tak, aby zabránila hypermobilitě uretry. Principem tahuprostosti je zachycení pásky v pojivové tkáni. (Genadry, 2013, s. 117-118)

Stran komplikací se nejčastěji u zavádění TVT může jednat o perforaci stěny močového měchýře jehlou. Po výkonu se tedy rutinně provádí cystoskopie k případnému vyjmutí a znovuzavedení. I když se jedná o komplikaci vzácnější, obáváme se také větší krevní ztráty (nad 200 ml), která, přetrvává-li, je nutno provést revizi. Vzácnější, ale zato nejzávažnější komplikací může být poranění velkých cév. (Hubka, 2015, s. 18)

Rozdílem mezi předcházející a touto metodou, a sice metodou TOT, je způsob zavedení. TOT páska je zavedena též suburetrálně a je ze stejného materiálu, ale prochází přes foramen obturatum. Zavedení pásky je možné dvěma způsoby, a to zevnitř ven (in-out) či zevně dovnitř (out-in). (Hořčíčka, 2015, s. 72)

Nejčastější komplikací je bolest v tříslech, která maximálně do několika týdnů ustupuje. Problém nastává, pokud bolest stále přetrvává. V takovém případě by byla nutná exstirpace pásky. Příčinou této bolesti může být otok tkání kolem zavedené pásky či dráždění obturatorního nervu. (Hubka, 2015, s. 18-19)

Mezi další, i když v současné době velmi výjimečně využívané, možnosti zákroku s použitím pásek patří například minipásky MiniArc nebo Ajust. (Martan, 2013, s. 81-83)

Dalším typem chirurgické léčby jsou závěsné operace, které lze provádět laparoskopicky či retropubicky. Nejedná se o možnost první volby, jelikož hovoříme o náročnější operaci, která představuje i větší zátěž pro ženu. Proto je využití těchto typů operací spíše omezeno pro určité případy reoperací. (Adamík, 2012, s. 476)

Příkladem závěsné operace je tzv. Kolpoplexis sec. Burch, při níž je fixována uretra k ligamentu iliopectineu suturou. (Martan, 2013, s. 54)

Zejména díky klimakteriu a hormonálním změnám u žen často dochází k descensu (sestupu), až prolapsu, neboli výhřezu pohlavních orgánů a zejména dělohy, vlivem atrofie závěsného aparátu, který přestává plně plnit svoji funkci. I to může být příčinou močové inkontinence. Orgány mohou prolabovat skrze hiatus urogenitalis, který lze rozdělit na tři kompartmenty. Podle lokalizace defektu určujeme typ operace. (Martan, 2013, s. 97-113)

6 SEXUALITA ŽENY

Dříve se o ženské sexualitě příliš otevřeně nemluvalo. Je pravdou, že psychické i tělesné prožitky ženy ze sexuálních aktivit se nepovažovaly za důležité. Žena byla považována za jakýsi nástroj pro reprodukci. Rozdíly mezi muži a ženami jsou samozřejmě už pouhým okem ve věcech anatomie pohlavních orgánů, nicméně rozdíly sledujeme i v sexualitě jako takové, v jejím prožívání. Sexualitu chápeme jako vysoce individuální záležitost, která má velké rozdíly ve vnímání, prožívání, i například v preferovaném způsobu dráždění, a to nejen v rozdílech mezi pohlavími, ale i rozdíly mezi všemi jedinci. Sexualita velmi úzce souvisí s intimitou. (Fojtíková, 2013, s. 10-12)

Na fungování ženské sexuality mají nemalý vliv hormony. Oxytocin, který kromě významné funkce v těhotenství a při porodu a šestinedělí, rovněž vyvolává rytmické stahy svaloviny dělohy při sexuálním dráždění. Oxytocin vzniká v hypotalamu. Dalšími důležitými hormony jsou hormony ovarií. Estrogeny, jež podmiňují typicky ženské chování, způsobují růst prsou a vývoj sekundárních pohlavních znaků. Podílejí se též na řízení změn endometria. Progesteron, nazýván též jako “těhotenský hormon” je významný z hlediska těhotenství a jeho udržení. Estrogeny a progesteron mají nemalý vliv na řízení menstruačního cyklu. (Dylevský, 2000, s. 362-363)

6.1 Inkontinence moči a sexualita ženy

Močová inkontinence má jistě vliv na kvalitu života ženy. A to i na kvalitu života sexuálního. Únik moči zasahuje do sexuálního života každé ženě jinak. Předpokládá se, že močová inkontinence podporuje úzkost a snížení sebedůvěry ženy. Pacientky mají strach ze zápachu nebo úniku moči při pohlavním styku. (Mota, 2017)

Inkontinence moči se podílí na zhoršení kvality života a na vzniku sexuálních dysfunkcí. Ženy trápí nejčastěji pokles libida, vaginální suchost nebo celková nespokojenost v sexuálním životě, která může být pro ženy popudem k léčbě. (Hradec a Zámečník, 2017)

I při zahájení léčby ale může dojít k určité komunikační bariéře, kdy se žena stydí zeptat či objasnit své potíže a lékař nemusí mít tendence pokládat dotazy na toto téma. Sexuální problémy pak nemusí být řešeny komplexně a mohou mít negativní dopad i na partnerský život. Ženy bývají frustrované, nahněvané, může se u nich střídát směsice různých negativních pocitů, která může vyústit až v depresivní poruchy. (Šrámková, 2013)

6.2 Únik tekutiny

Jedním z problémů v sexuálním životě souvisejícím s močovou inkontinencí, může být koitální inkontinence, tedy únik moči během soulože. Nicméně během tohoto aktu ženské tělo vylučuje různé tekutiny, avšak ne vždy se jedná o fyziologické projevy vzrušení. Tyto stavy mohou vést k tomu, že ženy mohou zaměňovat koitální močovou inkontinenci za projev masivního vzrušení a naopak. Při koitální inkontinenci je vylučována moč z močového měchýře a je projevem onemocnění či nějaké poruchy. Trpí-li žena stresovou inkontinencí, můžeme rozlišit koitální inkontinenci penetrační či orgastickou. U poruch detruzoru se setkáváme s orgastickou inkontinencí. (Pastor, 2013)

I přesto, že ženy může únik tekutin mást, není složité rozeznat moč od ženské ejakulace. Využit lze biochemického vyšetření vyloučené tekutiny nebo urodynamického vyšetření. (Hořčíčka, 2015, s. 128)

Právě únik moči nezasahuje jen do sexu jako takového, nebo do aktivit nekoitálních, či autoerotiky. Moč totiž také může způsobovat dermatitidy či dráždit a macerovat kůži genitálu. (Hořčíčka, 2015, s. 121)

Koitální močová inkontinence

Koitální močovou inkontinenci definujeme jako stížnost na nechtěný únik moči při sexuální aktivitě. Lze ji rozdělit na formu penetrační a orgastickou, přičemž penetrační pozorujeme při proniknutí penisu do pochvy a formu orgastickou během orgasmu. Je tedy patrné, že právě proniknutí penisu či hluboká penetrace jsou jedny z okamžiků, které provokují únik moči, obdobně jako vysoké vzrušení, zmíněný orgasmus či dráždění klitorisu. Prevalence koitální inkontinence je výrazně vyšší u žen trpících stresovou formou inkontinence. (Hořčíčka, 2015, s. 128)

Tento problém se vyskytuje až u poloviny žen, které trpí nějakou formou úniku moči. Léčebné řešení problému se odvíjí právě od typu inkontinence. Není to však jednoduché, jelikož je nutno skloubit léčbu základního problému, občas v kombinaci s psychoterapií. Někdy totiž může být terapeutický počin právě vyvolavatelem inkontinence, a to například tehdy, kdy žena trpěla SI, byla při styku kontinentní, a právě po operačním zákroku se koitální inkontinence mohla objevit. Při UI léčíme únik moči medikamentózně. (Weiss, 2010, s., 216)

6.3 Vliv urogynekologické operace na ženskou sexualitu

Operační řešení volíme spíše u žen trpících stresovou formou inkontinence. Preferovány jsou v dnešní době operace páskové, nicméně výběr vhodné operace závisí na různých kritériích jako subjektivní potíže ženy, věk, sexuální život, apod. Chirurgická léčba může mít na sexualitu pozitivní vliv ve smyslu hygieny, a sice odstranění problémů jako je únik moči a tím kožní dysfunkce v oblasti genitálu, dále ve smyslu odstranění dyspareunie nebo zlepšení celkové psychické pohody a zlepšení prožívání sexuálních aktivit. Na druhou stranu se můžeme setkat i s problémy a negativy, které operace může přinést. Jedná se o fistuly, jizvy či keloidy. Co se týče anatomických poměrů, které může operace lehce pozměnit, může se jednat o problém, který znemožňuje uspokojivou sexuální aktivitu. Svou roli hraje samozřejmě i psychika, a sice obavy a strach z operačního výkonu a úzkostlivé myšlenky na ovlivnění sexuálních funkcí. Terapie operací tedy může přinést do života pacientky jak pozitiva, tak negativa, je tedy třeba pečlivě zvážit preferovaný typ operace a veškeré anamnestické údaje ženy. (Weiss, 2010, s. 223)

6.4 Cyklus ženské sexuální aktivity

Americkým gynekologem Williamem Mastersem a sexuoložkou Virginií Johnson byly vypořádány během dlouhého výzkumu tělesné reakce a změny probíhající při sexuální stimulaci. Z tohoto pozorování vzešel model cyklu sexuální aktivity ženy, který tyto fyziologické reakce popisuje a rozděluje do následujících kategorií. (Turčan, Pokorný a Fait, 2012, s. 46-48)

Fáze excitační je vyvolána určitým sexuálním podrážděním a spolu s fází poslední se jedná o nejdelší fáze cyklu. K potřebnému nárůstu pohlavního vzrušení může dojít ale jen tehdy, pokud je udržována žádoucí intenzita tohoto dráždění. Není-li dráždění dostatečně intenzivní nebo je jakkoli nepříjemné, vzrušení opadne či se tato fáze prodlužuje. (Turčan, Pokorný a Fait, 2012, s. 49)

Ve fázi plató dochází, v případě účinné sexuální stimulace, k velmi výraznému až maximálnímu nárůstu vzrušení. V závislosti na dráždění a jeho účinnosti, trvání a individuálním citění, pak dochází k pomyslnému vrcholu, k orgasmu. (Turčan, Pokorný a Fait, 2012, s. 49-50)

Orgasmus, vyvrcholení, trvající v rádu vteřin, je jakýmsi smyslovým vjemem a uvolněním cévního i svalového měštnání. Ženami je vnímán jako velmi intenzivní pocit uvolnění

a opakovaných stahů v oblasti poševního introitu. Pocity, stejně jako trvání této fáze, bývají často ale rozdílné, a to v závislosti na individualitě každé ženy. Podobně jako psychické prožitky během orgasmu, kdy se setkáváme s příjemnými pocity slasti, až po bouřlivé stavy se zastřeným vědomím. (Pastor, 2007, s. 33)

Po prožití orgasmu následuje fáze uvolnění. Je jakýmsi přesunem ke klidovému stavu. Schopnost návratu k dalšímu orgasmu v této fázi mají ženy. Do úplného klidu se tedy člověk dostává teprve po úplném ukončení sexuálních aktivit a dráždění. (Formánek, 2014, s. 15)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

K vytvoření praktické části bakalářské práce jsme zvolili výzkum kvantitativní technikou dotazníku v tištěné i elektronické formě.

7.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Cílem výzkumu bylo zjistit vliv močové inkontinence na sexuální život ženy.

Dílčí cíl č. 1:

Zjistit, zda ženy hovoří se svým partnerem, pokud jej mají, o tomto problému.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, zda dosavadní postupy a léčba inkontinence ženě pomohly i v oblasti sexuálního života.

7.2 Metoda a technika sběru dat

Vzhledem k tématu jsme zvolili metodu výzkumu kvantitativní, a to pomocí dotazníkové techniky.

Dotazník, který jsme vytvořili, (viz Příloha: Dotazník) byl určen ženám, které mají osobní zkušenost s močovou inkontinencí. Nerozlišovali jsme věk, jelikož inkontinencí trpí jak mladé ženy v graviditě či po porodu, tak i ženy starší vlivem jiných faktorů. Dotazník byl anonymní, pouze jsem v závěru zjišťovala věk. Dotazník se skládal z 16 otázek. Všechny otázky byly uzavřené, až na dvě, a některé otázky měly možnost více odpovědí.

7.3 Charakteristika výzkumného vzorku a organizace šetření

Cílovou skupinou byly dospělé ženy, které trpí inkontinencí moči. Neurčovali jsme žádnou horní věkovou hranici, protože inkontinencí trpí ženy jak mladší, tak starší a sexuálně žijí i ženy starší.

Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu března a dubna 2019. Byly rozdány dotazníky pacientkám urogynekologické ambulance KNTB, a.s. ve Zlíně, a to v tištěné formě. Dále byl dotazník zveřejněn i na internetu. Vyplněných dotazníků bylo celkem 100, k analýze bylo použito 95 vyplněných dotazníků.

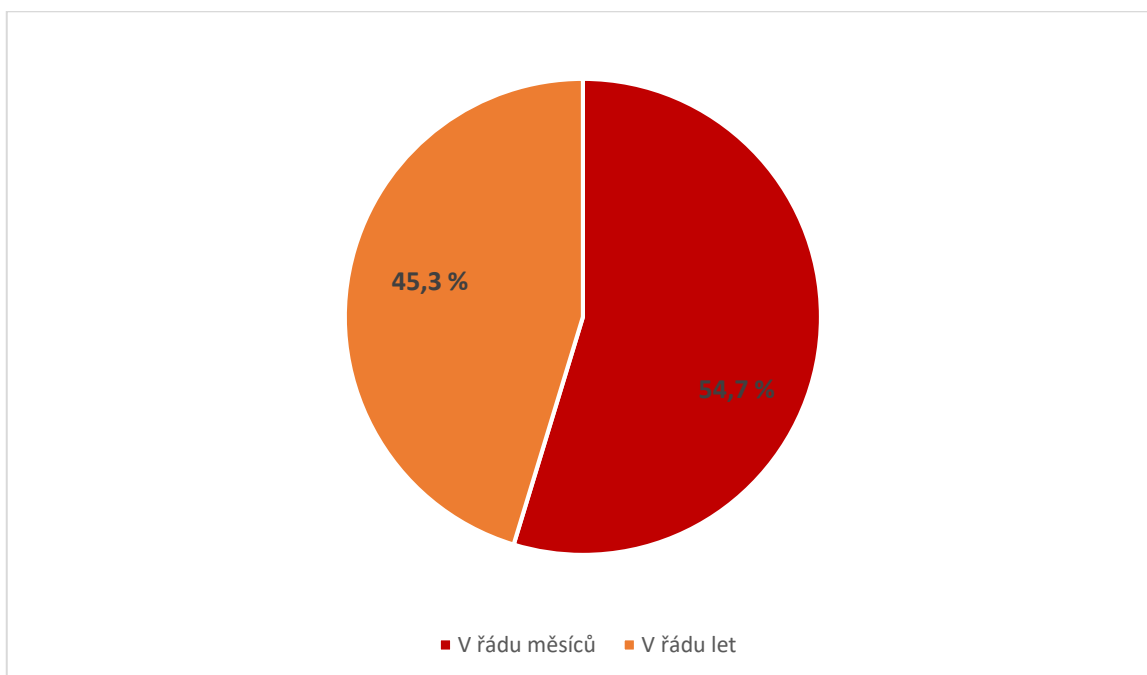
8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Jak dlouho již močovou inkontinencí trpíte?

Tabulka 3: Doba trvání obtíží

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V řádu měsíců	52	54,7 %
V řádu let	43	45,3 %
CELKEM	95	100 %

Graf 1: Doba trvání obtíží



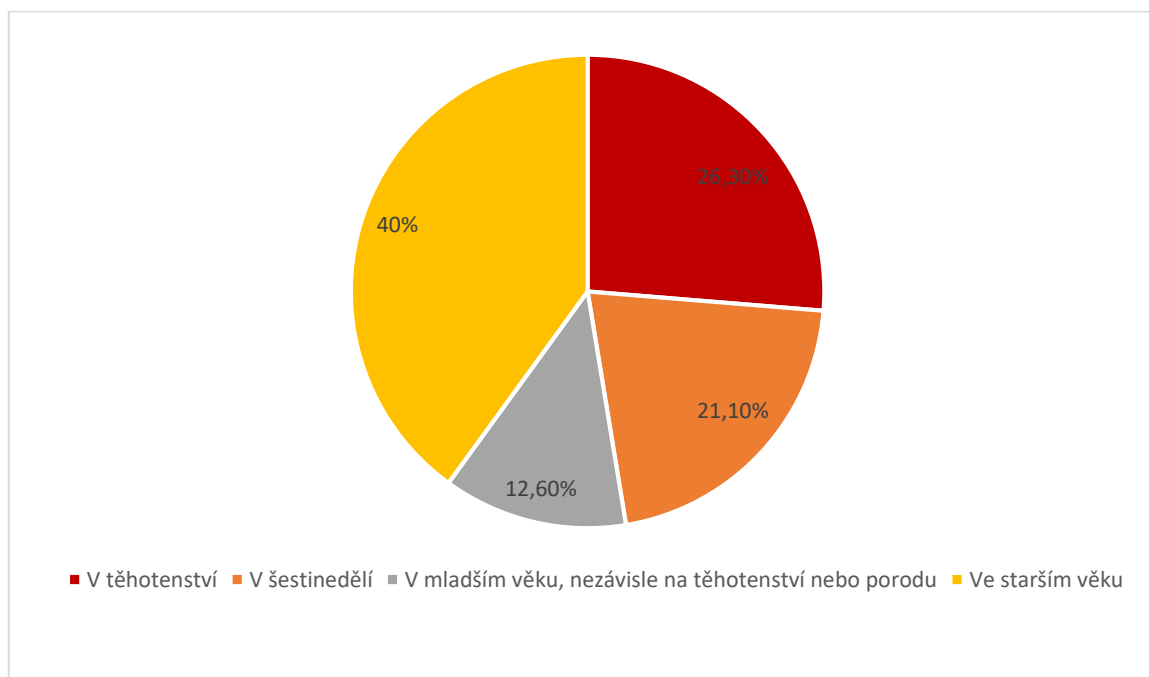
Komentář: Z počtu 95 respondentek (100 %) trápí ženy inkontinence v řádu let ve 45,3 %, a měsíce v 54,7 procentech.

Otázka č. 2: Kdy jste se poprvé s močovou inkontinencí setkala?

Tabulka 4: První osobní zkušenost s močovou inkontinencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V těhotenství	25	26,3 %
V šestinedělí	20	21,1 %
V mladším věku, nezávisle na těhotenství nebo porodu	12	12,6 %
Ve starším věku	38	40 %
CELKEM	95	100 %

Graf 2: První osobní zkušenost s močovou inkontinencí



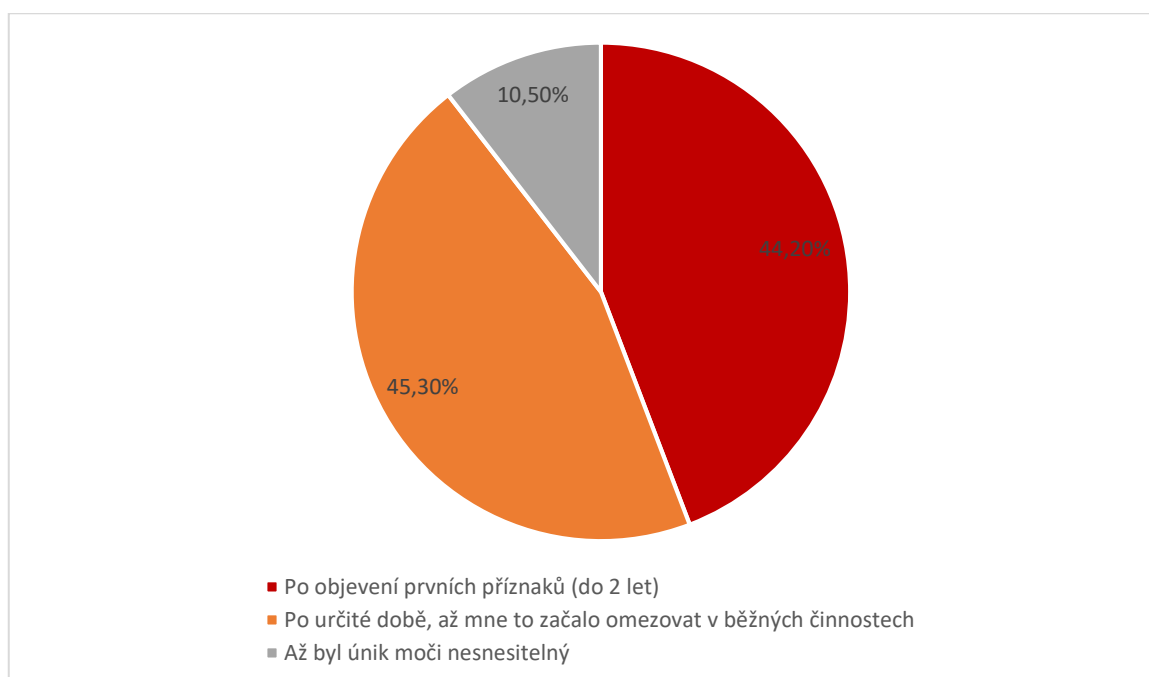
Komentář: Jak vyplývá z analýzy dat, nejvíce respondentek (40%) se s močovou inkontinencí poprvé setkala ve starším věku, dále ve 26,3 % v těhotenství a ve 21,1 % v období šestinedělí. V mladším věku, nezávisle na těhotenství nebo porodu se s inkontinencí poprvé setkala pouze 12,6 % dotazovaných žen.

Otázka č. 3: Kdy jste se rozhodla svůj problém řešit?

Tabulka 5: Doba řešení problému

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Po objevení prvních příznaků (do 2 let)	42	44,2 %
Po určité době, až mne to začalo omezovat v běžných činnostech	43	45,3 %
Až byl únik moči nesnesitelný	10	10,5 %
CELKEM	95	100 %

Graf 3: Doba řešení problému



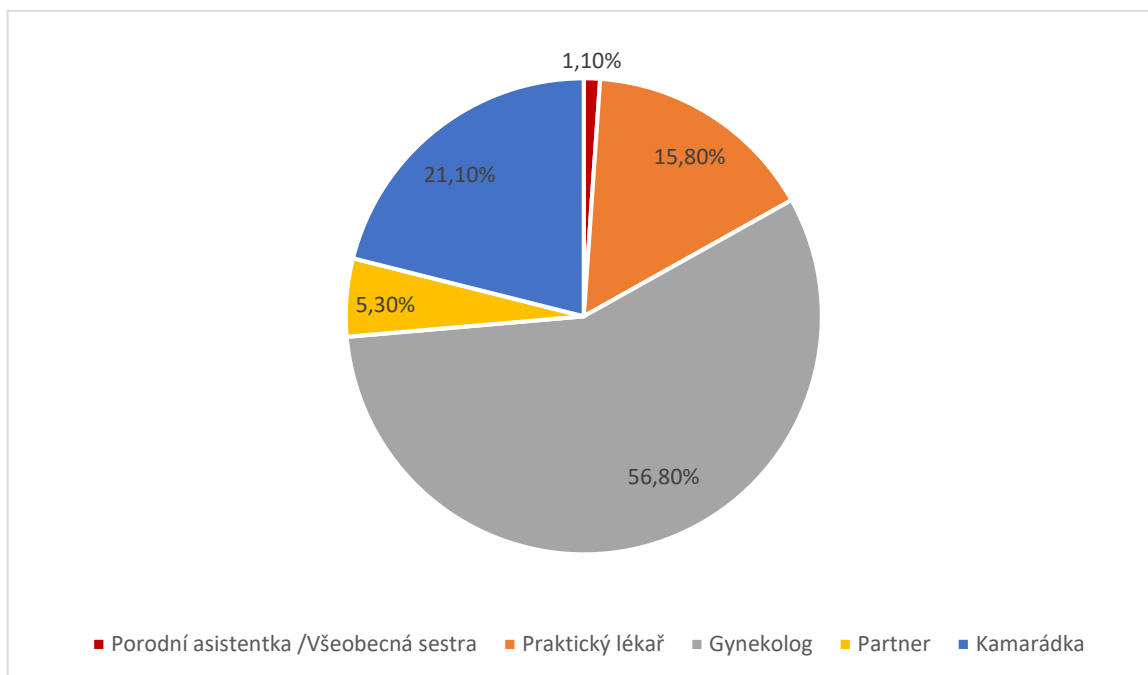
Komentář: Z odpovědí je zřejmé, že nejvíce respondentek začalo IM poprvé řešit po určité době, až je to začalo omezovat v běžných činnostech (45,3 %). 44,2 % dotázaných žen již po objevení prvních příznaků (do 2 let). Nejméně respondentek (10,5 %) až tehdy, kdy byl únik moči nesnesitelný.

Otázka č. 4: S kým jste poprvé o svém problému hovořila?

Tabulka 6: První zmínka o inkontinenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Porodní asistentka / Všeobecná sestra	1	1,1 %
Praktický lékař	15	15,8 %
Gynekolog	54	56,8 %
Partner	5	5,3 %
Kamarádka	20	21,1 %
CELKEM	95	100 %

Graf 4: První zmínka o inkontinenci



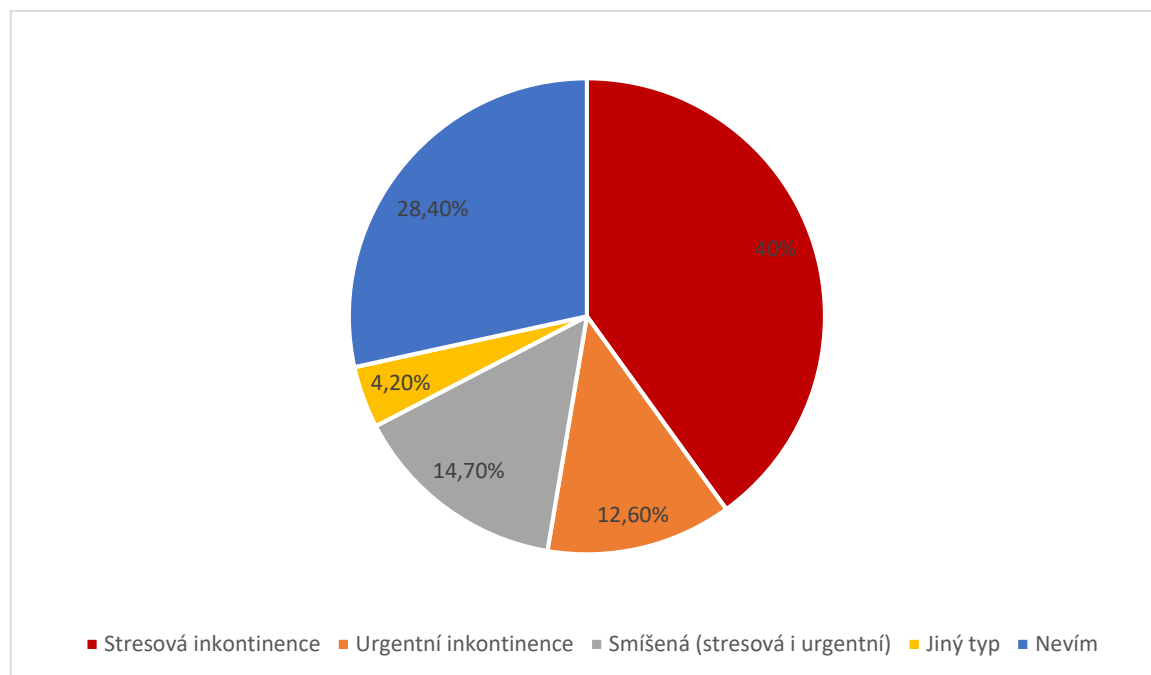
Komentář: S gynekologem o močové inkontinenci poprvé hovořilo 56,8 % žen. Dále respondentky poprvé hovořily s kamarádkou (21,1 %) nebo praktickým lékařem (15,8 %). Podstatně méně respondentek hovořilo poprvé o problému s partnerem (5,3 %) či porodní asistentkou nebo všeobecnou sestrou (1,1 %).

Otázka č. 5: Víte, jakým typem inkontinence trpíte?

Tabulka 7: Typ inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Stresová inkontinence	38	40 %
Urgentní inkontinence	12	12,6 %
Smíšená (stresová i urgentní)	14	14,7 %
Jiný typ	4	4,2 %
Nevím	27	28,4 %
CELKEM	95	100 %

Graf 5: Typ inkontinence



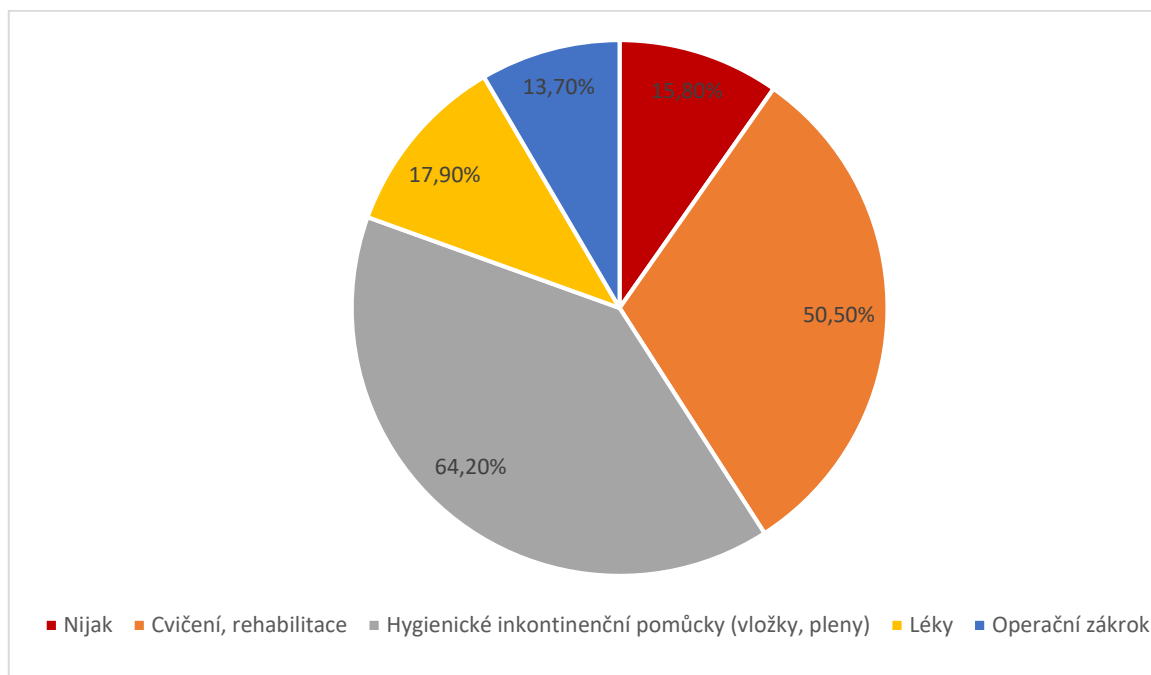
Komentář: Je patrné, že stresovou inkontinencí trpí 40% z dotazovaných. 28,4 % respondentek neví, jakým typem inkontinence trpí. 14,7 % respondentek uvádí smíšenou inkontinenci, a 12,6 % žen inkontinenci urgentní. Jiným typem trpí pouze 4,2 % dotazovaných.

Otázka č. 6: Jakým způsobem jste doposud tento problém řešila?

Tabulka 8: Způsob řešení inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nijak	15	15,8 %
Cvičení, rehabilitace	48	50,5 %
Hygienické inkontinenční pomůcky (vložky, pleny)	61	64,2 %
Léky	17	17,9 %
Operační zákrok	13	13,7 %
CELKEM	154	100 %

Graf 6: Způsob řešení inkontinence



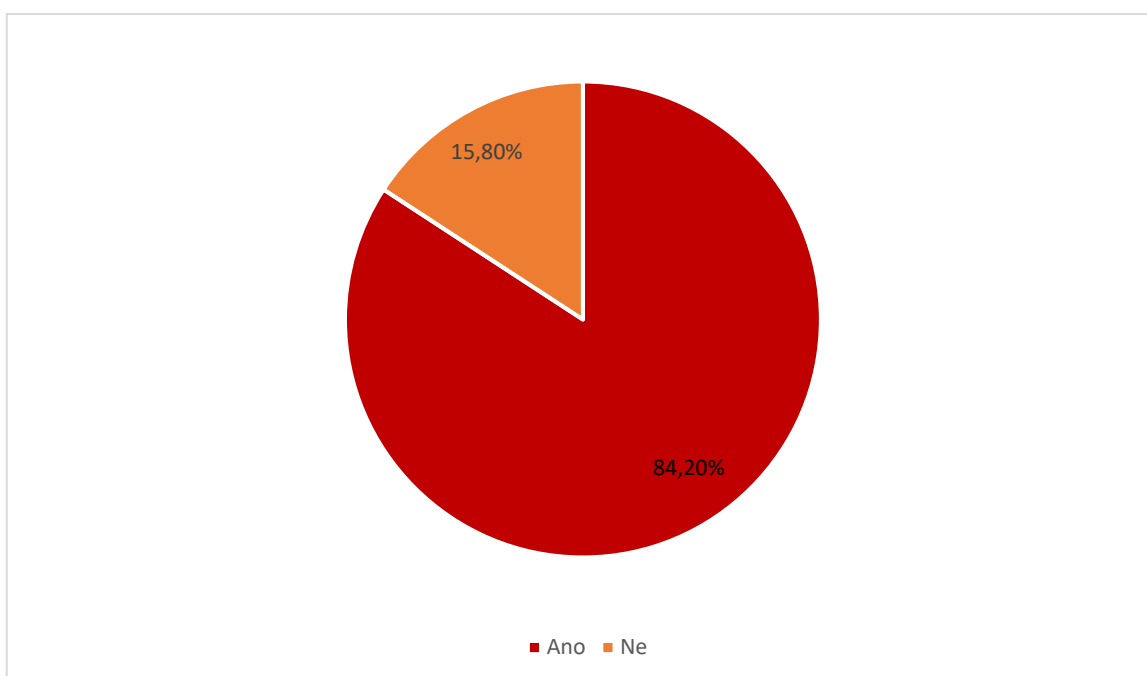
Komentář: U otázky č. 6 byla možnost zvolit více odpovědí. Absolutní četnost tedy odpovídá počtu odpovědí, nikoliv počtu dotazovaných. Respondentky nejčastěji řeší tento problém hygienickými inkontinenčními pomůckami (64,2 %) a dále cvičením, rehabilitací (50,5 %). Pomocí léků inkontinenci řešilo 17,9 % z nich. Některé ženy inkontinenci zatím neřešily nijak, a to v 15,8 %. Operační zákrok podstoupilo 13,7 % dotazovaných žen.

Otázka č. 7: Byla jste spokojena ve svém sexuálním životě, než se inkontinence objevila?

Tabulka 9: Spokojenost v sexuálním životě před výskytem obtíží

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	80	84,2 %
Ne	15	15,8 %
CELKEM	95	100 %

Graf 7: Spokojenost v sexuálním životě před výskytem obtíží



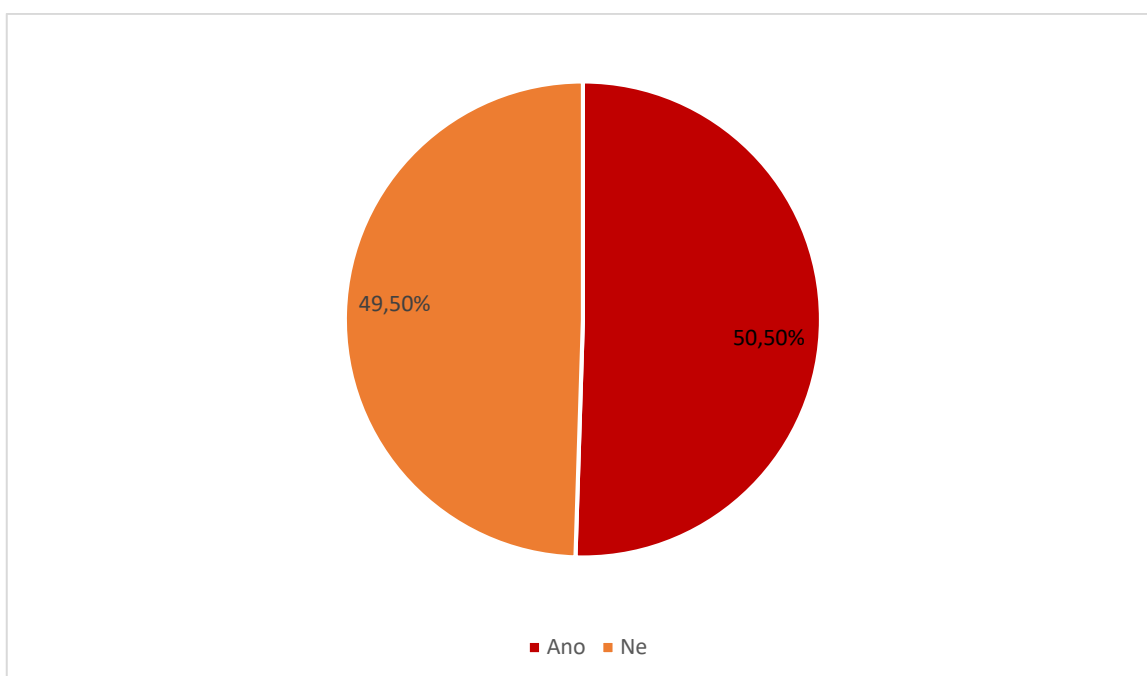
Komentář: Před výskytem močové inkontinence byla většina respondentek v sexuálním životě spokojena (84,2 %). 15,8% spokojeno nebylo. Důvody k nespokojenosti žen mohou být předmětem dalšího výzkumu.

Otázka č. 8: Jste se svým sexuálním životem spokojena nyní?

Tabulka 10: Spokojenost v sexuálním životě při inkontinenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	50,5 %
Ne	47	49,5 %
CELKEM	95	100 %

Graf 8: Spokojenost v sexuálním životě při inkontinenci



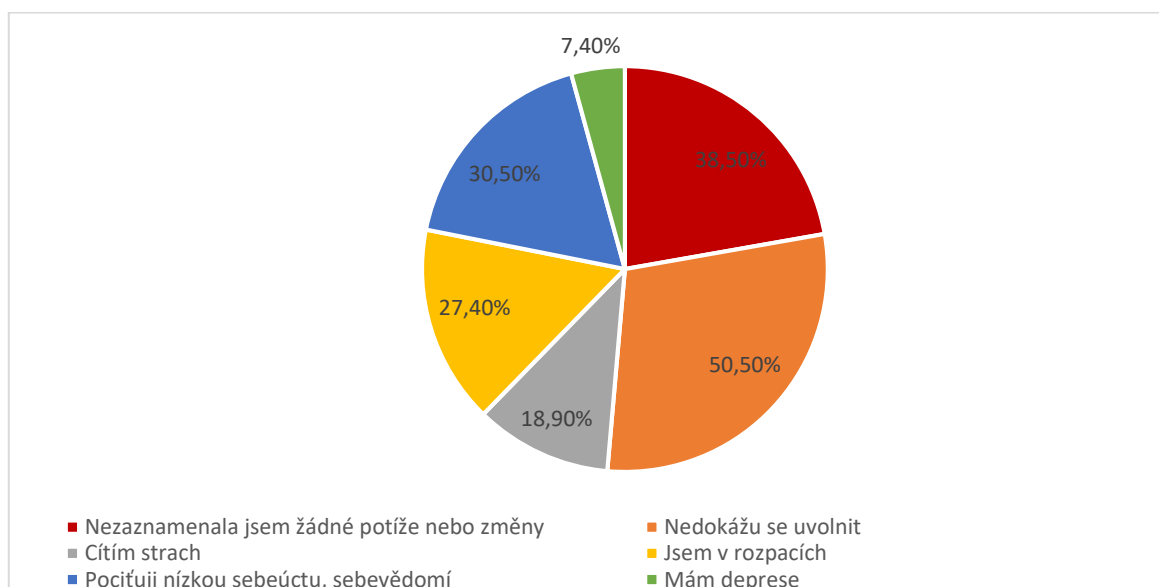
Komentář: Po výskytu inkontinence uvádí spokojenost v sexuálním životě 50,5 % žen, naopak nespokojenost 49,5 %. Již zde je na základě výpovědí patrné negativní ovlivnění sexuálního života močovou inkontinencí.

Otázka č. 9: Jaké pocity kvůli močové inkontinenci v sexuálním životě prožíváte?

Tabulka 11: Výskyt nepříjemných pocitů, psychických problémů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nezaznamenala jsem žádné potíže nebo změny	34	38,5 %
Nedokážu se uvolnit	48	50,5 %
Cítím strach	18	18,9 %
Jsem v rozpacích	26	27,4 %
Pociťuji nízkou sebeúctu, sebevědomí	29	30,5 %
Mám deprese	7	7,4 %
CELKEM	162	100 %

Graf 9: Výskyt nepříjemných pocitů, psychických problémů



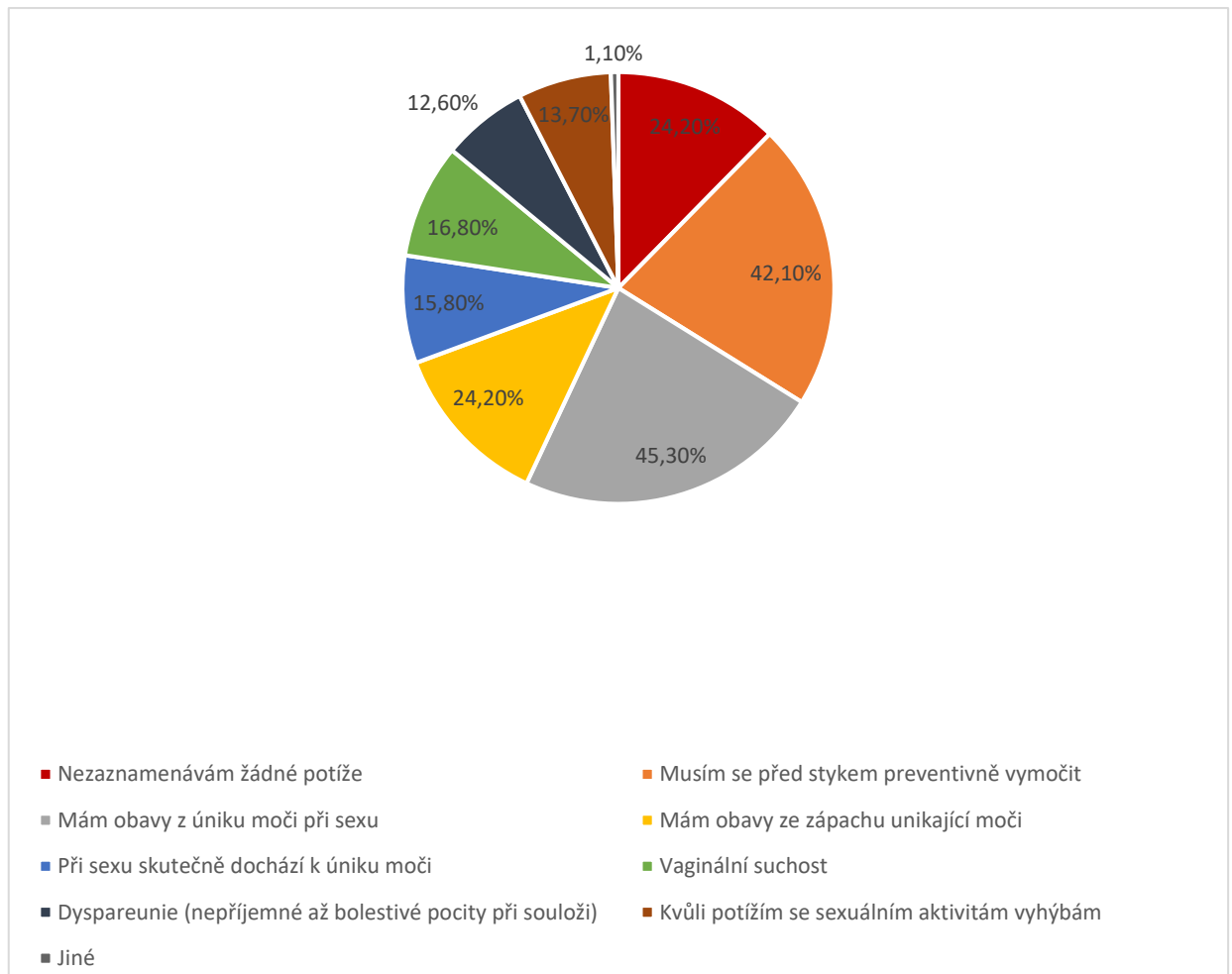
Komentář: Otázka č. 9 rovněž nabídla možnost volby více možností. Absolutní četnost uvádí počet odpovědí, ne dotazovaných. Nejvíce žen trápí, že se v sexuálním životě nedokáží uvolnit (50,5 %). Naproti tomu 38,5 % respondentek nezaznamenalo žádné potíže nebo změny. Nízkou sebeúctu a sebevědomí pociťuje 30,5 % dotazovaných, 27,4 % žen je v rozpacích, a strach cítí 18,9 žen. Depresemi trpí 7,4 % z nich.

Otázka č. 10: Jaké potíže (příznaky) způsobené močovou inkontinencí, se ve Vašem sexuálním životě objevují? (Můžete zakroužkovat více možností)

Tabulka 12: Výskyt potíží

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nezaznamenala jsem žádné potíže	23	24,2 %
Musím se před stykem preventivně vymočit	40	42,1 %
Mám obavy z úniku moči při sexu	43	45,3 %
Mám obavy ze zápachu unikající moči	23	24,2 %
Při sexu skutečně dochází k úniku moči	15	15,8 %
Vaginální suchost	16	16,8 %
Dyspareunie (nepříjemné až bolestivé pocity při souloži)	12	12,6 %
Kvůli potížím se sexuálním aktivitám vyhýbám	13	13,7 %
Jiné (uveďte)	1	1,1 %
CELKEM	186	100 %

Graf 10: Výskyt potíží



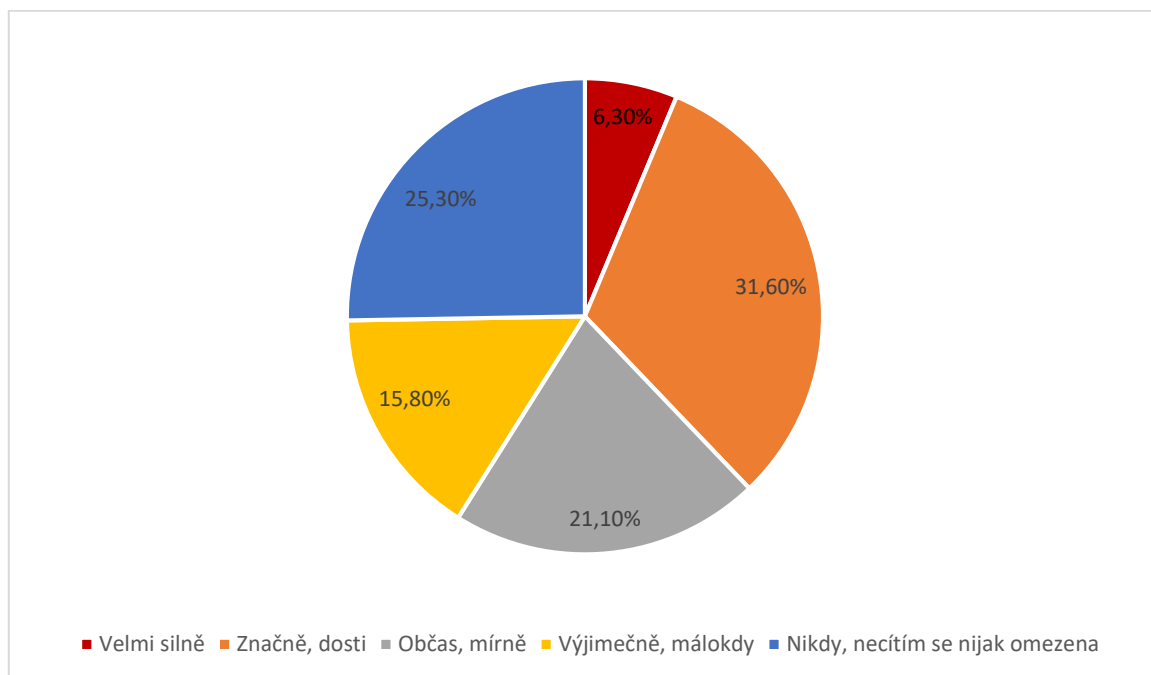
Komentář: U otázky č. 10 byla rovněž možnost zvolit více odpovědí. Opět tedy absolutní četnost uvádí počet odpovědí, nikoliv počet dotazovaných. 45,3 % respondentek má obavy z úniku moči při sexu a 42,1 % z nich se musí před stykem preventivně vymočit. Ze zápachu unikající moči má obavy 24,2 % dotazovaných, stejně jako ženy, které naopak žádné potíže nezaznamenávají. Vaginální suchost uvádí 16,8 % žen. U některých z nich skutečně dochází k úniku moči při sexu (15,8 %) nebo se kvůli potížím sexuálními aktivitami vyhýbají (13,7 %). Dyspareunie udává 12,6 % respondentek. 1,1% uvedlo jiný důvod. Jako jiný důvod byla uvedena odpověď, že se potíže v sexuální životě objevily po operaci.

Otázka č. 11: Snášíte špatně omezení svých sexuálních aktivit kvůli úniku moči?

Tabulka 13: Zvládání omezení sexuální aktivity

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi silně	6	6,3 %
Značně, dosti	30	31,6 %
Občas, mírně	20	21,1 %
Výjimečně, málokdy	15	15,8 %
Nikdy, necítím se nijak omezena	24	25,3 %
CELKEM	95	100 %

Graf 11: Zvládání omezení sexuální aktivity



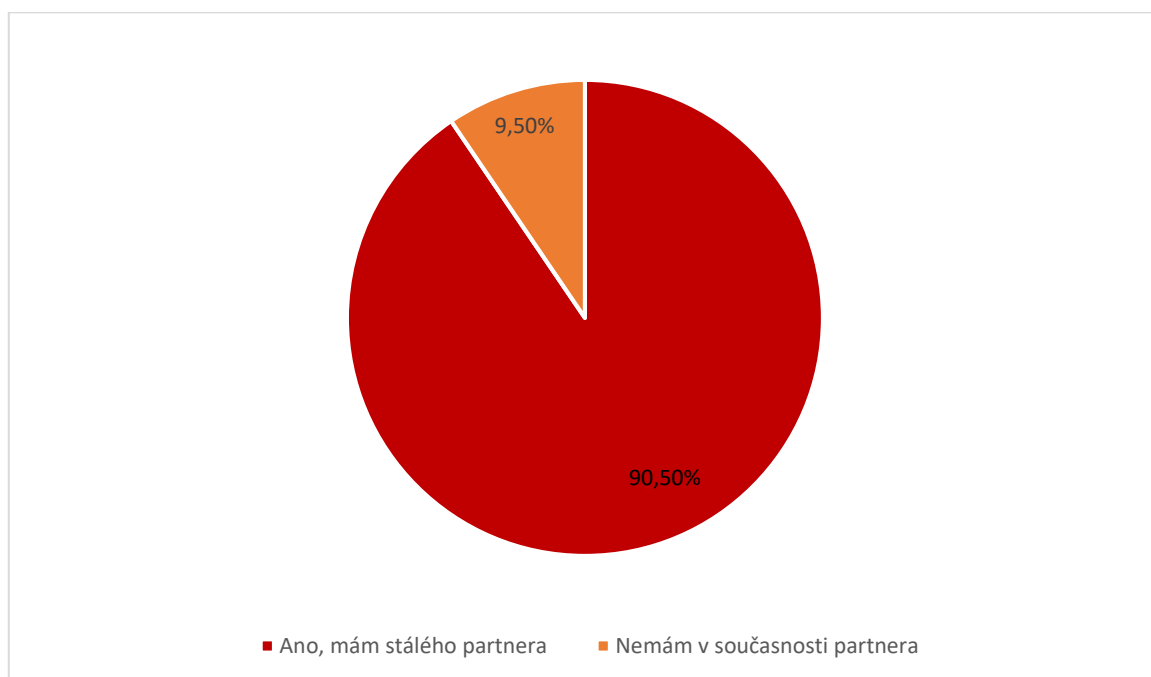
Komentář: Omezení sexuální aktivity zvládá značně, dosti špatně 31,6 % dotazovaných žen. Naproti tomu 25,3 % z nich se necítí nijak omezeno. 21,1 % snáší toto omezení špatně jen občas nebo mírně a 15,8 % výjimečně, málokdy. Pouze 6,3 % cítí omezení v sexuálním životě velmi silně.

Otázka č. 12: Máte v současné době stálý partnerský vztah?

Tabulka 14: Partnerský vztah

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, mám stálého partnera	84	90,5 %
Nemám v současnosti partnera	9	9,5 %
CELKEM	95	100 %

Graf 12: Partnerský vztah



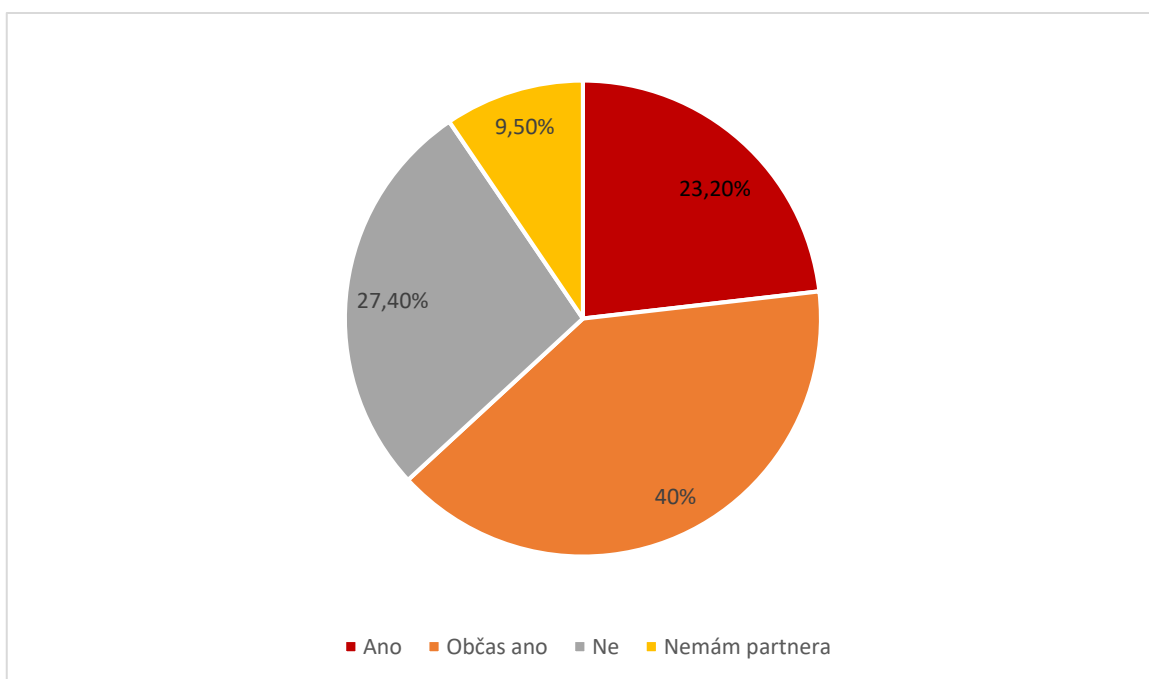
Komentář: Z grafu vyplývá, že má 90,5 % respondentek stálého partnera a 9,5 % v současnosti partnera nemá.

Otázka č. 13: Mluvíte se svým partnerem o vašem problému?

Tabulka 15: Komunikace s partnerem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	23,2 %
Občas ano	38	40 %
Ne	26	27,4 %
Nemám partnera	9	9,5 %
CELKEM	95	100 %

Graf 13: Komunikace s partnerem



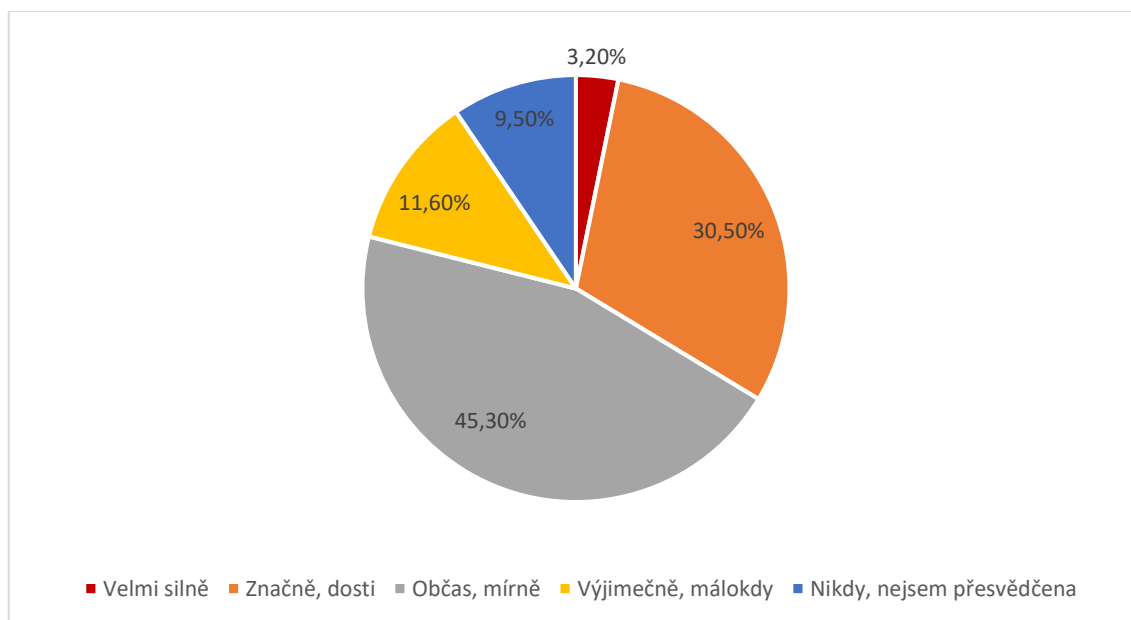
Komentář: Občasnou komunikaci s partnerem uvádí 40 % dotázaných. 27,4 % žen s partnerem o inkontinenci nemluví, 23,2 % ano. Partnera neuvádí 9,5 % žen.

Otázka č. 14: Pociťujete, že Vám dosavadní léčba pomohla v oblasti močové inkontinence?

Tabulka 16: Účinek léčby v oblasti inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi silně	3	3,2 %
Značně, dosti	29	30,5 %
Občas, mírně	43	45,3 %
Výjimečně, málokdy	11	11,6 %
Nikdy, nejsem přesvědčena	9	9,5 %
CELKEM	95	100 %

Graf 14: Účinek léčby v oblasti inkontinence



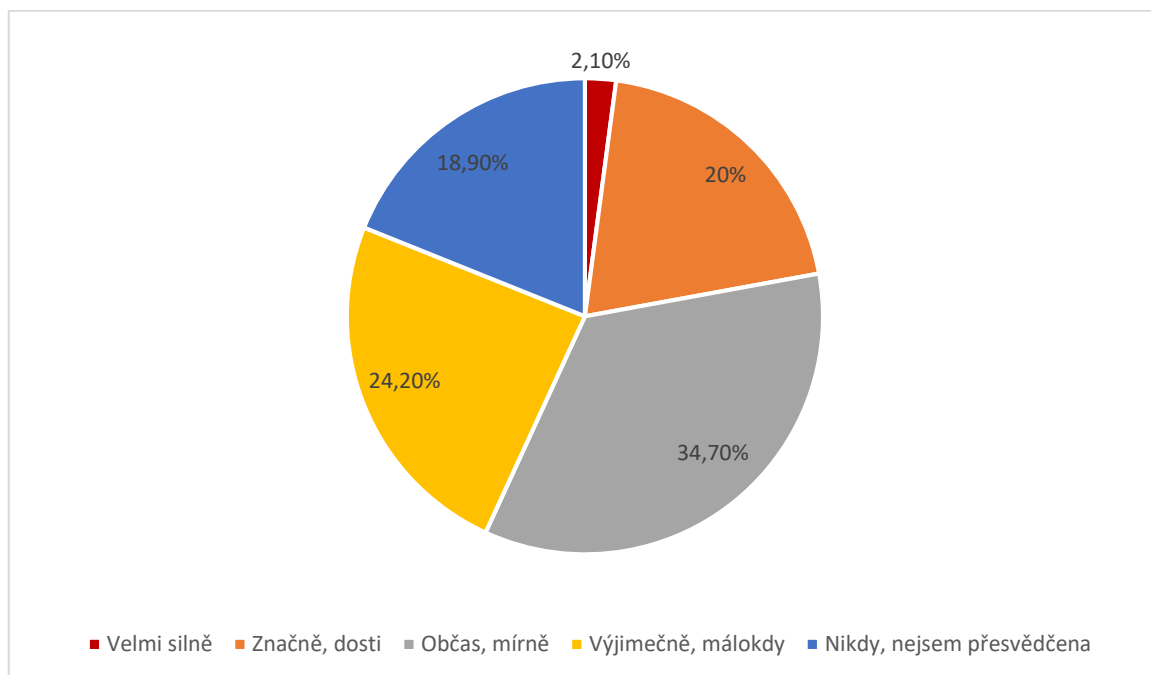
Komentář: Čtrnáctá otázka v dotazníku zjišťovala zlepšení v oblasti samotné inkontinence po dosavadní léčbě. 45,3 % respondentek občas, mírně pociťuje zlepšení v oblasti inkontinence díky dosavadní léčbě, 30,5 % žen značně, dosti. Výjimečně či málokdy pociťuje 11,6 % dotazovaných a o prospěchu léčby není přesvědčených 9,5 % žen. Naopak 3,2% cítí velmi silně prospěch dosavadní léčby.

Otázka č. 15: Pociťujete, že Vám dosavadní léčba pomohla v oblasti sexuálního života?

Tabulka 17: Účinek léčby v oblasti sexuálního života

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi silně	2	2,1 %
Značně, dosti	19	20 %
Občas, mírně	33	34,7 %
Výjimečně, málokdy	23	24,2 %
Nikdy, nejsem přesvědčena	18	18,9 %
CELKEM	95	100 %

Graf 15: Účinek léčby v oblasti sexuálního života



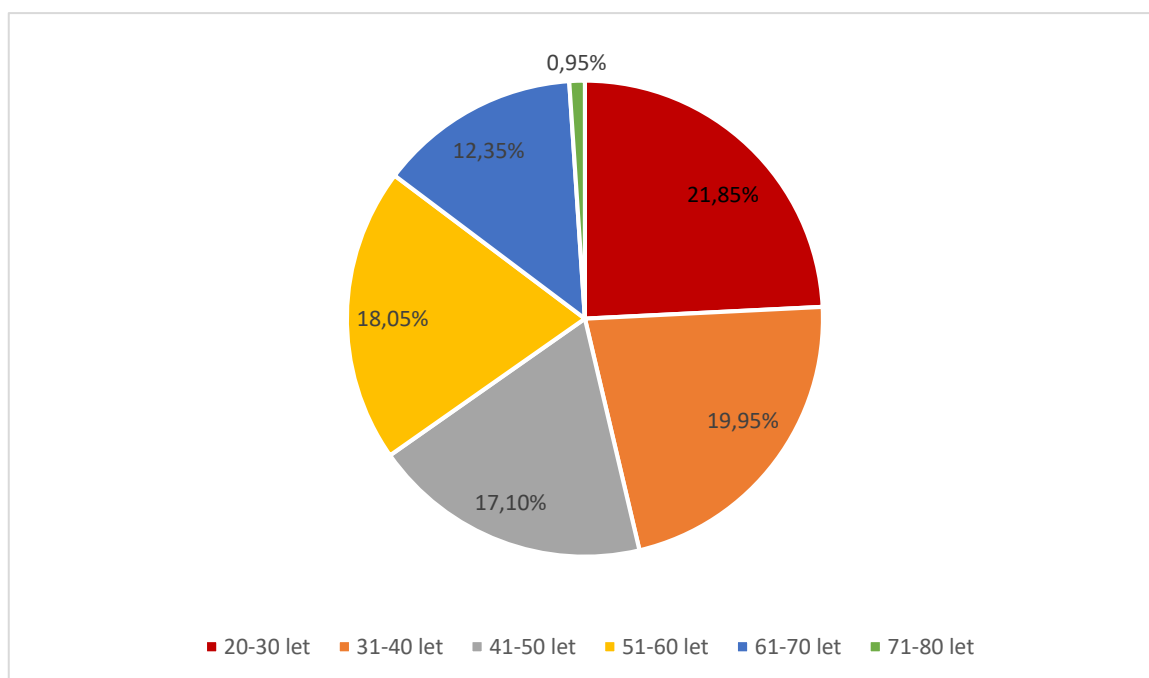
Komentář: Dotazované ženy cítí občasné, mírné zlepšení v oblasti sexuálního života díky léčbě inkontinence ve 34,7 %. Zlepšení spíše výjimečné pociťuje 24,2 % z nich a 20% uvádí naopak značné zlepšení. O účinku léčby inkontinence na sexuální život není přesvědčeno 18,9 % respondentek, naproti tomu pouze 2,1% z nich cítí velmi silné zlepšení svého sexuálního života.

Otázka č. 16: Kolik je Vám let? (Uveďte, prosím, číslem)

Tabulka 18: Věk respondentek

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20-30 let	23	21,85 %
31-40 let	21	19,95 %
41-50 let	18	17,10 %
51-60 let	19	18,05 %
61-70 let	13	12,35%
71-80 let	1	0,95 %
CELKEM	95	100 %

Graf 16: Věk respondentek



Komentář: Z tabulky i grafu je patrný věk žen, které vyplňovaly dotazník. Otázka č. 16 jejich věk zjišťovala otevřenou otázkou, kde dotazované ženy vypsaly svůj věk číslovkou, následně jsme tato data zpracovali a rozdělili tak, jak je patrné v tabulce i grafu. Překvapivé byly odpovědi tolika mladých žen.

9 DISKUSE

Bakalářskou prací jsme chtěli poukázat na problematiku močové inkontinence a zjistit její vliv na sexuální život ženy, což bylo hlavním cílem práce. Vzhledem k tomu, že je močová inkontinence problémem týkajícím se mnoha žen, a sexualita s tímto intimním problémem souvisí, předpokládali jsme její určité ovlivnění a zajímaly nás odpovědi samotných inkontinentních žen. Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována do grafů a tabulek.

Inkontinence moči může sexualitu ovlivňovat v mnoha směrech. Jelikož vylučovací a pohlavní soustava jsou anatomicky v těsné blízkosti, je patrné, že výskyt určitých obtíží může nastat. Mluvíme tedy o různých fyzických projevech, jako je například únik moči při souloži či orgasmu, dyspareunie, kožní defekty či nedostatečná vaginální lubrikace. Po stránce psychické se pro mnohé ženy sexuální dysfunkce či negativní ovlivnění sexuality mohou stát velmi významným problémem. Dle výpovědí respondentek jsme zjistili, že močová inkontinence skutečně negativně ovlivňuje sexuální život. Ať už ve smyslu zmíněných fyzických, či psychických projevů. Ženy uvádí nutnost preventivního vymočení před stykem, obavy z úniku moči při souloži, rozpaky, snížené sebevědomí nebo neschopnost se uvolnit. Disertační prací MUDr. Zlatka Pastora, Ph.D., bylo vyzkoumáno zjištění srovnatelné, a sice: „*Močová inkontinence zhoršuje sexuální život pacientek ve většině případů.*“. Rovněž udává, že výskyt sexuálních poruch je vyšší u žen trpících IM, než u žen zdravých. Podobně jako z výsledků našeho výzkumu, vyplývá i z výzkumu Pastora skutečnost, že nejčastější potíží je již zmiňovaná obava z úniku moči při souloži, kterou v jeho výzkumu uvedla více než polovina žen. V našem šetření jsme čerpali z odpovědí menšího počtu respondentek, ale přesto jsou výsledky v souladu.

Autorka Veronika Wonková ve své bakalářské práci z roku 2013 uvádí, že dle výsledků jejího výzkumu nejprve ženy požádaly o pomoc s problémem, či poprvé o IM hovořily s gynekologem. Tento výsledek je srovnatelný s výsledkem našeho výzkumu. Jelikož gynekologické prohlídky jsou značným zásahem do intimity, ženy cítí jakousi důvěru se s podobně intimním problémem svěřit a cítí naději v účinné řešení. S partnerem o IM dle výsledků našeho výzkumu, hovoří nadpoloviční většina žen. Je zřejmé, že partneři mají pro tento problém pochopení a mohou být ženám oporou. Podle Pastora se ale na druhé straně můžeme setkávat také s faktem, že je pro ženy jejich sexuální partner již neatraktivní a sexuální aktivity je nebaví, proto může být IM určitou zástěrkou pro ukončení či omezení těchto aktivit. Z toho vyplývá, že komunikace o IM s partnerem může být různá, ať už

se jedná o podporu, vysvětlování problému, či sdělování pro ženu polehčujících okolností svému partnerovi.

Z analýzy získaných dat a porovnání s pracemi na podobné téma je patrné, že močová inkontinence skutečně negativně ovlivňuje sexuální život ženy. Výsledky naší práce a jiných odborných prací a publikací se shodují s výsledky naší práce.

9.1 Doporučení pro praxi

Domníváme se, že je vhodné sexuální problémy ženy, pokud je sama zmíní, nebagatelizovat a pokusit se je řešit či pomoci s jejich řešením. Případně aktivně a taktně tyto problémy u žen vyhledávat. Jak jsme již zmínili v předcházejících kapitolách, IM je sama o sobě pro mnohé ženy velmi intimním problémem, a jedná-li se k tomu ještě o problém sexuálního charakteru, stává se z toho potíží větší a přidávají se pocity studu.

Neméně důležitá je edukace zdravých žen. Prevence může vzniku IM zabránit, či alespoň zmírnit její příznaky. Vedení mladých žen například ke cvičení pánevního dna a používání speciálních pomůcek může být pro mnohé ženy alespoň podnětem k tomu, si vyhledat o IM informace nebo skutečně začít s prevencí.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou inkontinence moči a ženské sexuality. Domníváme se totiž, že se jedná o častý problém, který může být vzhledem k citlivosti i tabuizován, zejména v oblasti sexuality.

Obsahem teoretické části byl pohled na celkovou problematiku močové inkontinence, a to jejím popisem, klasifikací, popisem příčin a příznaků, rovněž diagnostikou a možnostmi léčby. V neposlední řadě jsme se zabývali ženskou sexualitou a únikem tekutiny při pohlavním styku.

V rámci praktické části jsme stanovili jeden hlavní a 2 dílčí cíle. Odpovědi na ně jsme získali díky dotazníkové technice metodou kvantitativního výzkumu. Tuto část tedy tvoří analýza odpovědí 95 respondentek, které se zúčastnily dotazníkového šetření.

Hlavním cílem práce bylo zjistit vliv močové inkontinence na sexuální život ženy.

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 7, 8, 9, 10, a 11. Z odpovědí respondentek jsme vypožorovali, že močová inkontinence sexuální život skutečně ovlivňuje, a to negativně. Po výskytu inkontinence totiž v sexuálním životě není spokojeno 49,50 % žen, přičemž než se únik moči objevil, nespokojených jich bylo pouze 15,80 %, jak vyplývá z otázek č. 7 a 8.

Hovoříme-li o močové inkontinenci a sexualitě, jedná se o jedny z nejintimnějších oblastí a témat. A pokud na sebe vzájemně působí, stávají se tématem o to citlivějším. Kromě projevů fyzických působí velmi silně i psychika, která může velmi silně ovlivňovat celkový stav a sexuální chování. Záleží samozřejmě na osobnosti každé ženy a stupni a závažnosti potíží. Dotazované ženy nejčastěji odpovídaly na otázku č. 10: „*Jaké potíže (příznaky) způsobené močovou inkontinencí, se ve Vašem sexuálním životě objevují?*“, odpovědí, že se musí před pohlavním stykem preventivně vymočít, a to ve 42,10%. Už to může mít dopad na celkovou chuť na sex a jeho prožívání ve smyslu jakéhosi „kontrolování se“ a neschopnosti se uvolnit a prožívat jej. Právě neschopnost uvolnit se je problémem 50,50 % respondentek, jak vyplývá z otázky č. 9. Domníváme se, že už i tento, zdánlivě nevýznamný problém, může být krokem k sexuálním dysfunkcím, například bolestivému pohlavnímu styku či dokonce k averzi vůči sexuálnímu životu. Ženy totiž taktéž pociťují negativní pocity ve smyslu rozpaků, nízkého sebevědomí či strachu.

Hlavní cíl byl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda ženy hovoří se svým partnerem, pokud jej mají, o tomto problému. 90,50 % z dotazovaných žen uvedlo, že partnera má. Z tohoto počtu o inkontinenci s partnerem hovoří více než polovina, celkem 63,20 % žen.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Druhým dílčím cílem této práce bylo zjistit, zda dosavadní postupy a léčba inkontinence ženě pomohly i v oblasti sexuálního života. Vztahovala se k němu otázka č. 15. Dle výpovědí respondentek je zřejmé, že ženy pocítují zlepšení výjimečně (24,20 %) či vůbec (18,90 %). Mírné zlepšení pozoruje 34,70 % z nich. Kdežto výrazné zlepšení cítí pouze 22,1 % respondentek.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAMÍK, Zdeněk. *Inkontinence moči u ženy*. [Online]. 2012. [Cit. 2019-03-26]. Interní medicína pro praxi. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>
- [2] BELKOV, Atanas Ivan. *Inkontinence moči u žen – palčivý, ale řešitelný problém*. [Online]. 2015. [Cit. 2018-11-28] Medicína pro praxi. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2015/01/07.pdf>
- [3] ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4875-1.
- [4] DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Vydání 2. (přepracované a doplněné). Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-862-9705-5.
- [5] DZVINČUK, Petr, Otakar MÜLLER a Eva LÁTALOVÁ. *Inkontinence moči z pohledu gynekologa*. [Online]. 2008. [Cit. 2018-10-04]. Interní medicína pro praxi. Mezioborové přehledy. Dostupné z: <https://docplayer.cz/10503017-2-urgentni-inkontinence-ui-3-reflexni-inkontinence-4-paradoxni-inkontinence-5-extrauretralni-inkontinence.html>
- [6] FOJTÍKOVÁ, Magdaléna. *Odlišná pojetí intimity a sexuality*. [Online]. Olomouc, 2013. [Cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9g2yuc/00177360-120744771.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
- [7] FORMÁNEK, Jan. *Trénink konzistence vaginálního orgasmu u žen*. [Online]. Praha, 2014. [Cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/120973/>. Diplomová práce. Karlova Univerzita v Praze. Vedoucí práce Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.
- [8] GENADRY, René a Jacek L MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.
- [9] HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-387-5.
- [10] HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3741-9.
- [11] HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.
- [12] HORŇÁK, Michal a Frederico M. GONCALVES. *Urológia pre praktických lekárov*. Druhé vydání. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry HERBA, spol. s.r.o., 2008. ISBN 978-80-89171-56-9. 2008

- [13] HRABEC, Martin a Radovan VRTAL. *Inkontinence moči*. [Online]. 2004. [Cit. 2019-04-09]. Urologie pro praxi. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/01/10.pdf>
- [14] HRADEC, Tomáš a L. ZÁMEČNÍK. *Mikční problémy a sexualita*. Gynekolog. (4). 2017. 148-156. ISSN 1210-1133.
- [15] HUBKA P, El Haddad R, Mašata J, Martan A, Švabík K. *Predilekční místa pro poranění při páskových operacích pro stresovou inkontinenci moči u žen*. [Online]. 2015. [Cit. 2019-04-15]. Actual Gyn Dostupné z: <https://www.actualgyn.com/clanek/2015/165>
- [16] JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. *Skills for midwifery practice*. Edinburgh: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.
- [17] KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
- [18] KOLOMBO, Ivan et al. *Stresová inkontinence u žen - 1. část*. [Online]. 2008. [Cit. 2019-04-03]. Urologie pro praxi: Přehledové články. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/06/04.pdf>
- [19] KOZIER, Barbara.Glenora Lea ERB, Audrey BERMAN, Shirlee SNYDER, Sharon HARVEY a Heulwen MORGAN-SAMUEL. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. Harlow: Pearson, 2012. ISBN 978-0-273-73908-1.
- [20] KRHUT, Jan. *Léčba ženské stresové inkontinence*. [Online]. 2014. [Cit. 2019-04-03]. Postgraduální medicína. Dostupné z: <https://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/2511.pdf>
- [21] *Léčba močové inkontinence u žen*. Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty [online]. Státní ústav pro kontrolu léčiv, (1). 2016. 1-2 [cit. 2019-05-08]. Dostupné z: http://kramerius.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uid:c5580f5e-cb04-47c5-b1a2-47bd8284d684#page=1
- [22] MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-734-5094-1.
- [23] MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0.

- [24] MOTA, Renato Lains. *Female urinary incontinence and sexuality*. [Online]. 2017. [Cit. 2019-03-18]. International Brazilian Journal of Urology. DOI: 10.1590/S1677-5538. Dostupné z: www.scielo.br/pdf/ibju/v43n1/1677-5538-ibju-43-01-0020.pdf
- [25] PASTOR, Zlatko. *Sexuální dysfunkce žen s močovou inkontinencí* [online]. Praha. 2013.[cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/115179>. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Sexuologický ústav UK. Vedoucí práce Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.
- [26] PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
- [27] PASTOR, Zlatko. *Močová inkontinence a sexualita, ženské "pohlavní" tekutiny*. Practicus. [online]. (9-10). 2013. 23 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: www.practicus.eu/data/Practicus2013/practicus2013-09.pdf.
- [28] PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
- [29] PORŠOVÁ, Martina, Jaroslav PORŠ a Ivan KOLOMBO. *Miniinvazivní slingové operační techniky v léčbě stresové inkontinence moči*. [Online]. 2011. [Cit. 2019-04-03]. Endoskopie. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/02/07.pdf>
- [30] ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [31] SMOLINKOVÁ, Monika. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí* [online]. Zlín. 2015. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33231/smolinkov%C3%A1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
- [32] ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Inkontinence ve vztahu k sexuálním poruchám u žen*. Diagnóza: v ošetrovatelství. (5). 2013. 30-31. ISSN 1801-1349.
- [33] TURČAN, Pavel, Pavel POKORNÝ a Tomáš FAIT. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-291-9.
- [34] VRTAL, R., F. ZÁŤURA a A VIDLÁŘ. *První zkušenosti s užitím Duloxetinu u pacientek se stresovou inkontinencí*. [Online]. 2006.[Cit. 2019-04-09]. Česká urologie. Dostupné z: <http://czechurol.cz/savepdfs/cur/2006/01/09.pdf>
- [35] WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

[36] WINTEROVÁ, Kristýna a Jana VÍŠKOVÁ. *Nové metody léčby inkontinence*. [Online]. 2007. [Cit. 2019-04-09]. Moderní babičtví. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=44>.

[37] WONKOVÁ, Veronika. *Inkontinence jako bio-psycho-sociální problém* [online]. Jihlava. 2013. [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/16684/thema/2907>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Dana Polodnová.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	A podobně
a.s.	Akciová společnost
atd.	A tak dále
atp.	A tak podobně
BMI	Body Mass Index
CNS	Centrální nervová soustava
EMG	Elektromyelografie
ICS	International Continence Society
IM	Inkontinence moči
IS/STAG	Informační systém a Studijní agenda
KNTB	Krajská Nemocnice Tomáše Bati
MUDr.	Doktor medicíny
OAB	Overactive bladder
Ph.D.	Doktor
s.	strana
sec.	secundum
SI	Stresová inkontinence
spol. s.r.o.	Společnost s ručením omezeným
tj.	To jest
TOT	Transobturator tape
TVT	Tension free vaginal tape
tzv.	takzvaně
UI	Urgentní inkontinence
UZ	Ultrazvuk

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Klasifikace IM dle Ingelmanové-Sundbergové	13
Tabulka 2: Klasifikace IM.....	14
Tabulka 3: Doba trvání obtíží.....	30
Tabulka 4: První osobní zkušenost s močovou inkontinencí	31
Tabulka 5: Doba řešení problému	32
Tabulka 6: První zmínka o inkontinenci	33
Tabulka 7: Typ inkontinence.....	34
Tabulka 8: Způsob řešení inkontinence	35
Tabulka 9: Spokojenost v sexuálním životě před výskytem obtíží.....	36
Tabulka 10: Spokojenost v sexuálním životě při inkontinenci	37
Tabulka 11: Výskyt nepříjemných pocitů, psychických problémů.....	38
Tabulka 12: Výskyt potíží	39
Tabulka 13: Zvládání omezení sexuální aktivity	41
Tabulka 14: Partnerský vztah.....	42
Tabulka 15: Komunikace s partnerem	43
Tabulka 16: Účinek léčby v oblasti inkontinence	44
Tabulka 17: Účinek léčby v oblasti sexuálního života.....	45
Tabulka 18: Věk respondentek.....	46

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Doba trvání obtíží.....	30
Graf 2: První osobní zkušenost s močovou inkontinencí	31
Graf 3: Doba řešení problému	32
Graf 4: První zmínka o inkontinenci	33
Graf 5: Typ inkontinence.....	34
Graf 6: Způsob řešení inkontinence.....	35
Graf 7: Spokojenost v sexuálním životě před výskytem obtíží.....	36
Graf 8: Spokojenost v sexuálním životě při inkontinenci	37
Graf 9: Výskyt nepříjemných pocitů, psychických problémů.....	38
Graf 10: Výskyt potíží	40
Graf 11: Zvládání omezení sexuální aktivity.....	41
Graf 12: Partnerský vztah	42
Graf 13: Komunikace s partnerem.....	43
Graf 14: Účinek léčby v oblasti inkontinence	44
Graf 15: Účinek léčby v oblasti sexuálního života.....	45
Graf 16: Věk respondentek.....	46

PŘÍLOHA: DOTAZNÍK

Dotazník-Inkontinence moči a sexualita ženy

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Sedláčková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Porodní asistentka. V rámci své bakalářské práce se zabývám problematikou močové inkontinence a ženské sexuality.

Dotazník je určen pro ženy trpící močovou inkontinencí (samovolným únikem moči).

Budu Vám velmi vděčná, když věnujete několik minut svého času k vyplnění tohoto dotazníku. Poslouží výhradně pro účely zpracování mé bakalářské práce a je anonymní.

Děkuji Vám.

1. Jak dlouho již močovou inkontinencí trpíte?
 - a. V řádu měsíců
 - b. V řádu let

2. Kdy jste se poprvé s močovou inkontinencí setkala?
 - a. V těhotenství
 - b. V šestinedělí
 - c. V mladším věku, nezávisle na těhotenství nebo porodu
 - d. Ve starším věku

3. Kdy jste se rozhodla svůj problém řešit?
 - a. Po objevení prvních příznaků (do 2 let)
 - b. Po určité době, až mne to začalo omezovat v běžných činnostech
 - c. Až byl únik moči nesnesitelný

4. S kým jste poprvé o svém problému hovořila?
 - a. Porodní asistentka/všeobecná sestra
 - b. Praktický lékař
 - c. Gynekolog
 - d. Partner
 - e. Kamarádka

5. Víte, jakým typem inkontinence trpíte?
 - a. Stresová inkontinence
 - b. Urgentní inkontinence
 - c. Smíšená (stresová i urgentní)
 - d. Jiný typ
 - e. Nevím

6. Jakým způsobem jste doposud tento problém řešila? *(Můžete zakroužkovat více možností)*
- Nijak
 - Cvičení, rehabilitace
 - Hygienické inkontinenční pomůcky (vložky, pleny)
 - Léky
 - Operační zákrok
7. Byla jste spokojena ve svém sexuálním životě, než se inkontinence objevila?
- Ano
 - Ne
8. Jste se svým sexuálním životem spokojena nyní?
- Ano
 - Ne
9. Jaké pocity kvůli močové inkontinenci v sexuálním životě prožíváte?
(Můžete zakroužkovat více možností)
- Nezaznamenala jsem žádné potíže nebo změny
 - Nedokážu se uvolnit
 - Cítím strach
 - Jsem v rozpacích
 - Pociťuji nízkou sebeúctu, sebevědomí
 - Mám deprese
10. Jaké potíže (příznaky) způsobené močovou inkontinencí, se ve Vašem sexuálním životě objevují?
(Můžete zakroužkovat více možností)
- Nezaznamenávám žádné potíže
 - Musím se před stykem preventivně vymočit
 - Mám obavy z úniku moči při sexu
 - Mám obavy ze zápachu unikající moči
 - Při sexu skutečně dochází k úniku moči
 - Vaginální suchost
 - Dyspareunie (nepříjemné až bolestivé pocity při souloži)
 - Kvůli potížím se sexuálním aktivitám vyhýbám
 - Jiné (uveďte):
-
11. Snášíte špatně omezení svých sexuálních aktivit kvůli úniku moči?
- Velmi silně
 - Značně, dosti
 - Občas, mírně
 - Výjimečně, málokdy
 - Nikdy, necítím se nijak omezena

12. Máte v současné době stálý partnerský vztah?
- Ano, mám stálého partnera
 - Nemám v současnosti partnera
13. Mluvíte se svým partnerem o vašem problému?
- Ano
 - Občas ano
 - Ne
 - Nemám partnera
14. Pociťujete, že Vám dosavadní léčba pomohla v oblasti močové inkontinence?
- Velmi silně
 - Značně, dosti
 - Občas, mírně
 - Výjimečně, málokdy
 - Nikdy, nejsem přesvědčena
15. Pociťujete, že Vám dosavadní léčba pomohla v oblasti sexuálního života?
- Velmi silně
 - Značně, dosti
 - Občas, mírně
 - Výjimečně, málokdy
 - Nikdy, nejsem přesvědčena

16. Kolik je Vám let?
(Uvedte, prosím, číslem)

.....

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