

Kvalita života ženy po operaci stresové inkontinence

Nikola Dobešová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Dobešová**
Osobní číslo: **H17169**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života ženy po operaci stresové inkontinence**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stresové inkontinence a jejího operačního řešení.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníků.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

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

Seznam doporučené literatury:

CERVIGNI, Mauro a Marco GAMBACCIANI. Female urinary stress incontinence. Climacteric [online]. 2015, 18 (sup1). DOI: 10.3109/13697137.2015.1090859. ISSN 1369-7137.

HORČIČKA, Lukáš. Inkontinence moči v každodenní praxi. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 9788020445032.

HOUFKOVÁ, Lucie. Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření. Florence. 2015, 11(9). ISSN 1801-464X.

JIRKOVSKÁ, Libuše. Inkontinence moči a tahuprosté vaginální pásky. Diagnóza v ošetřovatelství. 2010, 6(3). ISSN 1801-1349.

MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Nové operační a léčebné postupy v urogynékológii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-807-3453-480.

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

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kúdlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

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 22.5.2020

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 nahlázení 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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života žen se stresovou močovou inkontinencí. Cílem práce bylo zjistit, jak se změnila kvalita života po operaci inkontinence. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií močových cest a pánevního dna, mikcí a stresovou inkontinencí a její diagnostikou a terapií. Posledním zmíněným okruhem je kvalita života a její hodnocení. Pro výzkum byl zvolen standardizovaný dotazník Contilife, upraven do verze „před operací“ a „po operaci“ a doplněn o demografické otázky autorky. Dotazník byl rozdán ženám v ambulanci MUDr. Adamíka a na internetových fórech.

Klíčová slova: stresová inkontinence, operace stresové inkontinence, kvalita života

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the quality of life in women with stress urinary incontinence. The aim of the study was to find out how the quality of life changed after incontinence surgery. The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the urinary tract and pelvic floor, micturition and the stress incontinence and its diagnosis and therapy. The last mentioned area is the quality of life and its evaluation. The standardized Contilife questionnaire was chosen for the research, modified to the "before surgery" and "after surgery" versions and the author's demographic questions was added. The questionnaire was distributed to women in the ambulance of MUDr. Adamík and on internet forums.

Keywords: stress incontinence, stress incontinence surgery, quality of life

Děkuji MUDr. Zdeňkovi Adamíkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnoval. Velký dík patří také respondentkám, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Kvalita života ženy po operaci stresové inkontinence vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací jsem uvedla v seznamu použité literatury.

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

Je dobré nikoli pouze žít, nýbrž dobře žít.

Seneca

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE.....	12
1.1 VESICA URINARIA – MOČOVÝ MĚCHÝŘ.....	12
1.2 URETHRA FEMININA-ŽENSKÁ MOČOVÁ TRUBICE	12
1.3 DIAPHRAGMA PELVIS – SVALY PÁNEVNÍHO DNA	13
1.4 DIAPHRAGMA UROGENITALE.....	14
1.5 ZÁVĚSNÝ APARÁT POCHVY	14
2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE MIKCE	16
3 STRESOVÁ INKONTINENCE.....	18
3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	18
3.2 EPIDEMIOLOGIE.....	20
3.3 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	20
3.4 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE.....	23
4 KONZERVATIVNÍ METODY LÉČBY STRESOVÉ INKONTINENCE	24
4.1 REHABILITACE SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA	24
4.2 DIVEEN	24
4.3 ELEKTOSTIMULACE	24
4.4 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	25
5 OPERAČNÍ METODY LÉČBY STRESOVÉ INKONTINENCE.....	26
5.1 SUBURETRÁLNÍ PÁSKY	26
5.2 PERIUTERÁLNÍ AGENS	26
5.3 ZÁVĚSNÉ METODY.....	27
6 KVALITA ŽIVOTA ŽEN POSTIŽENÝCH MOČOVOU INKONTINENCÍ	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
7 METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE.....	31
7.1 CÍL	31
7.2 FORMULACE PROBLÉMU	31
7.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
7.4 METODA A ORGANIZACE SBĚRU DAT.....	32
7.5 STRUKTURA VÝZKUMNÉ ČÁST.....	33
8 ANALÝZA DAT.....	34
8.1 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	34

8.2	DENNÍ AKTIVITY.....	37
8.3	FYZICKÁ AKTIVITA.....	41
8.4	VLASTNÍ OSOBNOST	43
8.5	CITOVÉ DŮSLEDKY	46
8.6	SEXUALITA.....	50
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	60
	SEZNAM TABULEK.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Stresová inkontinence u žen je téma, o kterém se velmi málo hovoří a ženám způsobuje celou řadu nepříjemností a problému. V našem okolí, je takových žen spousta, ale mnohé z nich se svůj problém neodvážejí řešit se svým gynekologem. Často je stud tou největší překážkou, která stojí ženě v cestě navštívit svého gynekologa a svěřit se mu se svými potížemi. Toto téma je pro ženy velmi citlivé a intimní, proto i několik let žijí s močovou inkontinencí a jediným způsobem, jak ji řeší, je využívání pomůcek pro inkontinentní ženy. Pokud již ženy navštíví svého gynekologa s cílem tento problém vyřešit, často bývá podnětem celkové zhoršení projevů inkontinence. Toto téma je pro nás velmi zajímavé a zamyšlení se nad touto problematikou nás vedlo k vypracování bakalářské práce na toto téma.

Stresovou inkontinencí se rozumí nechtěný únik moči při náhlém zvýšení nitrobršního tlaku. Žena tento únik moči není schopna vůlí ovládat. Stresová inkontinence pro ženu představuje bio-psycho-sociální problém zasahující do všech oblastí jejího života. Tento problém sice nijak neohrožuje život ženy, ale jeho kvalita je do značné míry narušena. Mezi nejčastější dopady na život žen trpících stresovou inkontinencí patří sociální izolace, zhoršení sexuálního nebo partnerského života, narušení spánku, vyšší finanční výdaje spojené s nákupem pomůcek a změny psychiky ženy (náladovost, úzkost, smutek, pocit neatraktivnosti, ztráta sebedůvěry).

Kvalitu života mohou ovlivňovat subjektivní a objektivní faktory, které mohou být u každého jiné v závislosti na věku, pohlaví, rase a osobnosti člověka. Cítit, že náš život je kvalitní, je pro naše bytí velmi důležité, a proto bylo hlavním cílem této práce zjistit, zda operace stresové inkontinence ovlivnila kvalitu života žen v bio-psycho-sociálních sférách.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V části teoretické se zabýváme anatomii a fyziologií močového systému u ženy, strukturami svalového dna pánevního a mikcí. Je zde také popsána stresová inkontinence, její diagnostika a možnosti terapie. Teoretická část je věnována i kvalitě života a možnostem jejího hodnocení. Praktická část je tvořena pomocí kvantitativního výzkumu, kde byl využit standardizovaný dotazník „Contilife“, který byl doplněn o demografické otázky a upraven do takové formy, aby ženy mohly porovnat svůj stav „před operací“ a „po operaci“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

Termín „pánevní dno“ vyznačuje soubor orgánů, které jsou uloženy ve spodní oblasti malé pánve. Společně s kostěným aparátem utváří funkční celek, který zajišťuje močovou kontinenci, kontinenci stolice a umožňuje pohlavní život. (Roztočil a Bartoš, 2011)

Pánevní dno je možno rozdělit na tři skupiny.

Tabulka 1 **Rozdělení pánevního dna**, zdroj: (Roztočil a Bartoš, 2011)

Vlastní orgány	Močový měchýř, močová trubice, pochva, konečník, děloha, ovaria
Závěsný aparát	Parietální fascie, viscerální fascie
Podpůrný aparát	Svaly malé pánve

1.1 Vesica urinaria – močový měchýř

Močový měchýř je dutý roztažitelný orgán. Jeho funkcí je shromažďování moči a kontrakce stěny nezbytná pro mikci. Jeho stěnu tvoří sliznice s přechodným epitelem a svalovina.

Detruzor můžeme jednoduše popsat jako sval podílející se na vyprazdňování močového měchýře. Svalovina stěny močového měchýře se skládá ze tří vrstev hladké svaloviny (m.detrusor vesicae), které tvoří různě orientované snopce buněk hladkých svalů, které jsou navzájem spletené. K uretrovezikální junkci se vážou ze zadní části, po stranách močové trubice se táhnou dopředu a vytváří detruzorovou smyčku. Při mikci zabraňují zpětnému toku moči za stahu močového měchýře, protože kraniálně vystupují také do svaloviny ureterů. Svalová vlákna střední vrstvy jsou směřována šikmo a cirkulárně. Část vnitřní vrstvy tvoří smyčku, která je postavena v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Svalovina je inervována parasymptickým systémem, jehož synapse jsou umístěny v míšních segmentech S2-S4. (Halaška, c2004)

1.2 Urethra feminina-ženská močová trubice

Močová trubice ženy má tvar válce. Jedná se o dutý orgán dlouhý 30-40 mm. Rozdělujeme ji na tři části: část intramurální, která je uložena ve stěně močového měchýře, střední část

uretry, nacházející se mezi močovým měchýřem a perineální membránou a část distální – perineální. (Martan, Mašata a Švabík, c2013)

Uretra probíhá přes hiatus urogenitalis a spojuje močový měchýř a vestibulum vaginae. V proximálních dvou třetinách je uretra vystlána vrstevnatým přechodným epitelem, který v distální části pozvolna přechází ve vrstevnatý nerohovějící dlaždicový epitel. Žilní plexy se v oblasti močové trubice nachází v submukózní vrstvě. Tyto pleteně bývají nejpatrnější ve fertilním věku ženy a díky nim je sliznice močové trubice červenofialová. V období stárnutí dochází k poklesu hladiny estrogenů, což vede k vymizení kavernózní pleteně a s ním spojeným změnám na uzávěrovém mechanismu uretry. (Martan, Mašata a Švabík, c2013), (Roztočil a Bartoš, 2011)

Močová trubice je tvořena hladkou svalovinou, skládající se z vnější a vnitřní vrstvy. Vnější vrstva je kruhová a je popisována jako musculus sphincter urethrae internus. Vnitřní vrstva je podélná. Vně hladkého svalstva uretry a ve střední části se nachází příčně pruhované svalstvo, jehož nejsilnější část se je na přední ploše střední třetiny močové trubice. Toto místo se nazývá rhabdosfinkter – musculus sphincter urethrae externus. V distální části sval obepíná pochvu i uretru, a je proto označován jako uterovaginální sfinkter. Příčně pruhovaná svalová vlákna typu I. tvoří většinu pruhované svaloviny uretry a tím se podílí na udržení jejího dlouhodobého tonu. Příčně pruhovaná vlákna typu II. zprostředkovávají krátkodobé zvýšení intrauretrálního tlaku, který je potřebný zejména při náhlém zvýšení abdominálního tlaku. Uretru zásobují tepny, které jdou z aa.vesicales inferiores a a.vaginalis. (Martan, Mašata a Švabík, c2013), (Roztočil a Bartoš, 2011)

Pro kontinenci je důležitá správná fixace močového měchýře, hrdla močového měchýře a uretry ve správné poloze. Tuto polohu zajišťuje svalstvo pánevního dna a ligamenta fixující uretru k okolním strukturám. Ve spodní části dutinu břišní uzavírá diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. (Martan, Mašata a Švabík, c2013)

1.3 Diaphragma pelvis – svaly pánevního dna

Pánevním dnem se rozumí soubor svalů a fascií, spolu vytvářející funkční uzávěr pánevní dutiny ve tvaru nálevky. Tvoří oporu orgánům v malé pánvi a zapojuje se do tvorby břišního lisu. Podílí se také na inspirační fázi klidového dýchání. (Roztočil a Bartoš, 2011)

Do skupiny svalů pánevního se řadí musculus levator ani, musculus ischiococcygeus a musculus sphincter ani externus. Částí m.levator ani je musculus puborectalis, který se

významně podílí na podpoře orgánů procházejících diafragmou skrz hiatus levator ani. Při poklesu m.puborectalis se hiatus otevírá, a tím stoupá riziko descenzu (poklesu) pánevních orgánů. (Halaška, c2004) (Martan, Mašata a Švabík, c2013)

1.4 Diaphragma urogenitale

Diaphragmu urogenitale známe také pod pojmem perineální membrána. Je to svalová plotna ve tvaru trojúhelníku, která se napíná mezi rameny kostí stydkých a svou plochou částečně uzavírá hiatus urogenitalis. Perineální membránou prochází pochva a močová trubice. Mezi jednotlivými listy se nachází příčně pruhovaná svalová vlákna m.compressor urethrae a m.sphincter urethrovaginalis. Na spodním listu perineální membrány jsou uloženy povrchové svaly – m.transversus perinei superficialis, m. ischiocavernosus a m. bulbocavernosus. Tyto svaly se podílejí na správném držení dolních cest močových. (Martan, Mašata a Švabík, c2013) (Roztočil a Bartoš, 2011)

1.5 Závěsný aparát pochvy

Závěs pochvy nejčastěji rozlišujeme do tří úrovní.

- **Level I (první etáž):** přední a zadní stěna pochvy jsou k sobě přiloženy a místa přechodu jsou uchycena pomocí vláken parakolpii ke stěně pánve. Parakolpium je složeno z pojiva, hladké svaloviny, krevních a lymfatických cév a nervů. Porucha závěsu na úrovni této etáže je označována jako cystokéla. (Martan, Mašata a Švabík, c2013) (Halaška, c2004)
- **Level II (druhá etáž):** v těchto místech se pochva přibližuje ke stěně pánve. Hladká svalovina spolu s kolagenem a elastinem se propojují se svalovými vlákny střední části. Močová trubice je pevně spojena s předním listem pochvy. V tomto místě má pochva motýlový průřez. Rektovaginální fascie propojuje zadní křídla poševního profilu s m. levator ani a s rektem. Je to důležitý faktor fixace této etáže. Defekty v této etáži mohou vést k poruše uretrovezikální junkce, která může být příčinou stresové inkontinence. Retrokéla vzniká při porušení vazů, které kotví zadní rohy pochvy k m. levator ani. (Martan, Mašata a Švabík, c2013) (Halaška, c2004)
- **Level III (třetí etáž):** kraniálně od hymenálního prstence je pochva pevně spojena s perineální membránou, která se za ní propojuje v centrum tendineum perinei. Pochva zde je ve tvaru písmene U a na její přední stěně je k ní pevně fixována

distální část močové trubice. Při defektu v této etáži může dojít ke vzniku distálního typu retrokély. Správná funkce tohoto závěsu hraje významnou roli v ženské inkontinenci. (Martan, Mašata a Švábík, c2013) (Halaška, c2004)

2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE MIKCE

Mikční cyklus za normálních okolností rozdělujeme do dvou fází. První fáze se vyznačuje nahromaděním moči v močovém měchýři. Po této fázi následuje fáze, kdy je moč vypuzena z močového měchýře. Na tomto cyklu se podílí tři složky: močový měchýř, močová trubice a svalové pánevní dno. Močení je tedy výsledkem jejich koordinované funkce. Při plnění močového měchýře dochází k uvolnění jeho svaloviny a současně probíhá tonus svaloviny močové trubice a svalstva pánevního dna. Při pomalém plnění močového měchýře močí se dostaví první pocit nucení na močení. Aby došlo k mikci, je potřeba, aby na jejím počátku došlo k vědomému stažení svalů břišní stěny, což vede ke zvýšení nitrobřišního tlaku. Následně dojde k uvolnění svalů pánevního dna, které vede k postavení močové trubice do polohy příznivé pro močení. Aby mohlo dojít k vyprázdnění močového měchýře je potřeba, aby nastal pokles tlaku v močové trubici, a naopak došlo ke zvýšení tlaku v močovém měchýři. Na konci močení nastane kontrakce močové trubice a tím se přeruší tok moči. (Roztočil a Bartoš, 2011) (Genadry a Mostwin, 2013)

Na kontinenci ženy se podílí intraabdominální tlak, uretrální uzávěrový tlak a transmise tlaku. K zadržení objemu moči v měchýři je nutné, aby tlak v uretře převyšoval tlak v močovém měchýři i při činnostech, kdy stoupá nitrobřišní tlak (kašel, poskok, smích, zvedání těžkých předmětů, sportovní aktivity). (Martan, c2006)

Na mikčním cyklu se podílí pontinní mikční centrum, které je kontinuálně ovlivňováno šedou kůrou mozkovou a sakrální mikční centrum, nacházející se ve výši míšních segmentů S2-S4. V průběhu života dochází ke zkracování míchy, a proto v dospělosti je toto centrum uloženo asi ve výši obratlů Th12-L1. Další složkou, která se podílí na mikci, jsou periferní somatické a autonomní nervy. (Roztočil a Bartoš, 2011)

Ve fázi plnění močového měchýře převládá tonus sympatiku, zajišťující relaxaci detruzoru a kontrakci svaloviny hrdla močového měchýře a proximální části močové trubice. To vede ke zvýšení intrauretrálního tlaku. Sympatický systém hraje hlavní roli při udržení moči. (Martan, Mašata a Švábík, c2013)

Naopak v mikční fázi převládá tonus parasympatiku. Aferentní vlákna, jdoucí z plexus pelvicus, přivádějí podněty z močového měchýře, které mohou být vyvolány teplem, bolestí, nucením na močení nebo pocity plnosti, do zadních míšních provazců a jimi dále putují do mozku. Většina parasympatických vláken leží v detruzoru, což způsobuje jejich

zranitelnost při operačních zákrocích a infekcích. (Martan, Mašata a Švabík, c2013)
(Roztočil a Bartoš, 2011)

3 STRESOVÁ INKONTINENCE

Inkontinenci definujeme jako každé vůlí neovladatelné odtékaní moči, které způsobuje hygienický nebo sociální problém a je objektivně prokazatelné. Protože inkontinence ženu ovlivňuje z hlediska sociálního, psychologického a medicínského, hovoříme o komplexním problému. (Genadry a Mostwin, 2013)

Urodynamická stresová inkontinence (USI) je dle ICS definována jako nechtěný únik moči uretrou při zvýšení intraabdominálního tlaku. K tomuto jevu dochází při insuficienci uzávěrového mechanismu a při absenci kontrakce detruzoru. Příčinou z velké části bývá patologická pohyblivost močové trubice, vznikající z důvodu poškození podpůrných a závěsných aparátů uretry. (Čermák a Pacík, 2006) (Horčíčka, 2017)

V praxi se nejčastěji užívá klasifikace stresové inkontinence dle Ingelmana a Sundberga:

Tabulka 2 **Stupně stresové inkontinence**, zdroj: Slezáková et al., 2017

I. stupeň	únik moči při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku (kýchnutí, smích, kašel)
II.stupeň	stejný jako I.stupeň a k němu přidružený únik moči při chůzi, práci a pohybech, kdy nedochází k výraznému zvýšení nitrobřišního tlaku
III.stupeň	inkontinence i při nepatrném vzestupu nitrobřišního tlaku, i na lůžku v leže

3.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory ovlivňující vznik stresové inkontinence můžeme rozdělit do čtyř skupin. (Čermák a Pacík, 2006)

1. Faktory predisponující

- Genetické: Dědičnost může hrát roli při vzniku stresové inkontinence.
- Pohlaví: U žen je prokázáno vyšší riziko výskytu inkontinence než u mužů.
- Rasa, kultura, prostředí: Studie zjistily větší výskyt stresové inkontinence u bělošských žen. (Čermák a Pacík, 2006)
- Anatomické, neurologické a svalové abnormality: Defekty močové trubice, defekty a vrozené vývojové vady dělohy, pístěle, spina bifida a traumata míchy a mozku mohou být příčinou vzniku inkontinence. (Čermák a Pacík, 2006)

2. Faktory vyvolávající

- Porod a těhotenství: Těhotenství a porod mohou vést k poškození pánevního dna. Riziko vzniku stresové inkontinence může být zvýšeno také instrumentálním porodem (partus per forcipem, vakuumextrakce) a epiziotomií. Největší roli při vzniku inkontinence má první těhotenství a porod, další porody již nebývají natolik významné. (Roztočil a Bartoš, 2011)
- Účinky pánevní chirurgie a radioterapie: Hysterektomie může způsobit poruchu inervace močového měchýře a tím nepříznivě změnit stav kontinence. Ozařování oblasti malé pánve může vést k poškození svalových a nervových vláken, která blíže souvisí se vznikem inkontinence. (Čermák a Pacík, 2006)

3. Faktory podporující

- Obezita: Narůstající obezita navyšuje abdominální tlak, což způsobuje napínání a oslabení svalů, nervů a pojivových tkání pánevního dna. Vyšší výskyt stresové inkontinence je evidován u obézních žen. (Čermák a Pacík, 2006)
- Kouření a onemocnění plic: Studie prokázala, že u kuřáček se inkontinence vyskytuje 2-3x častěji než u nekuřáček. (Čermák a Pacík, 2006)
- Opakované infekty močových cest
- Menopauza: Atrofické změny, které vznikají při přechodu do menopauzy, mohou zvyšovat riziko náchylnosti k močové inkontinenci. (Čermák a Pacík, 2006)
- Medikace: Mezi léky způsobující stresovou inkontinenci patří α -adrenergní antagonisté (užívané při hypertenzi) a ACE inhibitory (užívané při hypertenzi a srdečních onemocněních). Tyto lékové skupiny mohou způsobovat chronický kašel, který způsobuje zvyšování intraabdominálního tlaku. (Čermák a Pacík, 2006)

4. Faktory dekompenzující

- Věk: Výskyt inkontinence stoupá s vyšším věkem, ale věk není příčinou inkontinence.

3.2 Epidemiologie

Z epidemiologických studií plyne, že se výskyt močové inkontinence u žen pohybuje kolem 25-40 %. Přitom stresovou inkontinencí moči trpí téměř 50 % inkontinentních žen a na lékařskou pomoc se obrátí méně než polovina z nich. Prevalence stoupá s věkem a množstvím rizikových faktorů, které se u ženy objevují. (Martan, Mašata a Švabík, c2013)

3.3 Vyšetřovací metody

Diagnostický algoritmus slouží především k potvrzení toho, že je žena skutečně inkontinentní a vede k určení toho, zda se nejedná o únik moči pouze přechodný, jak tomu může být například při cystitidě. Při vyšetření je také důležité určit, zda není únik moči způsoben vážnou příčinou, jako je maligní onemocnění nebo předešlou operací v malé pánvi. Výsledkem by mělo být určení, zda dojde k využití chirurgické nebo konzervativní léčby. (Horčíčka et al., 2017)

Diagnostický program se skládá z několika složek:

1. **Anamnéza** – Skládá se z anamnézy rodinné, osobní, gynekologicko-porodnické, urogynekologické, sociální, pracovní a farmakologické. Velmi důležitou složku při odběru anamnézy tvoří analýza stávajících obtíží (při jakých aktivitách dochází k úniku moči). (Roztočil a Bartoš, 2011)
2. **Gynekologické vyšetření** – Morfologicky a funkčně potvrzuje podezření vzniklé na základě anamnézy. Inspekce slouží k posouzení změn, které by mohly ovlivňovat funkci uretry a močového měchýře. Odhalují se také zánětlivé změny a jizvy. Palpačně zjišťujeme stav závěsného a podpůrného systému, stav poštovního introitu, stav hráze, zevní ústí uretry a sestup stěn poševních. (Roztočil a Bartoš, 2011)
3. **Jednoduché funkční testy** – Tyto testy slouží v závislosti na gynekologickém vyšetření k posouzení stavu pánevního dna. Patří sem **Q-tip test**, při kterém se do močové trubice zavede vatová štětička namočená do mezokainu (lokálního anestetika) a následně pacientka volně zatlačí. Pokud štětička opisuje polokruh směrem vzhůru (více než 30 stupňů), jedná se o pozitivní test. Dalším testem je **test**

Bonneyův, při kterém dochází k elevaci oblasti uretrovezikální junkce na úroveň dolního okraje spony, což udává informaci o pohyblivosti a elasticitě tkáně. Pacientka může zakašlat a může být vidět patrné unikání moči. (Horčíčka, 2017)

Dalším velmi často používaným je **Pad-weight test (PWT)**. Jedná se o test, při kterém je prováděno vážení vložky, které určuje ztrátu moči před a po provedení standartních aktivit. Vložky se zváží před výkonem aktivity a jsou vloženy do nepropustných kalhotek, poté žena vypije 500ml tekutiny a následně 30 minut chodí (i po schodech). Dalším krokem je 10 x stoj ze sedu, 10x kašel, minutový běh na místě a 5x zvednutí předmětu ze země a minutové mytí rukou pod proudem vody. Po ukončení jsou vložky opět zváženy a test může být prohlášen za pozitivní při ztrátě větší než 2g. (Roztočil a Bartoš, 2011) (Halaška, c2004)

4. **Kontrola reziduální moči** – Provádí se měření obsahu moči, který zůstane v močovém měchýři po vymočení. Dnes se nejčastěji používá ultrazvukové měření obsahu močového měchýře. (Adamík, 2012)
5. **Vyšetření moči** – Vyšetřuje se čerstvá moč ze středního proudu moči ve sterilní nádobce. Provádí se kultivační vyšetření, stěr na chlamydie, mykotické infekce a mykoplazmata. (Adamík, 2012)
6. **Vyhodnocení mikčního deníku** – Klientka si jej vede sama, jedná se o počet mikcí a jejich objem za 24h. Je nutné zaznamenat i příjem tekutin a nechtěné úniky moči. Údaje by měly být zaznamenávány alespoň po dobu 7 dnů. (Roztočil a Bartoš, 2011), (Martan, Mašata a Švabík, c2013), (Adamík, 2012)

Specializovaný diagnostický program se skládá z urodynamického vyšetření, zobrazovacích vyšetření dolních močových cest, urocystoskopie a kalibrace uretry.

1. Urodynamické vyšetření:

- **Cystometrie:** Tato metoda zkoumá elasticitu stěny močového měchýře, inervaci a kontrakci detruzoru. Údaje zjištěné touto metodou mají zásadní vliv na diagnostiku stresové inkontinence. Měří se intravezikální tlak při plnění močového měchýře i při močení. Klientka je v poloze vleže. Pro naplnění močového měchýře je používána sterilní tekutina a katetr, který slouží k měření se zavádí do močové trubice a do konečníku. Po naplnění močového měchýře 100 ml tekutiny je klientka vyzvána k zakašlání, aby

došlo k ověření, zda se měchýř nestahuje a dále tak při každých 100 ml tekutiny. Dále je klientka požádána o oznámení prvního pocitu nucení na močení, pocitu silného nucení na močení a úplného pocitu maximální urgency, kterou již nelze vůlí ovládat. (Halaška, c2004)

- **Uretrální tlakový profil:** Klidový profil zahrnuje měření intraluminálního tlaku po celé délce uretry, za souběžného měření intravezikálního tlaku. Vyhodnocován je jejich rozdíl, tzv. uretrální uzávěrový tlak. Nejčastěji se využívá až k srovnání hodnot před operací a po ní. Dynamický-stresový profil je při zpětném pohybu katetru doprovázen kašlem nebo jiným stresovým manévrem klientky. Pokud na záznamu dojde k zápisu vyšších hodnot tlaku v močovém měchýři, než jsou hodnoty intrauretrálního tlaku, je diagnostikována inkompetence uretry. (Martan, Mašata a Švábík, c2013)
- **Uroflowmetrie:** Je metoda vyšetřující objem tekutiny vypuzené močovou trubicí za jednotku času. Hodnotí se vztah mezi odporem močové trubice a silou kontrakce močového měchýře. Uroflowmetrická křivka hodnotí množství moči vypuzené z uretry (mikční objem), maximální průtok, trvání průtoku a průměrný proud moči. (Halaška, c2004)

Klientka močí do speciálně upravené toalety, která zaznamenává parametry močení a následně je vyhodnotí. (Houfková, 2015)

- **Elektromyografie:** Speciálním přístrojem je snímána elektrická aktivita příčně pruhovaného svalstva pánevního dna. Používány jsou elektrody povrchové nebo jehlové. Své využití má tato metoda při diagnostice synergie nebo dyssynergie funkce uretrálního sfingteru a detruzoru. Další využití má při hodnocení funkčnosti pánevního dna při zátěžových testech. (Martan, Mašata a Švábík, c2013) (Horčíčka et al., 2017)

2. Zobrazovací metody

- **Cystouretrografie:** Slouží k zobrazení močového měchýře a uretry. Pro určení stresové inkontinence hraje významnou roli zobrazení celého průběhu močové trubice. Na bočním snímku je možné také hodnotit polohu uretrovezikálního spojení. Tato rentgenová metoda se využívá v dnešní době méně často a je plně nahrazena vyšetřením ultrazvukovým. (Halaška, c2004)

- **Intravenózní vylučovací urografie:** Tato metoda bývá většinou prováděna při podezření na uretrovaginální píštěle a extrauretrální příčiny inkontinence. (Halaška, c2004)
- **Cystouretroskopie:** Je indikována při nálezech krve v moči, při vyloučených zánětlivých příčinách nebo při výskytu uretrovaginálních píštělí, uretrálních divertikulů a evakuačních poruch. (Martan, Mašata a Švabík, c2013)
- **UZ vyšetření:** Toto vyšetření spadá mezi neinvazivní vyšetřovací metody. Nejčastěji bývá ultrazvukem sledováno postmikční reziduum, pohyblivost a pozice uretry, hrdla a báze močového měchýře a tloušťka detruzoru. Rozlišujeme vnitřní (vaginální sonda) a vnější (abdominální sonda) sonografický přístup. Ultrazvukové vyšetření je dnes nejvyužívanější metodou, zastoupilo tak vyšetření rentgenové. (Martan, Mašata a Švabík, c2013) (Halaška, c2004)
- **Magnetická rezonance:** Metoda, která disponuje nelepší rozlišovací schopností, poskytuje kvalitní informace o strukturách pánevního dna, jeho defektech a funkci. Nevýhodou je časová a finanční náročnost tohoto vyšetření. (Halaška, c2004) (Adamík, 2012)

3.4 Léčba stresové inkontinence

- **Nechirurgická:** k dispozici je spektrum neinvazivních terapeutických postupů a režimů léčby, jako je například kontrola příjmu tekutin, skončení s kouřením nebo redukce tělesné hmotnosti. Další možností jsou rehabilitační metody, kam spadá cvičení pánevního dna a metody elektrostimulace. Možností je také užití farmakoterapie a používání různých pomůcek (pesary,..). (Čermák a Pacík, 2006)
- **Chirurgická:** V dnešní době je známo několik možností operačního řešení stresové inkontinence. (viz.kapitola 5)

4 KONZERVATIVNÍ METODY LÉČBY STRESOVÉ INKONTINENCE

Konzervativní metody léčby stresové inkontinence zahrnují změny životního stylu, cvičení pánevního dna, pesaroterapii, fyzioterapii, obnovu mikčních reflexů a v neposlední řadě farmakoterapii. Vždy je nutné vzít v úvahu celkový stav klientky a stupeň inkontinence. (Čermák a Pacík, 2006)

4.1 Rehabilitace svalů pánevního dna

Aby tento druh terapie měl viditelné výsledky je potřeba, aby žena měla velkou motivaci, která ale může v mnoha případech chybět. Mezi nejznámější a nejvíce využívané metody posílení pánevního dna patří Kegelovy cviky (v angličtině PFMT- pelvic floor muscle training). K dosažení požadovaného efektu musí být klientka řádně informována o správném provedení cviků a o nutnosti jejich provádění pravidelně, a to i po úplném vymizení příznaků. (Dumoulin, 2015)

Další využívanou metodou jsou vaginální kónusy (závaží různé hmotnosti), které si žena sama zavádí do pochvy. Stěžejní je, aby žena vybrala správnou velikost, která jí umožní kónus udržet v pochvě i při pohybu. (Čermák a Pacík, 2006)

4.2 Diveen

Jedná se o intravaginální pomůcku sloužící k zabránění úniku moči. Toto tělíčko si klientka sama za pomoci aplikátoru zavede do pochvy, podobně jako se zavádí tampony. Pomůcka byla navržena tak, aby při jejím použití docházelo k podpoře přední poševní stěny v oblasti pod hrdlem močového měchýře, což způsobí výrazné snížení výskytu úniku moči. (Diveen®)

4.3 Elektostimulace

Tato metoda je založená na elektrické stimulaci nervových struktur pánevního dna pomocí vaginálních elektrod. (Houfková, 2015)

Stimulací jsou vytvářeny reflexní kontrakce příčně pruhovaných periuretrálních a parauretrálních svalů. Frekvence elektrické stimulace se pohybuje okolo 50Hz, jejíž pomocí se zvýší tonus a kontrakční schopnost svalů pánevního dna. Tento jev vede i ke zvýšení uzávěrového tlaku močové trubice. Tato metoda není invazivní, lze ji kombinovat i

s jinými léčebnými metodami a může být prováděna ambulantně. (Mareš, Herzig a Kaňovský, 2005)

4.4 Farmakologická léčba

Nejčastěji se využívají léky, které zvyšují tlak v močové trubici. Jelikož se nejedná o léky specifické pro tyto obtíže, je zde možnost, že dojde k tomu přesile nežádoucích účinků těchto léků nad účinky žádoucími. Z tohoto důvodu je farmakologická léčba k řešení stresové inkontinence využívána minimálně. (Zámečník a Soukup, 2009)

Pokud je ale farmakologická léčba indikována, nejvíce se využívají α -adrenergní agonisté a estrogeny. Alfa-adrenergní agonisté zajišťují zvýšení napětí uretrálních svalů vnitřního systému svěračů a tím dochází k zvýšení jejich rezistence, a také se výrazně zlepší symptomatologie inkontinence. Kladný efekt u klientek se stresovou inkontinencí mají inhibitory reabsorpce serotoninu a norepinefrinu. Estrogeny ovlivňují močový měchýř zesílením jeho hustoty a senzitivity α -adrenergních receptorů. Nicméně, substituční léčba estrogeny s sebou nese velké riziko pro vznik endometriálního karcinomu a také karcinomu prsu. (Kawaciuk, c2009)

5 OPERAČNÍ METODY LÉČBY STRESOVÉ INKONTINENCE

K operačnímu řešení stresové inkontinence se přistupuje, pokud již jsou vyčerpány všechny konzervativní metody. Protože se jedná o operaci obnovující kontinenci, je volba správné techniky velmi důležitá. Nutností je posuzovat každou klientku individuálně a přihlížet i jejím subjektivním pocitům. Důležité je vzít v úvahu celkový zdravotní stav klientky, věk, zda byla již pro močovou inkontinenci operována a také výskyt descenzu nebo cystokély. (Halaška, c2004).

Klientka musí být důkladně informována o výhodách a nevýhodách operace, o trvání rekonvalescence, o možných komplikacích, o možné neúspěšnosti operace a o dalších opatřeních spojených se stavem po zákroku.

5.1 Suburetrální pásky

Jedná se o operační metodu, při které jsou vkládány polypropylenové pásky pod střední uretru bez pevné fixace. Díky této pásce se snižuje hypermobilita uretry. (Adamík, 2012)

- **Retropubické zavedení:** Páska je zavedena suburetrálně a její konce jsou vyvedeny za symfýzou, výkon je možné provádět v lokální analgezií a za výkonu je pacientka požádána, aby prováděla stresové manévry (kašel,...). Páska je dotahována tak dlouho, dokud není žena při těchto manévrech kontinentní. Tento typ je vhodný při insuficienci sfinkteru nebo hypermobilitě uretry. (Adamík, 2012)
- **Transobturatorní zavedení (TOT):** Páska se zavádí pod močovou trubici stejně jako páska předešlá a je vyvedena přes obturatorní fossy na obou stranách. Tato operace je vhodná pro klientky trpící stresovou inkontinencí při hypermobilitě uretry. (Adamík, 2012) Úspěšnost této operace se pohybuje v rozmezí mezi 80-94%. (Martan, Mašata a Švábík, c2013)
- **Minipásky:** Jedná se o krátké pásky, které neprotínají obturatorní membránu a jsou uchyceny se v oblasti obturátorového svalu. Tento zákrok je možné provádět za použití lokální anestezie. (Cervigni a Gambacciani, 2015)

5.2 Periuterální agens

Tato metoda probíhá za pomoci uretroskopu, kdy je jehlou vpuštěna látka do podslizniční oblasti močové trubice a oblasti sfinkteru. To způsobí zvýšení intrauretrálního tlaku, a tím se zamezí úniku moči. Při vysokém tlaku při močení dochází k jeho povolení, a je tak

umožněna mikce. Látky používané k tomuto druhu léčby prošly rozsáhlým vývojem. Byly používány látky jako je například teflon, silikon a hydrogel. Možností je aplikace preparátu Bulkamid (hydrogel připravený s 97,5% vody a 2,5% polymeru se zkříženou vazbou), jehož schopností je udržet svůj tvar a zůstat na místě. Tento přípravek není toxický, nevstřebává se, není alergogenní a má neutrální pH. (Halaška, c2004) Zájem o tento druh léčby je především kvůli jeho miniinvazivitě. Efektivita této metody ovšem není natolik úspěšná jako jsou etablované chirurgické metody. Úplná možnost vyléčení je velmi nízká, ale vlivem tohoto zákroku dochází ke zlepšení kvality života. (Adamík, 2012) (Roztočil a Bartoš, 2011)

5.3 Závěsné metody

Závěsné laparoskopické metody nebo metody otevřenou cestou retropubicky zamezují pohybu uretry její fixací, nejčastěji prováděnou na Cooperská ligamenta. Jelikož jejich provedení je složitější a více zatěžuje klientku, je jejich použití spíše indikováno ve speciálních případech, kdy je nutná reoperace. (Adamík, 2012)

Burchova retropubická kolopopexie je jednou ze závěsných suprapubických operací prováděných u žen, které trpí hypermobilitou uretry a malým descendem. Burchova otevřená kolposuspenze bývá považována za „zlatý standart“ v možnostech provádění závěsných metod. Při tomto zákroku dochází k elevaci závěsu hrdla močového měchýře, k čemuž jsou využívány nevstřebatelné stehy. Je žádoucí, aby klientka v období 6 měsíců po provedení zákroku dodržovala klidový režim. (Čermák a Pacík, 2006)

5.4 Laserová terapie

Léčba pomocí laserové terapie se zavádí a používá v celém světě. Tímto způsobem lze léčit celou řadu urogenitálních symptomů, včetně léčby stresové inkontinence. (Dwyer a Kajmakar, 2019)

6 KVALITA ŽIVOTA ŽEN POSTIŽENÝCH MOČOVOU INKONTINENCÍ

Kvalita života je obvykle spojována s termínem zdraví podle Světové zdravotnické organizace. Zdraví je definováno jako stav fyzické, psychické a sociální spokojenosti, kdy nejde jen o absenci nemoci nebo slabosti či tělesné vady. Obsah definice poukazuje na klientem hodnocené oblasti života, které odrážejí jeho vnímání kvality života a spokojenost ve vztahu ke zdraví. Ukazuje také na rozsah možných fyzických, psychických i intelektuálních aktivit a možnosti účastnit se rodinného, pracovního a sociálního života. (Čech, 2006)

Inkontinence není stav, kdy by byl život ženy ohrožen, ale jedná se o stav velmi omezující. Únik moči, kterému žena nemůže nijak zabránit je pro ni ponižující a následky se promítají v bio-psycho-sociálních oblastech života. (Galajdová, 2000) (Chmel, 2010)

V některých případech dochází k totální izolaci ženy ze společenského života, k ukončení sexuálního života a omezení jejího partnerského života. Ženy, trpící inkontinencí mohou mít sklony k depresím a často mohou být vyčerpané a unavené. Následky inkontinence se u ženy mohou promítat i v pracovním životě a je zaznamenán i vliv na finanční stránku života ženy, protože pořizování inkontinenčních pomůcek může být nákladné. (Galajdová, 2000) (Krofta a Feyereisl, 2010) (Chmel, 2010)

V rámci urogynekologie je vyvíjena snaha o zajištění kvalitnějšího života každé klientky prostřednictvím léčby konkrétních problémů spojených s inkontinencí. Lze ji buď zcela vyléčit, nebo alespoň ve velké míře zmírnit její projevy, které mají negativní vliv na život klientky. Cílem je ženu navrátit zpět do normálního života, takového, jaký vedla před začátkem prvních projevů inkontinence. (Galajdová, 2000) (Krofta a Feyereisl, 2010)

V urogynekologii probíhá měření kvality života ženy pomocí dotazníkového šetření. Roli hraje tehdy, pokud zjišťujeme vliv inkontinence na život ženy před začátkem terapie a později vliv terapie na kvalitu života. (Horčíčka, 2006)

Existuje velké množství dotazníků, které hodnotí kvalitu života ženy trpící inkontinencí. Je nutností vybrat vhodný druh dotazníku se zaměřením na cíl zkoumání. (Horčíčka, 2006)

Pro výzkum ve své práci jsem si vybrala dotazník „Contilife“. Tento dotazník je určen pro ženy se stresovou inkontinencí, byl vytvořen Amarencem a spol. v roce 2003. Skládá se z 28 otázek hodnotících vliv inkontinence na běžné denní aktivity a aktivity spojené s

námahou, emoční důsledky, vliv na pohlavní život, celkový pocit spokojenosti a obsahuje sebehodnocení. Tento dotazník je také využíván k hodnocení efektu operační terapie stresové inkontinence pomocí polypropylenové TOT pásky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE

7.1 Cíl

Cílem práce bylo provést „krátkodobý follow up“ u žen, které byly operovány pro stresovou inkontinenci. Chtěli jsme zjistit, zda operace stresové inkontinence ovlivnila kvalitu života ženy. Pomocí standardizovaného dotazníku „Contilife“, upraveného do verze „před operací“ a „po operaci“ a doplněného o demografické otázky, byl zkoumán vliv operace stresové inkontinence na kvalitu každodenního života ženy.

Dílčí cíl 1

Zjistit, zda ženy trpící inkontinencí odkládají návštěvu lékaře.

Dílčí cíl 2

Zjistit, zda operace stresové inkontinence ovlivnila kvalitu života ženy v oblasti každodenních aktivit.

Dílčí cíl 3

Zjistit, zda se po operace kvalitu života ženy v oblasti fyzických aktivit.

Dílčí cíl 4

Zjistit jaký měl zákrok vliv na zlepšení pocitů znepokojení v situacích, které vznikly na základě úniku moči.

Dílčí cíl 5

Popsat, jaký vliv měl zákrok na citové vnímání ženy sebe samé a na její emoční stránku.

Dílčí cíl 6

Zjistit, zda operace stresové inkontinence vedle ke zlepšení kvality sexuálního života ženy.

Dílčí cíl 7

Zmapovat, jak ženy hodnotí svoji kvalitu života.

7.2 Formulace problému

Stresová inkontinence ovlivňuje ženu ve všech oblastech každodenního života a omezuje ji v mnoha směrech. Tato problematika zasahuje do oblasti denních aktivit, působí problémy

při fyzických aktivitách, ovlivňuje vlastní osobnost ženy, má dopad na citovou stránku a výrazně může zasahovat do sexuálního života.

Jedná se o velmi častou problematiku v oblasti urogynekologie. Často jsou při léčbě u žen opomíjeny její subjektivní pocity, popřípadě nejsou využívány možnosti zpříjemnění života s danou problematikou. (Horčíčka, 2017)

Výsledek výzkumného šetření by měl poukázat na to, jak operační zákrok ovlivňuje kvalitu života ve všech bio-psycho-sociálních oblastech. Mohl by také v případě neúspěšné operace pomoci k případnému zlepšení kvality života.

7.3 Charakteristika výzkumného souboru

Aby mohl být výzkum zahájen, bylo žádoucí, aby výzkumný soubor tvořily ženy, které podstoupily operaci stresové inkontinence před méně než 6 měsíci od doby, kdy vyplňovaly dotazník. Jedná se tedy o metodu krátkodobého follow-upu. Dotazníky byly zcela anonymní a dobrovolné. Z důvodu situace nouzového stavu v ČR způsobeného COVID-19 byly ženy oslovovány nejen v urogynekologické ambulanci MUDr. Adamíka, ale také na několika internetových fórech. Věkové rozmezí respondentek bylo různé.

7.4 Metoda a organizace sběru dat

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Ke sběru dat jsme zvolili standardizovaný dotazník Contilife, který jsme upravili do verze „před operací“ a „po operaci“, aby bylo možné vyhodnotit dopad operace na změnu kvality života ženy ve všech jeho oblastech. Dotazník se skládá z 28 otázek hodnotících vliv inkontinence na běžné denní aktivity a aktivity spojené s námahou, emoční důsledky, vliv na pohlavní život, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení.

Ženy měly vždy možnost zaznačit odpověď do připravených kolonek na škále vůbec nemálo-středně-hodně-velmi hodně a na škále nikdy-zřídka-někdy-často-vždy.

Standardizovaný dotazník byl doplněn o demografické otázky, kde jsme se zajímali o věk ženy; nejvyšší dosažené vzdělání; dobu, po kterou navštěvuje urogynekologickou ambulanci; dobu po kterou měla potíže s únikem moči; dobu, po kterou svůj problém řešila konzervativně a také o důvod, který ji přiměl k přijetí operačního řešení inkontinence

Distribuce dotazníků byla zajištěna pomocí ambulantní sestry v urogynekologické ambulanci Gyneko s.r.o, pod vedením MUDr. Adamíka a z důvodu vzniklé situace

nouzového stavu v ČR, která způsobila minimalizování provozu ambulancí, byla další část dotazníků byla zaslána elektronickou formou ženám na internetových fórech.

Vyplněné dotazníky byly zpět odevzdány sestře a vloženy do označené obálky v ambulanci.

Právě v závislosti na vzniklé situaci nebylo dotazníků rozdáno mnoho, celkem 80, z toho vráceno 45. návratnost dotazníků byla tedy 56%.

Výzkum byl prováděn od 10. 1. 2019 do 30. 4. 2020, po schválení ředitelky Ústavu zdravotnických věd a zástupce zdravotnického zařízení Gyneko Zlín s.r.o. Povolení o možnosti provést dotazníkové šetření v ambulanci Gyneko s.r.o. ve Zlíně spolu s výsledky zkoumání jsou k nahlédnutí u autora práce. Data byla zpracována pomocí programu Microsoft Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010. Pro lepší přehlednost jsou data zpracována do tabulek.

7.5 Struktura výzkumné části

První dvě otázky jsou otázky demografické a slouží ke zjištění věku a nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek. Další čtyři otázky se zabývají zjištěním délky potíží, délky dispenzarizace v ambulanci, délky využívání konzervativní terapie a zjišťují hlavního důvodu přijetí operačního řešení. U těchto otázek měly respondentky možnost zakroužkovat jednu odpověď.

Druhá část standardizovaného dotazníku „Contilife“ byla rozdělena do kapitol: denní aktivity, fyzická aktivita, vlastní osobnost, citové důsledky a sexualita. Tyto kapitoly celkem zahrnovaly 27 otázek. Otázky jsme zpracovali do tabulek, kde respondentky měly možnost vyznačit odpovědi na škále vůbec ne-málo-středně-hodně-velmi hodně a na škále nikdy-zřídka-někdy-často-vždy. Tabulky byly vytvořeny tak, aby do nich mohly dotazované ženy vpisovat jejich odpovědi v závislosti na subjektivních pocitech, jak je cítily před operací a po ní. Posledním bodem dotazníku byla škála subjektivního hodnocení kvality života, kdy měly respondentky možnost zhodnotit kvalitu svého života a zakroužkovat odpověď na škále 1-5, kdy číslo 1 značí nízkou kvalitu života a číslo 5 je ukazatelem výborné kvality života.

8 ANALÝZA DAT

8.1 Demografické údaje

1. Do jaké věkové kategorie spadáte?

Tabulka 3 Věk respondentek

20-30 let	0	0%
31-45 let	10	20,4%
46-65 let	31	63,27%
66 let a více	8	16,33%

Komentář: Touto otázkou bylo zjišťováno, v jaké věkové kategorii jsou u žen nejčastěji prováděny operace stresové inkontinence. Odpovědělo 49 žen, mezi nimiž nejvíce zastoupenou kategorií byla věková kategorie 46-65 let. Ve věku 20-30 let neodpověděla žádná žena.

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Základní	2	4,08%
Středoškolské bez maturity	10	20,41%
Středoškolské s maturitou	22	44,9%
Vyšší odborné	6	12,24%
Vysokoškolské	9	18,37%

Komentář: Touto otázkou, která sloužila k informaci o tom, jaké mají ženy nejvyšší dosažené vzdělání bylo zjištěno, že všechny dotazované ženy dosáhly alespoň základního vzdělání. Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou (44,9%). Vyšší odborné vzdělání mělo pouze 6 žen (12,24%) a vysokoškolského titulu dosáhlo pouze 9 žen (18,37%).

3. Jak dlouho navštěvujete urologickou ambulanci?

Tabulka 5 Návštěva urologické ambulance

Méně než 6 měsíců	24	48,98%
6-12 měsíců	13	26,53%
13 a více měsíců	12	24,49%

Komentář: Z tabulky je zřejmé, že téměř polovina žen dochází do urologické ambulance po dobu méně než půl roku, zbylý počet dotazovaných navštěvuje ambulanci po delší dobu.

4. Jak dlouho jste před návštěvou ambulance měla potíže s únikem moči?

Tabulka 6 Délka potíží

Méně než 1 rok	2	4,08%
2 roky	21	42,86%
3 roky	22	44,9%
4 a více let	4	8,16%

Komentář: Čtvrtá otázka zjišťovala, po jak dlouhou dobu měly ženy potíže s únikem moči, než navštívily lékaře. Nejvyšší počet žen pocíťovalo potíže po dobu dvou nebo tří let. Z toho vyplývá, že tento problém ženy neřeší hned po vyzpozorování příznaků. Navštívit lékaře se 21 žen (42,86%) rozhodlo až po dvou letech života s inkontinencí a 22 (44,9%) žen vyhledalo lékařskou pomoc až po třech letech výskytu potíží.

5. Jak dlouho jste řešila inkontinenci konzervativně, než bylo provedeno operační řešení?

Tabulka 7 Délka konzervativní terapie

Méně než 1 rok	28	57,14%
2 roky	20	40,82%
3 roky	1	2,04%
4 a více let	0	0%

Komentář: Pátá otázka se týkala konzervativní terapie stresové inkontinence. Cílem bylo zjistit, jak dlouho respondentky svůj problém řešily konzervativně. Z tabulky vyplývá, že více než polovina dotazovaných žen (57,14%) využívala konzervativní terapii po dobu kratší než jeden rok. Dva roky se konzervativně léčilo 20 žen (40,82%). Pouze jedna ženy uvedla, že tento druh terapie využívala po dobu tří let.

6. Co Vás přimělo k přijetí operačního řešení? (hlavní důvod)

Tabulka 8 Přijetí operačního řešení

Doporučení lékařem	29	59,18%
Samostudium možných způsobů léčby	3	6,12%
Nový partnerský vztah	1	2,04%
Zhoršení příznaků	14	28,57%
Dobrá zkušenost známe/přítelkyně/rodiny	0	0%
Ekonomická situace	2	4,08%

Komentář: Touto otázkou bylo zjišťováno, co bylo u žen hlavním důvodem, proč přijmou chirurgickou léčbu stresové inkontinence. Respondentky nejčastěji odpovídaly, že hlavním důvodem, proč léčbu přijaly, bylo to, že jim tato metoda byla doporučena gynekologem nebo urogynekologem. Takto odpovědělo 29 žen, tedy 59,18% z celkového počtu dotazovaných. Dalším nejvíce zastoupených důvodem bylo to, že u nich došlo ke zhoršení příznaků inkontinence. Tuto variantu odpovědělo 14 žen, tedy 28,57 % dotazovaných žen.

8.2 Denní aktivity

Jak moc Vás obtěžovaly/obtěžují problémy s močením:

Tabulka 9 Denní aktivity I - před operací

PŘED OPERACÍ	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. Mimo domov	0	3 (6,12%)	19 (38,78%)	21 (42,86%)	6 (12,25%)
2. Řízení/jízda v autě	0	1 (2,04%)	16 (32,65%)	28 (57,14%)	4 (8,16%)
3. Chůze po schodech	3 (6,12%)	9 (18,37%)	26 (53,06%)	11 (22,44%)	0
4. Nakupování	0	3 (6,12%)	18 (36,73%)	26 (53,06%)	2 (4,08%)
5. Stání a čekání (MHD)	9 (18,37%)	16 (32,65%)	1 (2,04%)	23 (46,94%)	0

Komentář: První oblastí života, která byla zkoumána, je oblast denních aktivit. Pro lepší přehlednost jsme odpovědi středně, hodně a velmi hodně sečetli. Celkem 93,89% dotazovaných žen uvedlo, že je inkontinence obtěžovala, pokud se nacházely mimo domov (výlet, návštěva,..). Při řízení auta nebo jízdě v autě jako pasažér na delší vzdálenosti uvedlo obtíže 97,95 žen. Potíže s únikem moči při chůzi po schodech mělo 75,5% respondentek. Celkem 48,98 % žen obtěžoval únik moči, pokud stály ve frontě nebo čekaly na zastávce MHD.

Tabulka 10 Denní aktivity I - po operaci

PO OPERACI	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. Mimo domov	37 (75,51%)	9 (18,37%)	1 (2,04%)	2 (4,08%)	0
2. Řízení/jízda v autě	43 (87,76%)	5 (10,2%)	0	1 (2,04%)	0
3. Chůze po schodech	42 (85,71%)	5 (10,2%)	1 (2,04%)	1 (2,04%)	0
4. Nakupování	44 (89,8%)	4 (8,16%)	0	1 (2,04%)	0
5. Stání a čekání (MHD)	42 (85,71%)	6 (12,25%)	0	1 (2,04%)	0

Komentář: V této tabulce jsou zaznamenány odpovědi žen, do jaké míry je po operačním zákroku ovlivňuje inkontinence v denních aktivitách. Pouze jedna respondentka uvedla, že i po operačním řešení jejího problému se u ní stále vyskytují obtíže spojené s únikem moči, a to při nakupování, chůzi po schodech, při jízdě v autě a při pobývání mimo domov.

Jak často kvůli problémům s močením:

1. Jste měla/máte pauzy v denních aktivitách nebo při práci
2. Jste se probouzela/probouzíte během spánku v noci nebo přes den

Tabulka 11 Denní aktivity II před operací

PŘED OPERACÍ	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
6. Denní aktivity - pauzy	0	2 (4,08%)	24 (48,98%)	15 (30,61%)	8 (16,33%)
7. Probouzení a spánek	11 (22,45%)	11 (22,45%)	16 (32,65%)	7 (14,29%)	4 (8,16%)

Komentář: Další oblastí z denních aktivit, kterou jsme zkoumali, byla kvalita spánku a četnost pauz při práci nebo denních aktivitách. Před operací muselo 46,94 % žen dělat pauzy v aktivitách ve velké nebo hodně velké míře. Nejvíce žen (48,98%) odpovídalo, že si pauzy při provádění práce nebo při denních aktivitách musely dělat středně často. Kvalitu spánku před operací ženy hodnotily různě, 16 žen (32,65%) uvedlo, že se v noci

nebo přes den během spánku probouzelo středně často. Odpověď hodně a velmi hodně označilo celkem 11 žen (22,45%). Celkem 22 žen (44,9%) uvádí, že jejich kvalita spánku není inkontinencí nijak narušena nebo ovlivněna.

Tabulka 12 Denní aktivity II po operaci

PO OPERACI	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
6. Denní aktivity - pauzy	41 (83,67%)	7 (14,29%)	0	1 (2,04%)	0
7. Probouzení a spánek	41 (83,67%)	7 (14,29%)	1 (2,04%)	0	0

Komentář: Otázku v oblasti pauz v denních aktivitách a kvalitu spánku hodnotily ženy i po operaci, kdy z tabulky vyplývá, že 48 žen (97,96%) dělá pauzy při práci a při provádění denních aktivit málo nebo vůbec. Probouzení během spánku po zákroku se nevyskytuje u 41 (83,67%) žen.

8.3 Fyzická aktivita

Jak často Vás potíže s močením obtěžovaly/ obtěžují:

Tabulka 13 Fyzická aktivita před operací

PŘED OPERACÍ	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
8. Zvedání těžkého břemene	0	0	6 (12,25%)	19 (38,76%)	24 (48,98%)
9. Sport	0	0	8 (16,33%)	23 (46,94%)	18 (36,73%)
10. Smrkání, kašel kýchání	0	0	4 (8,16%)	16 (32,65%)	29 (59,18%)
11. Záchvat smíchu	0	1 (2,04%)	2 (4,08%)	21 (42,86%)	25 (51,02%)

Komentář: Z tabulky, která popisuje míru ovlivnění kvality života před operací v oblasti fyzických aktivit, vyplývá, že téměř polovina žen (48,98%) velmi hodně pocítovalo potíže při zvedání těžkých břemen. Odpovědi vůbec ne a málo se v oblasti před operací téměř nevyskytovaly. Tabulka nám tedy říká, že stresová inkontinence všechny ženy ať už středně, hodně nebo velmi hodně ovlivňuje při sportu, při záchvatech smíchu, při kýchání, kašli a smrkání.

PO OPERACI	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
8. Zvedání těžkého břemene	38 (77,55%)	9 (18,37%)	1 (2,04%)	1 (2,04%)	0
9. Sport	39 (79,59%)	8 (16,32%)	1 (2,04%)	1 (2,04%)	0
10. Smrkání, kašel kýčání	38 (77,55%)	10 (20,41%)	0	1 (2,04%)	0
11. Záchvat smíchu	42 (85,71%)	6 (12,25%)	0	1 (2,04%)	0

Tabulka 14 Fyzická aktivita po operaci

Komentář: Pro lepší přehlednost jsme odpovědi vůbec ne a málo sečetli. V tabulce můžeme vidět, že 47 žen (95,92%) nepozoruje žádné potíže při zvedání těžkého břemene. Sport nebo tanec není narušen u stejného počtu dotazovaných žen. Při kašli, smrkání a kýčání nepozorovalo únik moči celkem 48 žen (97,96%). Stejný počet žen nepozoruje žádné potíže při smíchu.

8.4 Vlastní osobnost

Jak často jste se kvůli problémům s močením cítila/ cítíte:

Tabulka 15 Vlastní osobnost před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
12. Méně atraktivně	4 (8,16%)	9 (18,37%)	25 (51,02%)	11 (22,45%)	0
13. Znepokojená zápachem	2 (4,08%)	7 (14,29%)	21 (42,86%)	18 (36,73%)	1 (2,04%)
14. Znepokojená vědomím okolí	1 (2,04%)	5 (10,2%)	25 (51,02%)	17 (34,69%)	1 (2,04%)
15. Znepokojená skvrnami	2 (4,08%)	8 (16,32%)	24 (48,98%)	12 (24,49%)	3 (6,12%)

Komentář: Do skupiny otázek týkajících se vlastní osobnosti respondentek jsme zařadili otázky týkající se vlastní atraktivity, znepokojení ze zápachu, možné nehody a z viditelných skvrn zanechaných na nábytku. Polovina respondentek uvádí, že u nich někdy dochází k tomu, že se cítí méně atraktivní. Polovina žen odpovídajících na dotazník někdy pocítuje znepokojení z toho, že si okolí uvědomuje, jakým trpí problémem. 42,86% respondentek je někdy znepokojeno možným zápachem, který vzniká při úniku moči a 36,73% žen je zápachem znepokojeno často. Téměř polovina žen uvádí občasnou obavu ze zanechání skvrn na nábytku.

Tabulka 16 Vlastní osobnosti po operaci

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
12. Méně atraktivně	39 (79,59%)	9 (18,37%)	1 (2,04%)	0	0
13. Znepokojená zápachem	44 (89,79%)	4 (8,16%)	1 (2,04%)	0	0
14. Znepokojená vědomím okolí	43 (87,76%)	4 (8,16%)	2 (4,08%)	0	0
15. Znepokojená skvrnami	46 (93,88%)	1 (2,04%)	2 (4,08%)	0	0

Komentář: Pokud porovnáme odpovědi z tabulky před operací, můžeme vidět zlepšení této oblasti. 39 žen z celkového počtu 49 se po zákroku nikdy necítí méně atraktivní. 44 žen není znepokojeno zápachem moči, 43 respondentek nepocítuje znepokojení z toho, že by si okolí uvědomovalo její potíže. 46 dotazovaných žen nemá obavu ze zanechání skvrn na nábytku. Zbylý počet žen na všechny otázky odpovědělo odpovědi „zřídka“ a „někdy“.

Jak často jste musela/se musíte kvůli problémům s močením:

Tabulka 17 Vlastní osobnost- převlékání před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
16. Převlékání	2 (4,08%)	23 (46,94%)	17 (34,69%)	7 (14,29%)	0

Komentář: Tato otázka byla směřována na četnost převlékání kvůli úniku moči. 7 respondentek se muselo kvůli pomočení před operací často převlékat, 17 respondentek se převlékalo někdy. 23 dotazovaných žen uvedlo, že jen zřídka došlo k tomu, aby se z důvodu pomočení musely převléknout. U dvou respondentek nikdy nedošlo ke znečištění oděvu.

Tabulka 18 **Vlastní osobnost – převlékání po operaci**

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
16. Převlékání	46 (93,88%)	2 (4,08%)	1 (2,04%)	0	0

Komentář: Ve srovnání s četností nutnosti převlékání před operačním zákrokem je z této tabulky patrné, že došlo k výraznému zlepšení v této oblasti, 46 žen z celkového počtu 49 uvádí, že od operace nebylo nikdy nutné vyměnit si oděv z důvodu pomočení.

8.5 Citové důsledky

Jak často jste se cítila/ cítíte:

Tabulka 19 Citové důsledky I – před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
17. Dobře, v pohodě	1 (2,04%)	5 (10,2%)	0	21 (42,86%)	22 (44,9%)

Komentář: První otázkou pokládanou v oblasti citových důsledků stresové inkontinence byla otázka zaměřená na celkový pocit pohody. Odpovědi „často“ a „vždy“ jsme sečetli a výsledek je, že 43 žen (87,76%) i přes potíže a diskomfort způsobený inkontinencí se celkově cítí dobře a v pohodě.

Tabulka 20 Citové důsledky I – po operaci

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
17. Dobře, v pohodě	0	1 (2,04%)	1 (2,04%)	5 (10,2%)	42 (85,71%)

Komentář: Z tabulky hodnotící pocit pohody po operaci je patrné, že 47 žen z celkového počtu 49 respondentek hodnotí své pocity jako dobré a pociťuje životní pohodu.

Jak často jste se trápila/ trápíte:

Tabulka 21 Citové důsledky II – před operací

PŘED OPERACÍ	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
18. Kvůli nošení vložek	0	1 (2,04%)	15 (30,61%)	21 (42,86%)	12 (24,49%)

Komentář: Další otázka směřovala na zjištění míry trápení respondentek z nutnosti nošení vložek. Celkem 33 respondentek se před operačním zákrokem trápilo a bylo jim nepříjemné neustálé nošení vložek. 15 žen odpovídalo, že je tato záležitost netrápila až tak často.

Tabulka 22 Citové důsledky II – po operaci

PO OPERACI	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
18. Kvůli nošení vložek	37 (75,51%)	8 (16,32%)	2 (4,08%)	1 (2,04%)	1 (2,04%)

Komentář: Ve srovnání s tabulkou, která zaznamenává odpovědi žen před operací, je patrné že po zákroku většina žen (75,5%) se netrápí nebo není znepokojena nutností nosit vložky.

Jak často jste se cítila/ cítíte:

Tabulka 23 Citové důsledky III- před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
19. Znechuceně	0	5 (10,2%)	22 (44,9%)	22 (44,9%)	0
20. Netrpělivá	0	8 (16,32%)	26 (53,06%)	15 (30,61%)	0
21. Špatně kvůli možné „nehodě“	0	4 (8,16%)	18 (36,73%)	27 (55,1%)	0
22. Nekontrolující emoce	4 (8,16%)	27 (55,1%)	16 (32,65%)	2 (4,08%)	0
23. Posedlá svým problémem	0	18 (36,73%)	23 (46,94%)	8 (16,32%)	0

Komentář: Pro lepší přehlednost jsme u otázek 19.,20.,21.,22. a 23. sečetli odpovědi někdy a často. Z výsledků vyplývá, že 44 žen z důvodu pomočování má pocity znechucení, 41 respondentek uvedlo, že bývají netrpělivé, u 45 dotazovaných se vyskytovaly špatné pocity při pomyslení na možnou „nehodu“ nebo při pomočení. 31 žen potvrdilo, že u nich docházelo k pocitům, že jsou svým problémem posedlé.

Tabulka 24 Citové důsledky III- po operaci

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
19. Znechuceně	42 (85,71%)	5 (10,2%)	2 (4,08%)	0	0
20. Netrpělivá	44 (89,8%)	4 (8,16%)	1 (2,04%)	0	0
21. Špatně kvůli možné „nehodě“	41 (83,67%)	6 (12,25%)	2 (4,08%)	0	0
22. Nekonrolující emoce	45 (91,84%)	4 (8,16%)	0	0	0
23. Posedlá svým problémem	43 (87,76%)	4 (8,16%)	2 (4,08%)	0	0

Komentář: Z výsledků zaznamenaných v tabulce „po operaci“ je zřejmé, že většina žen pociťuje emoční stabilitu, nepociťuje znechucení, netrpělivost, kontroluje své emoce, netrápí se možnou „nehodou“ způsobenou únikem moči. Pocity posedlosti svým problémem většina respondentek nepozoruje.

Jak často jste se nutila/nutíte myslet na to:

Tabulka 25 Citové důsledky – nošení vložek – před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
24. Vzít si vložku před odchodem	0	0	13 (26,53%)	25 (51,02%)	11 (22,45%)

Komentář: Z tabulky je patrné, že v období, než byla provedena operace se ženy musely nutit myslet na to, aby si vzaly vložku před odchodem z domova (celkem 73,76%).

Tabulka 26 Citové důsledky – nošení vložek– po operaci

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
24. Vzít si vložku před odchodem	32 (65,31%)	14 (28,57%)	1 (2,04%)	2 (4,08%)	0

Komentář: Dle zpracovaných výsledků je patrné, že po zákroku se respondentky nemusí nutit brát si vložku při odchodu z domova. Pouze u dvou dotazovaných žen se objevila odpověď „často“.

8.6 Sexualita

Jak často jste kvůli problémům s močením:

Tabulka 27 Sexualita před operací

PŘED OPERACÍ	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
25. Měla strach při pomyšlení na sex	24 (70,59%)	5 (14,71%)	2 (5,88%)	1 (2,94%)	2 (5,88%)
26. Musela měnit sexuální praktiky	10 (29,41%)	15 (44,11%)	7 (20,59%)	2 (5,88%)	0
27. Cítila znepokojení z možného úniku moči	5 (14,71%)	9 (26,47%)	15 (44,11%)	4 (11,76%)	1 (2,94%)

Komentář: Tato oblast otázek zkoumá vliv stresové inkontinence na oblast sexuálního života. Na tuto otázku v dotazníku odpovědělo pouze 34 žen. Z tabulky vyplývá, že inkontinence ženy v této oblasti v nijak velké míře neovlivňuje. Strach ze sexu uvádí také minimum žen, pokud sečteme odpovědi často a vždy, jedná se o 3 ženy (8,82%). Z celkového počtu 34 dotazovaných žen pouze 2 ženy (5,88%) musely kvůli inkontinenci měnit sexuální praktiky. Znepokojení z možné nehody s únikem moči při sexuálním styku na stupnici v bodě „někdy“ označilo 44,11% respondentek. Často nebo velmi často mělo z pomočení během sexu obavy celkem 14,7% žen.

Tabulka 28 Sexualita po operaci

PO OPERACI	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
1. Měla strach při pomyšlení na sex	30 (88,24%)	4 (11,76%)	0	0	0
2. Musela měnit sexuální praktiky	32 (94,12%)	1 (2,94%)	1 (2,94%)	0	0
3. Cítila znepokojení z možného úniku moči	34 (100%)	0	0	0	0

Komentář: Je patrné, že po operačním zákroku došlo ke zlepšení pocitů ze sexu, všechny respondentky odpověděly, že nejsou znepokojeny možným únikem moči během koitu, nemají strach nebo obavy při pomyšlení na sexuální styk a nemusí během sexu měnit sexuální praktiky.

8.7 Zhodnocení kvality života

Jak byste momentálně zhodnotila KVALITU Vašeho života:

Tabulka 29 Zhodnocení kvality života

1	2	3	4	5
Špatně				Výborně
0	4 (8,16%)	2 (4,08%)	6 (12,25%)	37 (75,51%)

Komentář: Na škále, kde respondentky měly možnost zaznačit, jak by zhodnotily svoji kvalitu života, můžeme vidět, že 37(75,51%) žen z celkového počtu 49 dotazovaných hodnotí kvalitu svého života výborně. Pouze 4 ženy (8,16%) označily na škále číslo 2, což znamená horší kvalitu života.

9 DISKUZE

Při hodnocení splnění cílů je nutno brát v potaz, že vzhledem k situaci spojené s COVID-19, díky které nemohl být výzkum proveden v plném rozsahu, je tento výzkumný soubor jen malým souborem žen ze Zlínského a Jihomoravského kraje, proto výsledky budou odpovídat pouze tomuto vzorku populace a je nutno si uvědomit, že každá žena je zcela jedinečná a vnímá různé situace a své pocity odlišným způsobem. Z výzkumného šetření vyplynuly tyto poznatky, které odpovídají na dílčí cíle. Domníváme se, že tento výzkum by mohl spíše spadat do pilotního šetření výzkumného nástroje.

Analýza k dílčímu cíli č. 1 zjišťovala, jak dlouho dobu ženy trpěli stresovou močovou inkontinencí, než vyhledaly lékařskou pomoc. Z výsledků šetření vyplývá, že uskutečnit návštěvu lékaře se 42,86% rozhodlo až po dvou letech života s inkontinencí a 44,9% žen vyhledalo lékařskou pomoc až po třech letech výskytu potíží. Můžeme tedy dle výsledků říci, že ženy odbornou pomoc nevyhledávají v počáteční fázi výskytu jejich potíží, ale odkládají návštěvu odborníka po dobu několika let. Domníváme se, že to může být způsobeno studem nebo obavami z možného chirurgického zákroku. Výsledky jsem porovnávala s bakalářskou prací Libuše Čáповé na téma „Rehabilitační léčba, informovanost a kvalita života žen s močovou inkontinencí“ z roku 2007. Výsledky se spolu shodují.

Dílčí cíl č. 2 zjišťoval vliv operačního zákroku na kvalitu života ženy v oblasti každodenních aktivit (nakupování, chůze po schodech, jízda v autě a pobyt mimo domov). Před zahájením chirurgické terapie ženy potvrdily omezení a snížení kvality života ve zmíněných aktivitách. Domníváme se, že míra působení inkontinence na tuto oblast je závislá na tom, jak často žena tyto aktivity vykonávala a také jakým stupněm stresové inkontinence trpěla. Z výsledků, které jsou zpracovány v tabulkách je patrné, že se kvalita života v těchto oblastech zlepšila, většina z dotazovaných žen nepozoruje žádné omezení kvality života. Výsledky jsme porovnávali s bakalářskou prací Markéty Michalčíkové na téma „Kvalita života žen se stresovou inkontinencí“ z roku 2013, která ve své výzkumné část srovnává kvalitu života žen před operací a po ní. Výsledky jsou téměř totožné.

Dílčí cíl č. 3 se váže na fyzickou aktivitu a na míru jejího zlepšení po provedení chirurgického zákroku k odstranění stresové inkontinence. Z provedeného výzkumu je patrné, stejně jako ve svém výzkumu uvádí Čáповá, že ženy trpící inkontinencí ve velké míře obtěžují úniky moči při fyzických aktivitách (sport, tanec, zvedání břemen,...). Po

provedení zákroku, dle odpovědí respondentek došlo ke zlepšení kvality života v této oblasti a ženám je tedy znovu umožněno si užívat veškeré sportovní a volnočasové aktivity. Operací je také dosaženo zmírnění nebo vymizení úniků moči při kašli, kýčání, smrkání, smíchu nebo při zvedání těžkých břemen. Stejně výsledky interpretuje ve své práci Michalčíková.

Dílčí cíl č. 4 se zabýval vlastní osobností ženy. Z výzkumu je patrné, že před zákrokem byly únikem moči u ženy vyvolány pocity neatraktivnosti a ženy byly znepokojeny z možných situací, které byly spojené s únikem moči, jako je například zanechání skvrn na nábytku. Respondentky také v období před zákrokem uvádějí znepokojení z toho, že mohou kvůli úniku moči zapáchat. To, do jaké míry ženy trpěly těmito pocity, je samozřejmě ovlivněno tím, jaký stupněm inkontinence se u nich vyskytoval, jak velké množství moči uniká a také to v jakém prostředí se pohybují. V odpovědích žen, jak se cítí po této stránce po provedení zákroku vedoucího k odstranění inkontinence, se neobjevil ani u jedné z respondentek častý výskyt pocitů znepokojení nebo menší atraktivnosti. Většina žen uvedla, že tyto pocity u nich po zákroku nejsou nikdy vyvolávány. Výsledky se opět shodují s prací Michalčíkové.

U dílčího cíle č. 5 bylo naším úmyslem zjistit, jaký měla operace stresové inkontinence u ženy vliv na její emoční stránku a citové vnímání. Ze zpracovaných tabulek výsledků před zákrokem je patrné, že emoční stránka byla vlivem stresové inkontinence narušena, docházelo k častějším projevům netrpělivosti, znechucení, emoční lability a ženy se častěji trápily kvůli nutnosti užívání pomůcek pro inkontinentní ženy. V tabulkách, které obsahují zpracované odpovědi uvedené ženami po operaci, je patrné že tyto jevy byly zmírněny, téměř odstraněny. Domníváme se, že emoční a citová stránka ženy je také ovlivněna její povahou a dalšími faktory jako je například věk, rodinný stav nebo etnikum. Michalčíková ve své bakalářské práci také uvádí, že citové dopady inkontinence na kvalitu života ženy byly výrazně zlepšeny. Ženy mají větší kontrolu nad svými emocemi, nemají strach z možného úniku moči, necítí se být posedlé svým problémem a opět se cítí celkově dobře. Výsledky tohoto výzkumu a výzkumu Michalčíkové se shodují.

Dílčí cíl č. 6 zkoumal vliv operace stresové inkontinence na sexuální život žen. Jelikož z výzkumu vyplývá, že sexuality ženy není inkontinencí nijak výrazně ovlivněna, stejně jako uvádí Čápová, nedošlo tedy ani po operaci k jejímu výraznému zlepšení.

Analýza dílčího cíle č. 7 se zabývala vlastním celkovým hodnocením kvality života žen podle jejich subjektivních pocitů. Z výsledků je patrné, že v době, kdy ženy dotazník

vyplňovaly, tzn. v období 6 měsíců po provedení zákroku, hodnotí $\frac{3}{4}$ žen kvalitu svého života na výbornou. Stejně výsledky má Michalčíková ve své výzkumné části bakalářské práce.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda operace, která vedla k odstranění nebo zmírnění stresové inkontinence ovlivnila kvalitu života žen. K zjištění kvality života byl určen standardizovaný dotazník zpracovaný tak, aby bylo možno vyplnit odpovědi z období před zákrokem a po něm. Dotazník byl dosti obsáhlý z toho důvodu, abychom mohli prozkoumat spektrum životních oblastí, které mohou být inkontinencí a následně její terapií ovlivněny. Díky dílčím cílům je výsledek patrný. Ženy s touto problematikou před operací prožívaly a pozorovaly různé pocity, které na ně negativně působily. Po chirurgické terapii jejich problému došlo téměř ve všech oblastech k subjektivnímu zlepšení kvality života. V tomto případě byl cíl naplněn se zjištěním, že operace stresové inkontinence má pozitivní dopad na zlepšení kvality života v různých směrech.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Za velmi důležitou považujeme edukaci žen v gynekologické ambulanci o správné životosprávě a o správném cvičení, které vede k posílení a udržení správné funkce pánevního dna, protože prevence močové inkontinence vede k výraznému snížení rizika jejího vzniku. Ženy by v této oblasti mohly být edukovány nejen lékařem nebo porodní asistentkou, ale také by jim mělo být poskytnuto dostatečné množství edukačních materiálů (brožury, letáky).

Díky výsledkům získaným výzkumem bychom doporučily, aby byly ženy dostatečně informovány o problému stresové inkontinence a bylo jim vysvětleno, že to není pouze průvodní jev stárnutí. Domníváme se, že by ženám mělo být doporučováno, aby navštívily svého lékaře v brzké době po výskytu prvních projevů inkontinence.

Důležité je uvědomění si, že tento problém je pro ženy velmi citlivou a intimní záležitostí, proto by mělo být přihlíženo jejím subjektivním pocitům nebo obavám. Zde bychom chtěli vypíchnout to, že jak gynekologové, tak porodní asistentky ženu provází všemi obdobími jejího života a měli by jí být oporou. Naslouchání a míra empatie nám pomůže ženy motivovat a posouvat dál ve spoluúčasti na léčbě a následné rekonvalescenci a udržení zdraví.

Domníváme se, že při indikaci chirurgického řešení inkontinence by ženám mělo být poskytnuto dostatečné množství informací, které se týkají způsobu provedení zákroku, délky rekonvalescence a režimových opatření.

Standardizovaný dotazník, který jsme přehledně zpracovali do tabulek, v kterých je možné, aby žena srovnala za pomoci jejích subjektivních pocitů stav před zákrokem a po něm, by mohl sloužit k zhodnocení úspěšnosti operace a zhodnocení změny kvality života jejím vlivem.

ZÁVĚR

V bakalářské práci byl předmětem zkoumání vliv operace stresové inkontinence na kvalitu života ženy v bio-psycho-sociálních sférách života. Zjišťovali jste, jakým způsobem se po zákrok promítnul do subjektivního vnímání různých aktivit, situací a jak zapůsobil na emoční stránku ženy. V teoretické části byly popsány anatomické struktury močových cest, svalového dna pánevního a jejich fyziologie. Byla zde nastíněna také fyziologie mikce. Nastíněna byla stresová inkontinence, metody vedoucí k její diagnostice a také terapeutické postupy. Poslední zmíněnou kapitolou teoretické části byla kvalita života a metody jejího hodnocení.

Cílem praktické části práce bylo provést krátkodobý follow-up a zjistit, zda jsou ženy v daných sférách života po operaci inkontinence příznivě nebo nepříznivě ovlivňovány. K hlavnímu cíli práce jsme si stanovili 7 dílčích cílů. Pro zjištění a zmapování dané problematiky jsem vybrala standardizovaný dotazník „Contilife“, který se zaměřuje na kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí. Námi zpracovaný a doplněný dotazník byl rozdáván ženám v urogynekologické ambulanci MUDr. Adamíka a z důvodu situace způsobené COVID-19 v ČR, která nastala s vyhlášením nouzového stavu, bylo nutné dotazníky rozeslat také ženám na internetových fórech. Otázky se zaměřovaly na zhodnocení kvality různých oblastí každodenního života a ženy je hodnotily tak, že udávaly odpovědi, jak je cítily před provedením zákroku a po něm.

Dle získaných dat bylo zjištěno, že kvalita života ženy se v každodenních činnostech vlivem operace vedoucí ke zmírnění nebo odstranění inkontinence zlepšila. Došlo také ke zlepšení emoční a psychické stránky ženy. Výsledky tedy poukázaly i na to, jak vysoká je kvalita léčby. Získaná data by mohla být stavebním pilířem a dále poskytnout soubor témat sloužící pro tvorbu dalších závěrečných prací na tuto problematiku.

Kvalita života i močová inkontinence a její terapeutické postupy jsou stále velmi diskutovaným tématem. Stresová inkontinence může postihovat ženy nejen ve vyšším věku, ale také ženy středního věku. Močová inkontinence je sice velmi citlivým a nepříjemným problémem, není neřešitelnou situací, proto by ženy neměly podlehnout svému studu nebo obavám a měly by návštěvu svého lékaře uskutečnit v období, kdy se u nich začnou objevovat úniky moči. Pokud se řešení problému odkládá, má to za následek zhoršení příznaků a výrazné narušení kvality života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAMÍK, Zdeněk, 2012. Inkontinence moči. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 203-211. ISBN 9788024430195.
- [2] ADAMÍK, Zdeněk, 2012. Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi*. 14(12), 474-477. ISSN 1803-5256. Dostupné také z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>
- [3] CERVIGNI, M. a M. GAMBACCIANI, 2015. Female urinary stress incontinence. *Climacteric* [online]. 18(sup1), 30-36 [cit. 2020-04-12]. DOI: 10.3109/13697137.2015.1090859. ISSN 1369-7137. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2015.1090859>
- [4] ČÁPOVÁ, Libuše. *Rehabilitační léčba, informovanost a kvalita života žen s inkontinencí moče*. [online]. Zlín, 2007 [cit. 2020-05-08]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/3826/%C4%8D%C3%A1pov%C3%A1_2007_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- [5] ČECH, Evžen, 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1313-.
- [6] ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-875-1.
- [7] Diveen®. *BBraun Sharing Expertise* [online]. [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/products/b53/diveen.html>
- [8] DUMOULIN, Chantale, et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*. [online]. 2015, 34(4), s. 300-308 [cit. 2020-04-11]. DOI: 10.1002/nau.22700. ISSN 07332467. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22700>.
- [9] DWYER, Peter L. a Debjyoti KAJMAKAR, 2019. Surgical management of urinary stress incontinence – Where are we now? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 54, 31-40 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.proxy.k.utb.cz/science/article/pii/S1521693418302268>

- [10] GALAJDOVÁ, Lenka, 2000. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. Praha: Grada. Strom života. ISBN 80-7169-950-0.
- [11] GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0.
- [12] HALAŠKA, Michael, c2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-272-2.
- [13] HORČIČKA, Lukáš, 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
- [14] HORČIČKA, Lukáš et al., [2017]. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-91-6.
- [15] HOUFKOVÁ, Lucie, 2015. *Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření* [online]. 11(9) [cit. 2020-04-12]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/9/inkontinence-moci-u-zen-a-specialni-urodynamicke-vysetreni/>
- [16] CHMEL, Roman, 2010. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2279-8.
- [17] KAWACIUK, Ivan, c2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.
- [18] KROFTA, Ladislav a Jaroslav FEYEREISL, 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2280-4.
- [19] KUDELA, Milan, 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6.
- [20] MAREŠ, Jan, Roman HERZIG a Petr KAŇOVSKÝ, 2005. *Močová inkontinence z pohledu neurologa*. *Interní medicína pro praxi* [online]. 7(4), 187-192 [cit. 2020-04-12]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/04/07.pdf>
- [21] MARTAN, Alois, c2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-7345-094-1.

- [22] MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK, c2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3453-480.
- [23] MICHALČÍKOVÁ, Markéta, 2013. *Kvalita života žen se stresovou inkontinencí* [online]. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/150494/V_04213_Zb.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Technická Univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.
- [24] PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024430195.
- [25] ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [26] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
- [27] ZÁMEČNÍK, Libor a Viktor SOUKUP, 2009. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-1941-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
a.	arterie
aa.	arteriae
č.	číslo
m.	muskulus
mm.	muskuli
USI	Urinary Stress Incontinence
ICS	International Continence Society
ACE	Angiotenzin konvertující enzym
PWT	Pad-weight test
ml	mililitr
g	gram
h	hodina
PFMP	Pelvic floor muscle training
Hz	Hertz
TOT	Trans-obturatorTape

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozdělení pánevního dna, zdroj: (Roztočil a Bartoš, 2011)	12
Tabulka 2 Stupně stresové inkontinence, zdroj: Slezáková et al., 2017	18
Tabulka 3 Věk respondentek	34
Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Tabulka 5 Návštěva urologické ambulance	35
Tabulka 6 Délka potíží.....	35
Tabulka 7 Délka konzervativní terapie.....	36
Tabulka 8 Přijmutí operačního řešení	36
Tabulka 9 Denní aktivity I - před operací	37
Tabulka 10 Denní aktivity I - po operaci	38
Tabulka 11 Denní aktivity II před operací	38
Tabulka 12 Denní aktivity II po operaci	40
Tabulka 13 Fyzická aktivita před operací	41
Tabulka 14 Fyzická aktivita po operaci	42
Tabulka 15 Vlastní osobnost před operací.....	43
Tabulka 16 Vlastní osobnosti po operaci	44
Tabulka 17 Vlastní osobnost- převlékání před operací	44
Tabulka 18 Vlastní osobnost – převlékání po operaci	45
Tabulka 19 Citové důsledky I – před operací.....	46
Tabulka 20 Citové důsledky I – po operaci	46
Tabulka 21 Citové důsledky II – před operací	46
Tabulka 22 Citové důsledky II – po operaci.....	47
Tabulka 23 Citové důsledky III- před operací	47
Tabulka 24 Citové důsledky III- po operaci	48
Tabulka 25 Citové důsledky – nošení vložek – před operací	48
Tabulka 26 Citové důsledky – nošení vložek– po operaci	49
Tabulka 27 Sexualita před operací.....	50
Tabulka 28 Sexualita po operaci.....	51
Tabulka 29 Zhodnocení kvality života	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník: Kvalita života ženy po operaci stresové inkontinence

Vážené dámy,

Jmenuji se Nikola Dobešová a jsem studentkou 3.ročníku oboru Porodní asistentka a ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k realizaci mého výzkumu v rámci bakalářské práce na téma „Kvalita života ženy po operaci stresové inkontinence“. Dotazník je zcela anonymní, jeho vyplnění je dobrovolné a nezabere Vám více jak 15 minut.

Prosím, u odpovědí 1-6 zakroužkujte jednu odpověď, dále do tabulek zaznamenejte odpovědi křížkem.

Předem Vám děkuji za čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku.

1. Do jaké věkové kategorie spadáte?

- a. 20-30 let
- b. 31-45 let
- c. 46-65 let
- d. 66 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a. Základní
- b. Středoškolské bez maturity
- c. Středoškolské s maturitou
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské

3. Jak dlouho navštěvujete urologickou ambulanci ?

- a. Méně než 6 měsíců
- b. 6-12 měsíců
- c. 13 a více měsíců

4. Jak dlouho jste před návštěvou ambulance měla potíže s únikem moči?

- a. Méně než 1 rok
- b. 2 roky
- c. 3 roky
- d. 4 a více let

5. Jak dlouho jste řešila inkontinenci konzervativně, než bylo provedeno operační řešení?

- a. Méně než 1 rok
- b. 2 roky
- c. 3 roky
- d. 4 a více let

6. Co Vás přimělo k přijetí operačního řešení? (hlavní důvod)

- a. Doporučení lékařem
- b. Samostudium možných způsobů léčby
- c. Nový partnerský vztah
- d. Zhoršení příznaků
- e. Dobrá zkušenost známé/přítelkyně/rodinného příslušníka
- f. Ekonomická situace (pomůcky jsou nákladné)

Jak často jste se cítila/ cítíte:

	Nikdy		Zřídka		Někdy		Často		Vždy	
	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci
19. Znechuceně										
20. Netrpělivá										
21. Špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moči										
22. Nekontrolující své emoce										
23. Posedlá svými problémy s únikem moči										

Jak často jste se nutila/nutíte:

	Nikdy		Zřídka		Někdy		Často		Vždy	
	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci
24. Myslet na to, vzít si vložku před odchodem z domova										

Sexualita

Jak často jste kvůli problémům s močením:

	Nikdy		Zřídka		Někdy		Často		Vždy	
	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci	Před operací	Po operaci
25. Měla/ máte pocit strachu při pomýšlení na sex										
26. Musela/ musíte měnit sexuální praktiky										
27. Cítila znepokojení z možnosti úniku moči při styku										

Jak byste momentálně ohodnotila KVALITU vašeho života (zakroužkujte):

1	2	3	4	5
Špatně				
Výborně				