

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života žen se stresovou inkontinencí

bakalářská práce

Autor práce: Sára Rieglová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, Ph.D.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Sára Rieglová
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Kvalita života žen se stresovou inkontinencí
Cíl práce:	Zjistit jakým způsobem stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen.


PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma Kvalita života žen se stresovou inkontinencí shromažďuje informace o kvalitě života žen se stresovou inkontinencí. První část bakalářské práce se zabývá současným stavem problematiky a druhá část výzkumem. Současný stav problematiky popisuje anatomii močového systému ženy, definuje pojem kvality života, popisuje inkontinenci moči u žen a podrobně se věnuje stresové inkontinenci. Výzkumná část analyzuje informace získané z dotazníkového šetření. Tato část se zaměřuje na kvalitu života žen se stresovou inkontinencí. Výsledky jsou vyhodnoceny a zaznamenány v grafech.

Klíčová slova

Stresová inkontinence; kvalita života; žena; močový systém; TVT páska

Abstract

Bachelor Thesis on Stress Incontinence contains information on women's life with stress incontinence. In the first part of the thesis is the question about the current state of this issue and the second part contains researches on the same topic. Current state of the issue describes the anatomy of the female urinary system, defining the quality of women's life, describing the urinary incontinence in women and stress incontinence in detail. The research part analyzes the information obtained from the questionnaire survey. This section focuses on the quality of women's life with stress incontinence. The results are evaluated and recorded in graphs.

Key words

Stress incontinence; quality of life; woman; urinary system; TVT tape

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 18. dubna 2019

.....
Podpis studentky

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Görnerové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost, cenné a užitečné rady, a hlavně za čas, který nad mou bakalářskou prací strávila. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které vyplnily můj dotazník. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	10
Motivace	10
Cíl práce	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Anatomie	12
1.1.1 Močový měchýř	12
1.1.2 Močová trubice	12
1.1.3 Svaly pánevního dna	13
1.1.4 Pochva.....	14
1.2 Kvalita života	15
1.2.1 Koncepce kvality života.....	15
1.2.2 Specifické nástroje měření kvality života	16
1.2.3 Kvalita života žen se stresovou inkontinencí.....	16
1.3 Inkontinence moči u žen	16
1.3.1 Klasifikace močové inkontinence	17
1.3.2 Dělení močové inkontinence	19
1.3.3 Stupně močové inkontinence	19
1.4 Stresová inkontinence	20
1.4.1 Faktory vedoucí ke vzniku stresové inkontinence	20
1.4.2 Typy stresové inkontinence	21
1.4.3 Diagnostika stresové inkontinence	21
1.4.4 Komplikace stresové inkontinence	25
1.4.5 Léčba stresové inkontinence	25
2 Výzkumná část (praktická část)	28
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	28
2.1.1 Cíl výzkumu.....	28
2.1.2 Výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.4 Průběh výzkumu.....	29
2.5 Zpracování získaných dat.....	29
2.6 Výsledky výzkumu.....	30
3 Diskuze	45
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	48
Závěr	49

Seznam použité literatury	50
Přílohy.....	53

Seznam grafů

Graf 1 Hodnocení zdraví.....	30
Graf 2 Věk respondentek	31
Graf 3 Srovnání zdravotního stavu před vznikem stresové inkontinence se stavem aktuálním	32
Graf 4 Omezení v činnostech typického dne vlivem stresové inkontinence	33
Graf 5 Specifikace problémů při každodenních činnostech u žen se stresovou inkontinencí	34
Graf 6 Vliv deprese a úzkosti z důvodu stresové inkontinence při každodenních činnostech	35
Graf 7 Vliv zdravotních a emocionálních potíží na společenský život žen.....	36
Graf 8 Bolest.....	37
Graf 9 Vliv bolesti	38
Graf 10 Pocity žen od vzniku stresové inkontinence.....	39
Graf 11 Vliv emocí a zdraví na společenský život	40
Graf 12 Názor žen na jejich zdravotní a psychický stav.....	41
Graf 13 Zkvalitnění života.....	42
Graf 14 Inkontinenční pomůcky	43
Graf 15 Největší problém inkontinenčních pomůcek	44

Seznam použitých zkratek

ISD Intrinsic sphincter deficiency

OAB Overactive bladder

SF Short Form

TOT Transobturator Tape

TVT Tensionfree Vaginal Tape

Úvod

Stresová inkontinence u žen je v několika posledních letech velmi diskutované téma. Je důležité si uvědomit, že pojem stresová inkontinence nijak nesouvisí s psychickým stresem. Jedná se o nedobrovolný či nežádoucí únik moči, zapříčiněný zvýšením nitrobršního tlaku při kašli, kýchnutí, smíchu, zvednutí těžkého břemene. Je to jedna z nejčastějších funkčních poruch, která postihuje převážně mladé ženy v těhotenství či po porodu, nebo ženy starší krátce po menopauze (Roztočil, 2011).

Téma bakalářské práce jsem zvolila „Kvalita života žen se stresovou inkontinencí“, protože jsem se chtěla dozvědět, jak velký dopad na kvalitu života žen tato problematika přináší. Stresová inkontinence má negativní vliv na psychiku, sociální, sexuální a společenský život. Spousta žen se stydí o těchto problémech mluvit a otálejí s jejich řešením, to má pak dopad na kvalitu jejich života. Ženy se často z důvodu strachu z nechtěného úniku moči společensky izolují. Vyhýbají se událostem jako je návštěva kina, divadla, nebo sportovním aktivitám. Je tedy nesporný fakt, že informace o možnostech prevence, léčby a edukace žen týkající se této problematiky, jsou na místě.

V první kapitole současného stavu problematiky bakalářské práce je popsána anatomie močového systému ženy. Druhá kapitola je zaměřená na definování kvality života. V třetí kapitole je rozepsána inkontinence moči u žen a čtvrtá kapitola je zaměřena na podrobný rozbor stresové inkontinence. Výzkumná část je zpracována s pomocí standardizovaného dotazníku kvality života SF 36. Dotazníkové šetření probíhalo na internetovém portálu. Výsledky jsou vyhodnoceny a zpracovány do grafů s textovým komentářem.

Motivace

Téma bakalářské práce jsem si vybrala „Kvalita života žen se stresovou inkontinencí“, jak již zmiňuji v úvodu. Tohle téma jsem si zvolila, protože je mi problematika stresové inkontinence vzhledem k oboru, který studuji, blízká. Ráda bych touto bakalářskou prací obohatila nejen svoje vědomosti, ale byla bych ráda, kdyby moje práce byla přínosem i pro jiné ženy.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života žen se stresovou inkontinencí. Výsledkem práce je tedy průzkum a popsání nejzávažnějších faktorů, které při stresové inkontinenci ovlivňují kvalitu života žen a jejich následné zařazení zpět do života. V návaznosti na stanovený cíl byly formulovány dvě výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen při práci nebo při běžné denní činnosti?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života žen v otázce úzkostí/depresí po diagnostice stresové inkontinence?

1 Současný stav problematiky

1.1 Anatomie

1.1.1 Močový měchýř

Močový měchýř má hruškovitý tvar a zvládne pojmout 300 až 600 mililitrů moči (Genardy & Mostwin, 2013). Je to dutý roztažitelný orgán, který plní dvě funkce. Při sníženém napětí své stěny shromažďuje moč, a naopak za mikce se stěna kontrahuje a moč je činně vypuzována. Jeho vnitřní povrch je tvořen sliznicí s epitelem přechodného typu, svalovinou a tenkou vrstvou adventicie. Jeho horní část je kryta viscerálním listem peritonea. Svalovinu močového měchýře vytváří snopce buněk hladkých svalů. Její vnitřní vrstva je uspořádána longitudinálně. Tato vrstva přechází i na horní část močové trubice, ve střední části močové trubice se mísí s příčně pruhovaným m. sphincter urethrae externus. Svalová vlákna střední vrstvy jsou směřována šikmo a cirkulárně. Vnitřní vrstva je longitudinální a její kaudální část vytváří smyčku, jež je postavena v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Svalovina je inervována parasymptickým systémem cestou nervi splanchnici pelvici, jejichž centrální synapse jsou uloženy v míšních segmentech S2 – S4 (Roztočil, 2011).

1.1.2 Močová trubice

Močová trubice je obdobně jako močový měchýř tvořena hladkými svaly, které nejdou ovládat vůlí (Genardy & Mostwin, 2013). Močová trubice zadržuje náplň měchýře uvnitř jeho lumen a hlavním způsobem se podílí na mechanismu kontinence. Uretra je dutý trubicovitý orgán, jehož délka je 30–50 milimetrů a šířka 6 milimetrů. Proximální třetinu lze snadně disekovat od poševní stěny, zatímco distální část je pevně spojena s přední poševní stěnou. Mimo pasáž moči je její lumen předozadně kolabován a sliznice je složena v podélné řasy. V oblasti horní třetiny uretry se vyskytuje musculus sphincter urethrae internus, který se skládá ze zevní tenké cirkulární vrstvy a vnitřní tlustší longitudinální vrstvy, kterou nejsme schopni ovládat vlastní vůlí. Ve střední části uretry sval splývá s příčně pruhovaným m. sphincter urethrae externus. Hladká svalovina močové trubice je morfologicky totožná se svalovinou trigona a stěnami měchýře. Hladký sval uretry je inervován parasymptickým nervovým systémem cestou plexus hypogastricus inferior. Musculus sphincter urethrae externus je příčně pruhovaný

sval, který zčásti obkružuje uretru a v její střední části zaujímá variabilně od 20 do 80 procent její délky. V proximální části jsou jeho vlákna organizovaná hlavně cirkulárně, distálněji vlákna přecházejí do urogenitální membrány a splývají s její svalovou komponentou. Příčně pruhovaný sval uretry je inervován cestou nervus pudendus, který se může při vaginálním porodu poškodit. Hlavní role příčně pruhovaných svalových vláken okolí uretry je založena na okamžité kontrakci při zvýšení nitrobřišního tlaku. Zevní svěrač není pro kontinenci rozhodující, ale může ji v případě poruchy ostatních faktorů zajistit (Roztočil, 2011).

1.1.3 Svaly pánevního dna

Pánevní dno je soubor svalů a jejich fascií, které vytvářejí plastický uzávěr pánevní dutiny. Vzhledem připomíná trychtýř se základnou připojenou na stěnu malé pánve a vrcholem směřujícím ke konečníku (Roztočil, 2017). Svaly pánevního dna vystýlají ženskou pánev a poskytují oporu močové trubici, močovému měchýři, pochvě a konečníku (Genardy & Mostwin, 2013). Pánevní dno se skládá ze dvou velmi úzce souvisejících svalových vrstev, a to z diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. K jejich poškození nebo inervaci obvykle dochází během vaginálního porodu. Pro každého, kdo se zabývá chirurgickou léčbou prolapsů nebo močové inkontinence je nezbytná znalost jejich anatomie. (Pilka, 2017)

Diaphragma pelvis

Diaphragma pelvis obstupuje ze stran, podpírá a v případě potřeby ventrálně elevuje pánevní orgány. Má tvar ploché nálevky, ventrálně otevřená, která ustupuje od stěn malé pánve a diverguje kaudálně ke šterbině, kterou v zadní části prochází konečník a v přední části hiatus urogenitalis, jímž prochází pochva a uretra. Mezi pochvou a konečníkem je svalově vazivový uzel připomínající pyramidu, nazývaný centrum perineale. Na stavbě diaphragma pelvis se podílejí m. coccygeus a m. levator ani. Musculus levator ani a m. coccygeus se upínají na vnitřní povrch malé pánve a společně tvoří svalové dno pánevní. Splynutím svalů z obou stran vzniká pružná diaphragma pelvis. M. levator ani je vytvářen dvěma hlavními svaly mediolaterálně: m. pubococcygeus a m. iliococcygeus. Plně mediálně je uložen ještě třetí drobný sval m. puborectalis, který je upevněn k symphysis pubica. Mohutnější ze dvou hlavních svalů a mediálně uložený m. pubococcygeus probíhá mezi os pubis a os coccygis. Laterálně je

přípevněn k musculus obturatorius internus denzním pruhem pojivové tkáně zvaným arcus tendineus. Splnutí těchto párových svalů ve střední linii je nazýváno levátorová deska, která vytváří podporu pro orgány malé pánve. Při vzpřímené poloze je levátorová deska umístěna horizontálně a tvoří podporu pro orgány malé pánve. Menší a laterálněji uložený m. iliococcygeus běží od arcus tendineus a spina ischiadica k os coccygis. Oslabení nebo poranění části pánevní diaphragmy může uvolnit závěsný aparát za anorektem a zapříčinit pokles levátorové desky. U žen s prolapsem pozorujeme při klinickém vyšetření zvětšený urogenitální hiatus (Pilka, 2017).

Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je uložena v přední části malé pánve pod diaphragma pelvis. Diaphragma urogenitale překlenuje prostor mezi rami inferiores ossis pubis a perineem. Základ je tvořen trojúhelníkovou pojivovou membránou, která je v centru perforovaná. Tato membrána také tvoří základ hymenu. Uzavírá urogenitální hiatus a plní funkci svěrače pro kaudální část pochvy. Zajišťuje závěsnou podporu distální části uretry a přispívá rovněž ke kontinenci svým upevněním k příčně pruhovaným periuretrálním svalům. Znalost této anatomie je potřebná při chirurgických výkonech ve smyslu formace neovaginy nebo korekce zevních genitálií. Na tuto membránu nasedají svalové vrstvy, které směřují jednak vně, a jednak dovnitř – svalová vlákna na vnitřní straně vazivové diafragmatické membrány byla v minulosti označována jako m. transversus perinei profundus. V této svalové vrstvě lze odlišit dva svaly, a to m. compressor urethrae a m. sphincter uretrovaginalis. Fascia diaphragmatis urogenitalis inferior je nazývána jako perineální membrána (Pilka, 2017).

1.1.4 Pochva

Vagina je dutý svalově vazivový orgán spojující vnitřní a zevní pohlavní orgány ženy a je také místem kopulačním (Roztočil, 2017). Má příčně oploštěný tvar, je dlouhá asi 8-10 centimetrů, široká asi 3 centimetry a značně roztažitelná. Poševní stěnu tvoří sliznice, která je pokryta vícevrstevným dlaždicovým nerohovějícím epitelem. Dále je pokryta vrstvou hladké svaloviny a na vnějším povrchu ji kryje adventicie, kromě malého okrsku na zadní poševní klenbě. Vagina nemá vlastní žlázy, její sliznice je pokryta hlenem, který je tvořen hlenovými žlázkami v kanále děložního čípku. Mikrobiální flóra osídluje sliznici pochvy, a díky svému mléčnému kvašení zajišťuje

silně kyselé pH, zamezující vstup infekce z vnějších pohlavních orgánů do dělohy, vejcovodů a jimi do pobřišnicové dutiny. Pochva přechází do poševní předsíně, která už patří k vnějším pohlavním orgánům, a je od nich u mladých dívek oddělena panenskou blánou, která je obvykle protržena při prvním pohlavním styku (Kachlík, 2018).

1.2 Kvalita života

Pojem kvalita života je běžnou součástí dnešního laického i politického slovníku. Je to však také sousloví, které si v poslední době přisvojila řada vědních disciplín, a také je to pojem, který je spojován s nejrůznějšími přívlastky (Heřmanová, 2012). Pojem kvalita života se ve společenských vědách začal používat ve druhé polovině 20. století (Hudáková & Majerníková, 2013). Kvalitu života jde vymezit ve dvou významech. Jako první vymezuje normativní kategorii, která se zaměřuje na vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám nebo představám jednotlivců či skupin. Druhý význam se zaměřuje na všeobecné označení specifických charakteristik, vlastností, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb. Kvalita je kategorií relativní, jelikož může být vyjádřena kvalitativními, ale i kvantitativními indikátory. V běžné komunikaci se pojem kvalita života nejčastěji užívá ve spojitosti s pozitivní konotací pojmu kvalita. V odborném jazyce se tento termín používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. Zároveň je zde zahrnut i proces hodnocení. Jestliže chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, je nezbytné určit jeho předmět a zároveň normu, se kterou je předmět porovnáván. Protože je život předmětem hodnotícím se v rámci kvality života, je důležité zodpovědět si základní otázku: Kvalitu jakého života hodnotíme? V případě mé práce mluvíme o kvalitě života žen se stresovou močovou inkontinencí. (Gurková, 2011).

1.2.1 Koncepce kvality života

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušeností života, a to od fyzických funkcí až po oblasti, které se zaměřují na dosahování životních cílů a prožívání životního štěstí (Gurková, 2011). Termín kvalita života nelze jednoznačně objasnit, o definici tohoto termínu se pokusilo mnoho autorů, ale s poznáním, že jde o čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem. Na základně mnoha analýz a databází je prokázán evidentní světový zájem výzkumníků o tuto problematiku.

Koncept subjektivní pohody zahrnuje několik samostatných složek jako životní spokojenost, spokojenost s důležitými oblastmi života, pozitivní afekt a nízkou úroveň negativního afektu (Hudáková & Majerníková, 2013).

1.2.2 Specifické nástroje měření kvality života

Výsledkem specifických nástrojů je snaha o co nejpřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života nemocných. Jedná se o dotazníky, které hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, související bezprostředně s konkrétním onemocněním. Většina dotazníků je vytvářena tak, aby byly použitelné formou samostatného vyplňování, avšak některé jsou vytvářeny tak, že údaje vyplňuje výzkumník nebo klinický pracovník během rozhovoru s pacientem. U některých dotazníků je možná i elektronická forma vyplnění. Při měření kvality života pacientů se specifickým onemocněním je vhodné využít dostupné specifické nástroje měření kvality života, týkající se konkrétního onemocnění (Gurková, 2011).

1.2.3 Kvalita života žen se stresovou inkontinencí

Močová inkontinence je zdravotní komplikace, která může velmi výrazně ovlivnit kvalitu života, protože postihuje v podstatě všechny oblasti života. Má nepříznivý vliv na každodenní aktivity, sociální vztahy a emocionální stránku žen v každém věku. Důsledkem dlouhodobě přetrvávajících problémů s únikem moči u žen dochází ke ztrátě sebeúcty, což je spojeno se vznikem depresí. Ženy pocítují omezení ve fyzické aktivitě, v práci, sportu a v pohlavním životě, což vede k narušení mezilidských a společenských vztahů, eventuálně i k sociální izolaci, protože z důvodu obav, že si nestihnou včas či dostatečně rychle doběhnout na toaletu, si začnou ženy odepírat běžné aktivity, jako je cestování, návštěva divadla či kina. Vliv stresové inkontinence má na ženu nejen nepříjemný dopad, ale také zahrnuje zdravotní, psychosociální a ekonomické problémy, které významně ovlivňují kvalitu jejich života (Rybářova, 2010).

1.3 Inkontinence moči u žen

Inkontinence moči je jedním z nejčastějších zdravotních problémů, trpí jí stamilióny lidí na celém světě, přičemž většina z nich jsou ženy. Spousta lidí se o inkontinenci vyjadřuje jako o otázce související s kvalitou života (Genardy & Mostwin, 2013).

Inkontinence moči je symptom, příznak specifické anatomické či funkční poruchy dolního urogenitálního traktu a pánevního dna (Sochorová, 2011). Inkontinenci moči lze definovat jako jakýkoli nechtěný únik moči. Jedná se o značně rozšířený medicínský problém, a ačkoli se nejedná o příznak, který pacienta ohrožuje na životě, ve většině případů svého nositele omezuje výrazným způsobem hygienicky a hlavně psychosociálně (Hanuš, 2011). Kromě toho, že žena ztrácí kontrolu nad vlastní tělem, trápí ji také vlhkost příslušných partií. Důležité je nepodceňovat psychické strádání související s inkontinencí, které může být nesmírně zneklidňující. Neexistuje žádný důvod, proč by se ženy kvůli inkontinenci měly omezovat ve všech svých dosavadních oblíbených aktivitách a přijít o svou nezávislost. Ženy s inkontinencí se mohou rozhodnout pro léčbu, která má sice tělesné, emoční a finanční dopady, avšak v dnešní době mají k dispozici podporu, dostatek informací a lékařskou pomoc. Každá žena se s močovou inkontinencí vyrovnává různě, pro některé je tento stav nepříjemný, ale dokáží se mu přizpůsobit a nadále se věnovat běžným denním aktivitám, pro jiné znamená inkontinence katastrofu, která naruší nebo ukončí jejich společenský či profesní život. Je důležité zmínit, že inkontinence není choroba, ale spíše známka určitého tělesného stavu. Má množství různých příčin. Závažnost inkontinence a rychlost jejího zhoršování nebo naopak zlepšování se při léčbě závisí na spoustě faktorů, jako například na věku a tělesné hmotnosti pacientky. S narůstajícím věkem svaly slábnou a trvá déle, než cvičením znovu získají sílu. Nadváha je další z faktorů, který zhoršuje stresovou inkontinenci, může se projevit například při kýchnutí nebo zakašlání (Genardy & Mostwin, 2013).

1.3.1 Klasifikace močové inkontinence

Močení je velmi komplikovaný děj, který je závislý na souhře nervů, svalů, a dokonce i cévního zásobení v oblasti malé pánve. Kontinence je závislá na dvou funkcích, které močové cesty mají. Jedná se o funkci jímací a funkci vyprazdňovací. Rozeznává se několik forem močové inkontinence (Hanuš, 2011).

Stresová inkontinence moči

Únik moči je zapříčiněn převýšením intrauretrálního tlaku intravezikálním tlakem, a to bez přítomné kontrakce detruzoru. Nejčastějším důvodem je inkompetence uretry z anatomických důvodů nebo porucha funkce takzvaného vnitřního svěrače močového

měchýře. Dochází zde ke zvýšení nitrobrišního tlaku, následkem toho ke zvýšení tlaku v močovém měchýři. Jestliže je tlak v močovém měchýři vyšší než uzavírací tlak v oblasti zevního svěrače, dochází k úniku moči (Hanuš, 2011).

Urgentní inkontinence

Při urgentní inkontinenci pacientka pociťuje velmi silné nucení na močení, které nelze vůlí potlačit, jak tomu je u normálního nucení na močení. Jedná se o hlavní příznak hyperaktivního měchýře. Dle mezinárodní společnosti pro inkontinenci, je hyperaktivní měchýř definován jako urgence, která je obvykle doprovázena frekventní mikcí a nykturií anebo přítomností urgentní inkontinence. Vznik OAB je vysvětlován nepřiměřenou aktivací mikčního reflexu nebo patologickou aktivací kontrakce detruzoru. Za patologickou frekvenci močení se považuje mikce opakující se více jak osmkrát v průběhu 24 hodin. Urgentní inkontinence znamená únik moči spojený s neodolatelným pocitem nucení na močení, pak hovoříme o mokrém hyperaktivním měchýři. O suchém hyperaktivním měchýři mluvíme tehdy, není-li přítomna inkontinence. Muži i ženy jsou OAB postiženi stejně často a je prokázána prevalence s narůstajícím věkem. Tento jev prokazujeme za pomoci urodynamického vyšetření, kdy je patrná hyperaktivita detruzoru měchýře, často pojmenovaná jako detruzorová instabilita. Smíšená inkontinence je stav se známkami stresové a urgentní inkontinence většinou u starších žen (Pilka, 2017).

Reflexní inkontinence moči

Inkontinence, při které dochází k nechtěnému úniku moči vlivem zvýšené aktivity mikčního reflexu, bez předchozích pocitů doprovázejících naplnění močového měchýře a informujících o nutnosti vyprázdnění. Mikční reflex u tohoto typu inkontinence není tlumen aktivitou centrálního nervového systému (Vytejšková, 2013).

Paradoxní inkontinence moči

Inkontinence z přeplnění je stav při retenci močového měchýře, kdy močový měchýř přeteče a moč unikne. Nejčastěji k tomu dochází tehdy, když močový měchýř není dokonale vyprázdněn, příčinou mohou být ochablé svaly měchýře nebo narušený urinační reflex. Paradoxní inkontinence nastává v důsledku různých okolností, může ji přivodit například zranění v oblasti pánve, vrozené anomálie dolní části páteře nebo ochablá močová trubice společně s nedostatečnými vjemy z oblasti močového měchýře

(Genardy & Mostwin, 2013). Tento stav může být ošetrovatelským personálem zaměňován za jiný druh inkontinence a zajištění nemocného pomůckami pro inkontinentní není v případě paradoxní inkontinence dostačující. Stav nemocného to nevyřeší (Vytečková, 2013).

1.3.2 Dělení močové inkontinence

Uretrální inkontinence má výrazně častější výskyt než extrauretrální inkontinence. Uretrální inkontinence je stav, kdy unikající moč prochází močovou trubicí (Roztočil, 2011). Stav, kdy dochází k nechtěnému úniku moči ve spojitosti s intenzivním pocitem nucení na močení, který nelze ovládat vůli (Vytečková, 2013).

Extrauretrální inkontinence je stav, kdy moč uniká jinou než přirozenou cestou dolního močového traktu. Tento stav se vyskytuje u žen, které prodělaly operaci malé pánve, dělohy či vaječníků (Roztočil, 2011). Je to porucha, jejíž příčinou jsou získané vady jako jsou píštěle močovodu, močového měchýře či roury a vrozené vady jako jsou vyústění močové trubice do pochvy, zdvojený močovod a vývojové vady postihující stěnu močového měchýře (Vytečková, 2013).

1.3.3 Stupně močové inkontinence

Inkontinenci můžeme rozdělit podle závažnosti poruchy na skupinu lehké, střední a těžké inkontinence. Tohle rozdělení je důležité pro výběr vhodných pomůcek a pro předepisování poukazu na inkontinenční pomůcky. Lékař zohledňuje stupeň mobility nemocného, jeho závislost na okolí a jeho schopnost sebez péče. První stupeň inkontinence označujeme jako lehkou formu, kdy mluvíme zejména o stresové inkontinenci, únik množství je 50-100 mililitrů moči za 4 hodiny. Pomůcky u tohoto stupně člověk používá nepravidelně. Druhý stupeň je střední inkontinence kdy se jedná o ostatní typy inkontinence, únik moči je zde do 200 mililitrů za 4 hodiny. Střední inkontinence, postihuje zejména mobilní nemocné a vyžaduje každodenní použití pomůcek. Třetí stupeň neboli těžká forma inkontinence je typ inkontinence v pokročilém stádiu, převážně u imobilních nemocných s inkontinencí stolice, únik moči je víc jak 240 mililitrů za 4 hodiny. Tento stav je provázený nekontrolovatelným odchodem moči i stolice. Při těžké inkontinenci je potřeba pomůcky používat permanentně (Vytečková, 2013).

1.4 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je způsobená rostoucím tlakem na močový měchýř a v něm se nacházející moč. Jestliže tkáň podporující močovou trubici a jejích stěny nefungují správně, tak tlak, který působí na močový měchýř, močovou trubici roztáhne. Tím zapříčiní k nežádoucímu pohybu močové trubice, která se v důsledku těchto problémů snadněji otevírá. Neočekávané zvýšení tlaku v dutině břišní postačí k vychýlení močové trubice a močového měchýře z jejich obvyklého místa, a tím se vyčerpává běžná schopnost močové trubice zůstat v uzavřeném stavu. K druhé obranné linii patří svěrač močové trubice, který se občas dokáže natolik smrštít, že vynahradí nehybnost močové trubice a její nežádoucí otevírání. K inkontinenci dochází, jestliže se svěrač nedokáže sevřít dostatečně pevně. Stresová inkontinence vzniká i během porodu nebo krátce po porodu či menopauze (Genardy & Mostwin, 2013). Pacientky uvádí samovolný únik malých množství moči při kašlání, kýchání, smíchu, snaze močit, nepřítomnosti kontrakce detruzoru (Herdman & Kamitsuru, 2010). Tyto uvedené situace jsou spojovány se špatnou podporou uretry, která vyústí v abnormální funkci svěrače a neschopnost odolávat zvýšenému tlaku močového měchýře (Emanuel & Librach, 2011).

1.4.1 Faktory vedoucí ke vzniku stresové inkontinence

Stresová inkontinence může ženu postihnout během porodu nebo krátce po něm, nebo také krátce po menopauze. Po dlouhou dobu se mělo za to, že hlavním faktorem vyvolávajícím stresovou inkontinenci je porod. Novější studie poukazují na to, že to není tak jednoznačné. Určitý vliv může mít samotné těhotenství, během kterého se zvětšuje děloha a kdy nastávají hormonální změny, které ovlivňují všechny tělesné tkáně. Na vzniku inkontinence se však podílí i další faktory, zejména ty, které zvyšují tlak v břišní dutině. Faktory jako kašlání způsobené chronickou bronchitidou, astmatem nebo jinými plicními potížemi. Důležitou roli hraje i kouření. Pánevní dno, které je oporou močové soustavy, může být oslabeno také zácpou a nutností napínat svaly při pohybu střev. Během menopauzy dochází k poklesu estrogenu a jeho nedostatek ovlivňuje pružnost pojivových tkání. Shodné účinky mohou mít i zranění, chirurgický zákrok a radioterapie. Při rozvoji stresové inkontinence hrají významnou roli také mnohá těhotenství, v jejichž průběhu působila gravitace na vnitřní orgány a další tělesné struktury. U některých žen může být dalším faktorem dědičný sklon ke slabosti nebo

ochablosti pojivové tkáně. Ke vzniku stresové inkontinence přispívají i faktory vnějšího prostředí, zejména práce, které vyžadují časté zvedání předmětů. Všechny tyto faktory mohou ke vzniku inkontinence přispět malým dílem, ale jejich společné působení může zásadně a nepříznivě ovlivnit schopnost těla udržet moč (Genardy & Mostwin, 2013).

1.4.2 Typy stresové inkontinence

Existují dva základní typy stresové inkontinence. První typ je charakterizován abnormální polohou a postavením uretry v klidu, a hlavně pak při zátěži, jako například při kašli, smíchu, kýchnutí. Je zde charakteristický nález hypermobilní močové trubice. Patologická pohyblivost uretry je způsobena poruchou fyziologicky se vyskytujících podpůrných a závěsných struktur. Ty udržují oblast uretry a uretrovezikální junkce v optimální pozici nejen v klidu, ale hlavně při stavech zvýšeného intraabdominálního tlaku. Postiženy bývají převážně struktury endopelvické fascie, které se významnou měrou participují na zajištění optimálního napětí přední poševní stěny (Roztočil, 2011).

Druhý typ se označuje jako ISD. Je charakterizován poruchou funkce nervosvalové jednotky musculus sphincter urethrae internus. Je to stav trvale otevřeného vnitřního uretrálního ústí. Inkompetence vnitřního uretrálního ústí představuje méně běžnou příčinu stresové inkontinence moči. Mezi příčiny ISD lze zahrnout změny uretrální mukózy u postmenopauzálních žen a stavy po pánevních chirurgických rekonstrukčních výkonech, které ovlivní vaskularizaci uretry. Neuromuskulární změny, které vedou ke vzniku ISD, mohou být také následkem radioterapie. Rozlišit oba typy stresové inkontinence můžeme za pomoci urodynamického vyšetření a posouzení morfologie dolních močových cest pomocí ultrasonografie (Roztočil, 2011).

1.4.3 Diagnostika stresové inkontinence

Základní diagnostiku inkontinence zpravidla provádí praktický lékař, gynekolog nebo urolog, specializovaná vyšetření pak urolog nebo urogynekolog (Vilhelmová, 2011). Mezi základní součást diagnostiky stresové inkontinence patří anamnéza, mikční karta, fyzikální vyšetření, klinické testy, urodynamické vyšetření a zobrazovací vyšetřovací metody (Krhut, 2014).

Anamnéza

Anamnéza je důležitá pro získání informací o příčinách, projevech, a komplikacích stavu nemocných. Za pomoci správně volených a formulovaných otázek lékař zjišťuje, jak často, v jakém množství a v návaznosti na jaký děj, situaci nebo polohu těla moč uniká. Dalším důležitým aspektem pro vytvoření anamnézy jsou otázky týkající se onemocnění, se kterým se nemocní léčí, hormonální substituční léčby nebo operace (Vytejšková, 2013).

K anamnéze stresové inkontinence se vztahují speciální dotazy jako například, jak často moč uniká, za jakých okolností dochází k úniku moči, jak velká dávka moči během dne unikne, zda se pacientka probudí kvůli potřebě močení, zda je močení doprovázeno bolestivými vjemy, zda žena pozoruje výskyt krve v moči, zda pacientka užívá absorpční prostředky, jaký typ a v jakém množství a v jak velkém rozsahu potíže ovlivňují život pacientky – vlastní hodnocení kvality života (Hořčíčka, 2017).

Roztočil (2011) ve své knize uvádí, že nezbytnou součástí anamnézy je detailní analýza stávajících obtíží se zaměřením na poruchy hromadění a evakuace moči. Vždy je nutné tyto faktory hodnotit současně. Neexistuje bohužel žádný příznak, který by byl výhradně typický pro konkrétní typ inkontinence. Pro stresový typ inkontinence je typický únik moči v relativně malých porcích synchronně s fyzickou zátěží (kašel, kýchnutí, smích, tlačení, zvedání břemene, chůze ze schodů či z kopce). Žena před únikem moči nepociťuje nucení na močení. Časový úsek mezi mikcemi bývá delší než 3 hodiny.

Mikční karty

Je potřeba podtrhnout zejména význam mikčních karet (Krhut, 2014). Do mikční karty si žena zaznamenává informace o přijatých tekutinách, množství uniknuté a vyloučené moči a použitých pomůckách. Mikční karty slouží k mapování průběhu inkontinence u nemocného během dne a noci a také ke správné diagnostice druhu inkontinence, a tím i k její léčbě (Vytejšková, 2013).

Fyzikální vyšetření

Běžné klinické vyšetření, kdy se provádí zhodnocení celkového stavu, pohyblivosti, zručnosti, paměti, a posuzují se kognitivní funkce nemocného (Hořčíčka, 2017). Lékař aspekty hodnotí stav hráze, stav zevního genitálu, ústí uretry a kůže v okolí genitálu

(Vytejková, 2013). Palpací lze získat informaci o stavu svalstva a schopnosti volní kontraktility pánevního dna (Roztočil, 2011).

Klinické testy

Používají se jednoduché klinické testy, které umožní v návaznosti na klinické vyšetření funkční posouzení dna pánve (Roztočil, 2011) a také testy, které mají objektivizovat únik moči a ověřit hypermobilitu uretry (Hořčíčka, 2017).

Marshallův – Bonneyho test je vyšetření, během kterého pacientka leží v gynekologické poloze a má naplněný močový měchýř. Pacientka provede stresový manévra (zakašlání) a vyšetřující lékař pohledem sleduje, zda dochází k úniku moči. Pokud dojde k úniku moči, test je vyhodnocen jako pozitivní a lékař ve většině případů naváže na Bonneyho test. To znamená, že žena podstoupí celé vyšetření znovu jen s tím rozdílem, že se vyšetřující lékař snaží prsty fixovat pochvu, aby oblast uretrovezikální junkce byla v normální anatomické poloze. Pokud nedojde k úniku moči, test je vyhodnocen jako negativní a ženě je doporučena antiinkontinenční operace, která by ji mohla zbavit obtíží souvisejících se stresovou inkontinencí (Hořčíčka, 2017).

Froewisův test je prováděn tak, že pacientka stojí s mírně pokrčenými a mírně rozkročenými dolními končetinami a má naplněný močový měchýř. Žena je vyzvána ke kašli a lékař sleduje, zda dochází k úniku moči. Jestliže dojde k úniku moči, test je vyhodnocen jako pozitivní (Hořčíčka, 2017).

Q tip test je prováděn za pomoci sterilní štětičky namočené do mezokainu, která se zavede transuretrálně až do oblasti hrdla močového měchýře. Poté pacientka volně zatlačí a podle stavu závěsných a podpůrných struktur uretry a hrdla močového měchýře dochází k rotaci štětičky. Pokud se úhel štětičky při zatlačení nemění, je funkce struktur v normě, dojde-li ke zvýšení úhlu, je to známka anatomického defektu (Roztočil, 2011). Pokud je úhel větší jak 30 stupňů, jedná se o hypermobilitu uretry, která je přítomná ve většině případů stresové inkontinence (Pilka, 2017).

Pad weight test je vložkový test, při kterém měříme objem vymočené náplně měchýře. Na základě váhového přírůstku vložky lze usuzovat, o jaký stupeň inkontinence se jedná (Roztočil, 2011).

Urodynamická vyšetření

Urodynamická vyšetření jsou podstatnou součástí předoperačního diagnostického postupu (Roztočil, 2011).

Uroflowmetrie je jednoduché funkční vyšetření dolních cest močových, díky kterému lze měřit velikost průtoku moči uretrou v průběhu aktu močení (Roztočil, 2011).

Plicní cystometrie je považována za nejvhodnější metodu, sloužící k neurologické kontrole detruzoru měchýře (Roztočil, 2011). Umožňuje měřit vztah intravezikálního tlaku a objemu močového měchýře (Hořčíčka, 2017).

Profilometrie spočívá v měření tlaku uvnitř uretry při zvýšeném abdominálním tlaku (Vytečková, 2013).

Elektromyografie se využívá k vyšetření činnosti příčně pruhovaného svěrače uretry, který je součástí diaphragma urogenitale (Hořčíčka, 2017).

Zobrazovací vyšetřovací metody

Magnetická rezonance umožňuje mimořádné zobrazení defektů pánevního dna s kvalitním rozlišením měkkých tkání (Pilka, 2017).

Uterocytoskopie je endoskopické vyšetření uretry a močového měchýře, které se využívá při podezření na patologický nález v oblasti uretry (Hořčíčka, 2017). Vyšetření se provádí flexibilním cystoskopem, který vylučuje nepříjemnosti při vyšetření vzniklé použitím cystoskopu rigidního (Vytečková, 2013).

Ultrazvuk je vyšetřovací metoda, která je neinvazivní, nepoužívá ionizující záření a je poměrně levný. Je využívám pro vyšetření horních a dolních cest močových. Ultrazvuk v urogynekologické praxi umožňuje vyšetření transabdominální, perineální, introitální, intravaginální a transanální (Pilka, 2017).

Cystourethrografie antegrádní nebo retrográdní je vhodné doplňkové vyšetření při podezření na vezikovaginální píštěle a divertikly močové trubice (Pilka, 2017).

1.4.4 Komplikace stresové inkontinence

Psychické

Žena trpící stresovou inkontinencí může ztratit sebeúctu, pociťovat deprese, strach, hněv, úzkost, frustrace.

Chronická únava

Porucha spánku při častém úniku moči.

Kožní vyrážka nebo podráždění

Z neustále vlhké kůže se mohou vytvořit vyrážky, infekce, opruzeniny, dekubity.

Infekce močového ústrojí

Inkontinence zvyšuje riziko urosepsy.

Ekonomické

Finanční náročnost inkontinenčních pomůcek (Slezáková, 2011).

1.4.5 Léčba stresové inkontinence

Využívají se postupy konzervativní, medikamentózní a chirurgické léčby. Konzervativní léčba je zaměřena na cvičení pánevního dna, které se provádí několikrát denně opakováním rychlých stahů pánevního dna za sebou. Pomůckou pro posílení pánevního dna jsou vaginální kužely s různou hmotností, žena si je každý den zavádí do pochvy od nejlehčího. Dále lze využít pesaroterapie, jejímž principem je elevace báze močového měchýře pomocí intravaginálně zavedeného pesaru nad svaly pánevního dna. V případě vyšší hmotnosti je ženám na počátku léčby doporučena redukce váhy (Romžová, et al., 2011). Další z metod konzervativní léčby je elektrostimulace svalů pánevního dna vaginální nebo anální elektrodou, u žen, kterým nelze dobrovolně uzavřít svaly pánevního dna (Hersh & Salzman, 2013).

V medikamentózní léčbě se využívají látky, které zvyšují uretrální uzavírací trakt. Jedny z nich jsou alfasympatomimetika, která stimulují alfaadrenergické receptory umístěné v hrdle močového měchýře a proximální uretře. Stimulace vede k podráždění hladkých

svalových vláken v periuretrálních cévních plexech ve stěně močové trubice, a tím ke zvýšení intrauretrálního tlaku. Druhé z nich jsou tricyklická antidepresiva, která jsou využita pro jejich adrenergní stimulaci hladkých svalových vláken v uretře ke zvýšení uzavíracího tlaku. Třetí z nich jsou estrogeny, u kterých jejich vliv na zlepšení příznaků stresové inkontinence nebyl prokázán. Pravděpodobně eutrofizuje sliznici pochvy, uretry a trigona močového měchýře u postmenopauzních žen. To vede k vzestupu prokrvení pochvy a zlepšujícímu se zvlhčení pochvy díky zvýšené vaginální transsudaci. U podávání estrogenů je možné zlepšení prokrvení také v kapilárních plexech uretry a vzestup uretrálního uzavíracího tlaku díky zvýšení vrstvy urotelu vzhledem k mitogenní stimulaci (Hořčíčka, 2017).

K chirurgické léčbě se přistupuje, pokud konzervativní léčba dlouhodobě selhává a předpokládá se její neúspěch. U chirurgické léčby jsou nutná předoperační vyšetření, a to mikrobiologické vyšetření moči, urodynamické vyšetření, ultrazvukové vyšetření pánevního dna a případně uretrocystoskopie (Hořčíčka, 2017). Jeden z možných typů operace je kolposuspenze podle Burche, kdy pomocí stehů se zvedne a zavěsí hrdlo močového měchýře společně i se začátkem močové trubice, a přední stěnu poševní zafixují ke Cooperovu vazů. Výkon je proveden klasickým laparotomickým řezem v celkové anestezii (Chmel, 2010). Další možný typ operace je takzvaná pásková operace, kdy se použije polypropylenová páska různé délky s přesně stanovenou gramáží a tkaním. Její vložení je buď retropubicky či transobturatorově ve střední třetině močové trubice. Páskové operace mohou přinést i řadu možných komplikací jako jsou krvácení, poruchy mikce, retence, bolesti v inguinách, poranění močového měchýře či močové trubice. Výhody operace jsou krátký čas, minimalizace peroperačních a pooperačních komplikací a podle typu zaměstnání krátká pracovní neschopnost. Nevýhody operace jsou použití cizorodého materiálu a vyšší cena (Hořčíčka, 2017).

Operace TVT – jedna z typu páskových operací je TVT operace. Při operaci je páska zavedena malým řezem na přední poševní stěně volně pod uretru. Zavedení pásy je vykonáno pomocí dvou jehel, ke kterým je připojena páska. Výsledkem operace je, že močová trubice si na pásku přilehne a díky ní je zpevněna a současně i správně odpružena (Chmel, 2010).

Operace TOT – další z typů páskových operací je TOT operace. Při operaci je páska zavedena přes otvor v pánvi mezi sedací a stydkou kostí volně pod uretru (Chmel, 2010).

Další z možných typů operace je operace s periuretrálními implantáty, kdy se transuretrálně aplikují látky do submukózy uretry v oblasti hrdla močového měchýře, zákrok je prováděn pod kontrolou cystoskopu (Hořčíčka, 2017). Aplikace látek je za účelem zlepšení funkce vnitřního uretrálního ústí (Roztočil, 2011).

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

2.1.1 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen.

2.1.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen při práci nebo při běžné denní činnosti od jejího vzniku?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života žen v otázce úzkostí/depresí po diagnostice stresové inkontinence?

2.2 Metodika výzkumu

Pro sběr dat byl zvolen standardizovaný dotazník kvality života SF 36. Kvantitativní forma šetření obsahuje 15 uzavřených otázek. Dotazovány byly respondentky postihnuté problematikou stresové inkontinence. Dotazník byl zcela anonymní.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Zkoumaným vzorkem byly ženy různých věkových kategorií, postihnuté stresovou inkontinencí. Respondentky byly osloveny přes internetový portál. Výzkumu se zúčastnilo celkem 102 žen, které měly u každé otázky v dotazníku několik možností odpovědi tak, aby mohly své pocity co nejbližší a přitom co nejstručněji vyjádřit. V dotazníku najdeme otázky, které se dotazují na celkové zdraví respondentek a také otázky, které zjišťují, jak moc je onemocnění omezuje v životě při běžných činnostech. Dále v něm zjistíme, zdali trpí bolestmi a jakým způsobem se snaží svůj zdravotní handicap zlepšit, či zda jej vůbec řeší.

2.4 Průběh výzkumu

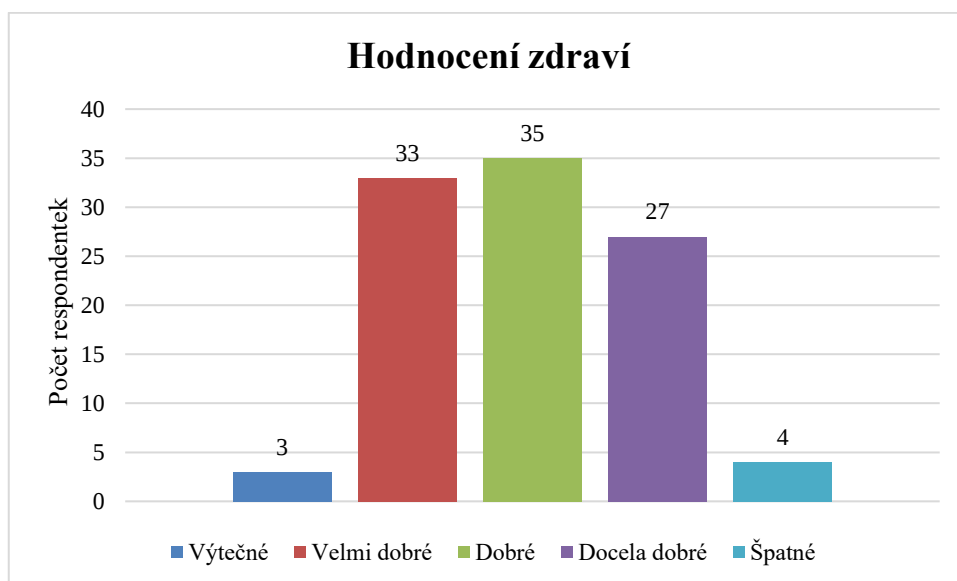
Sběr dat probíhal od prosince 2018 do března 2019 prostřednictvím dotazníku. Dotazník byl vložen na uzavřenou internetovou skupinu. Řádně bylo vyplněno 102 dotazníků a ty byly následně zařazeny do výzkumu.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracovaná a vyhodnocena pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Získané výsledky jsem uspořádala do grafů, které jsou doplněny komentáři.

2.6 Výsledky výzkumu

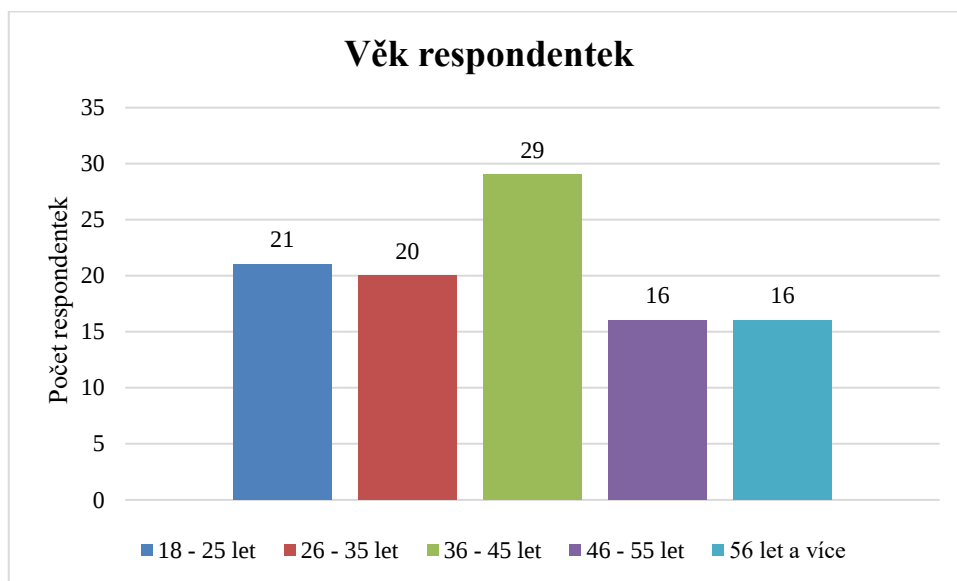
Otázka č. 1: Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 1 Hodnocení zdraví

V grafu 1 vidíme, že nejvíce respondentek své zdraví hodnotí jako dobré – 35 (34,3 %). Dále 33 (32,4 %) žen své zdraví považuje za velmi dobré. O něco méně, tedy 27 (26,5 %) žen své zdraví hodnotí jako docela dobré, 4 (3,9 %) ženy za špatné a pouhé 3 (2,9 %) ženy jako výtečné.

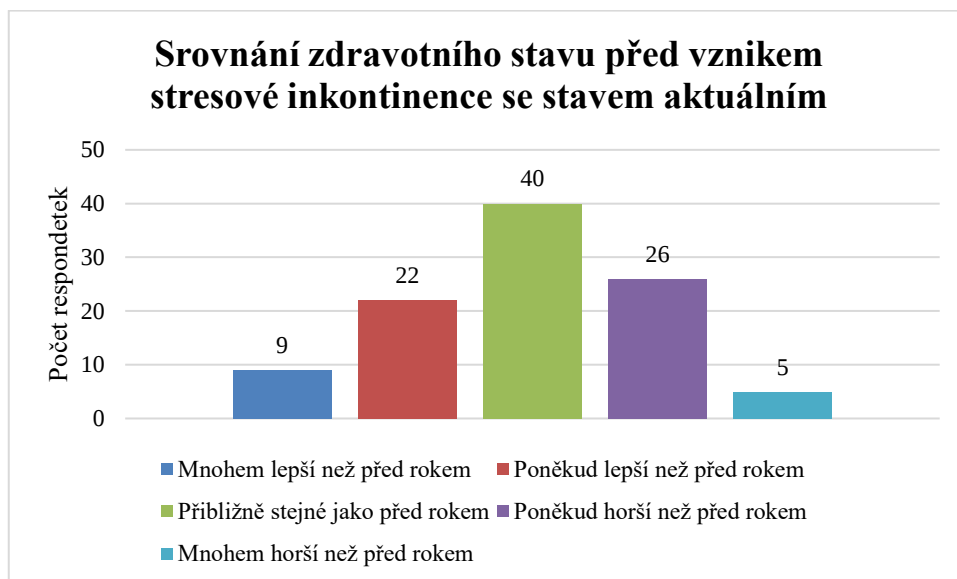
Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



Graf 2 Věk respondentek

Graf 2 znázorňuje věkové složení dotazovaných. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek bylo nejvíce žen – 29 (28,4 %) ve věku mezi 36 a 45 lety, 21 (20,6 %) žen ve věku od 18 do 25 let, 20 (19,6 %) žen ve věku od 26 do 35 let. Dále 16 (15,7 %) žen bylo ve věku 46 až 55 let a 16 (15,7 %) žen ve věku 56 let a více.

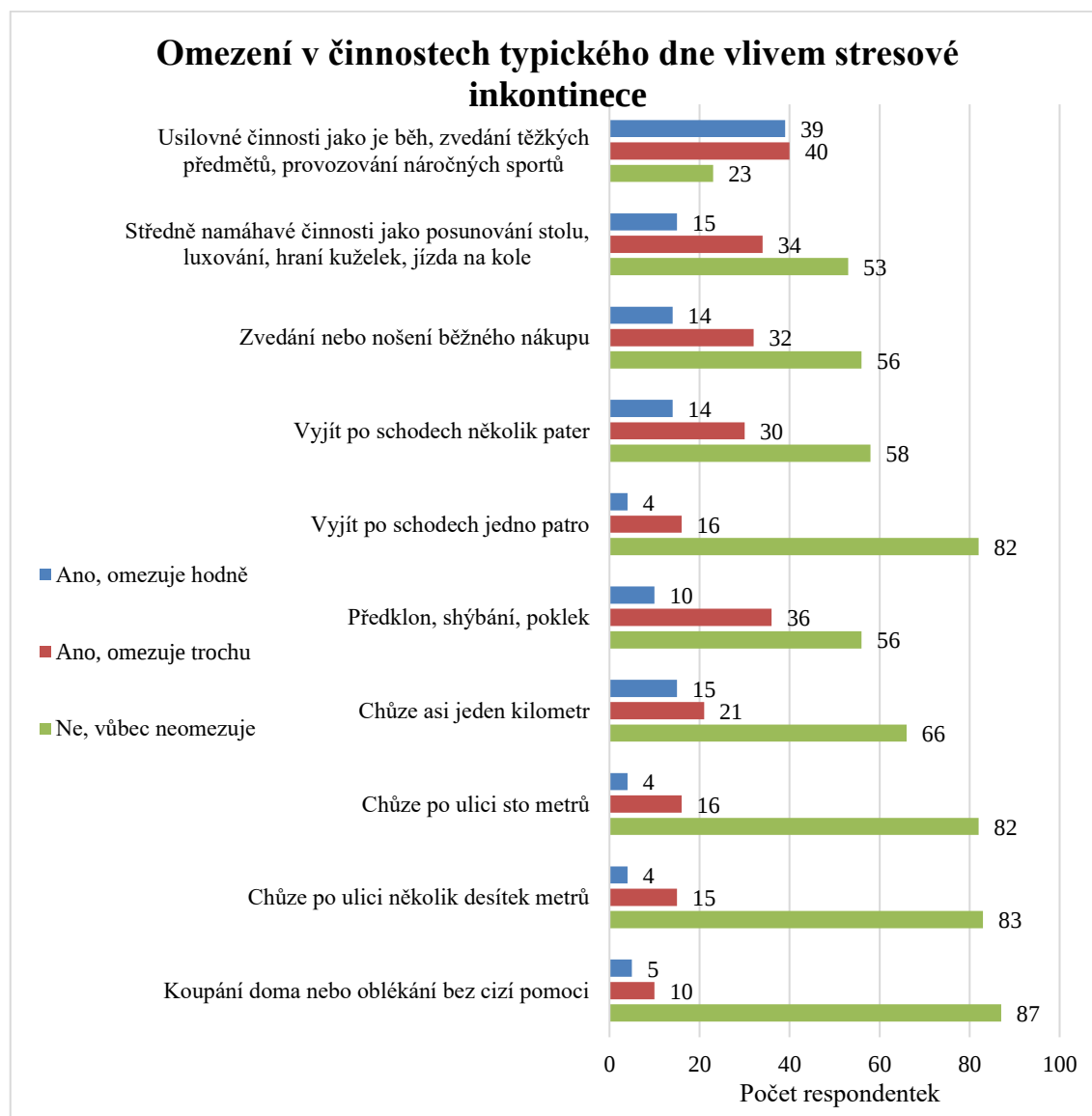
Otázka č. 3: Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před vznikem stresové inkontinence?



Graf 3 Srovnání zdravotního stavu před vznikem stresové inkontinence se stavem aktuálním

Dotazované ženy v grafu 3 hodnotily své zdraví dnes ve srovnání se stavem před vznikem stresové inkontinence. Celkem 40 (39,2 %) respondentek hodnotí své zdraví jako přibližně stejné jako před rokem. Následně 26 (25,5 %) žen považuje své zdraví poněkud horší než před rokem a 22 (21,6 %) žen poněkud lepší než před rokem. Mnohem lépe, než před rokem se cítí 9 (8,8 %) žen a 5 (4,9 %) žen své zdraví vnímá jako mnohem horší než před rokem.

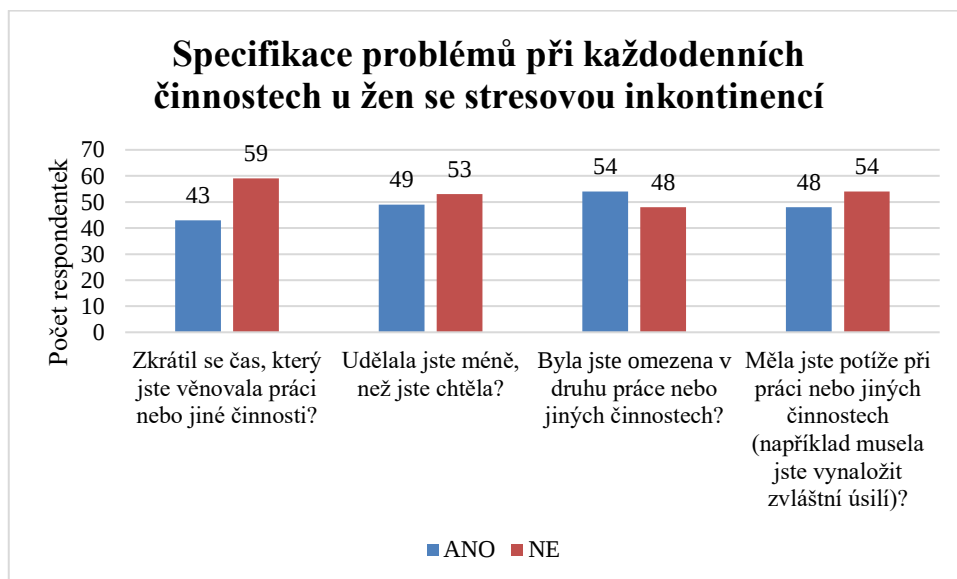
Otázka č. 4: Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vás problematika stresové inkontinence v těchto činnostech? Jestliže ano, do jaké míry?



Graf 4 Omezení v činnostech typického dne vlivem stresové inkontinence

V grafu 4 ženy odpovídaly, jak moc je omezuje stresová inkontinence při různých denních činnostech. Význam omezení je popsán v legendě grafu. Čísla vedle řad udávají, jak moc stresová inkontinence v jednotlivých denních činnostech ovlivňuje život ženy. Z celkového počtu dotazovaných respondentek 102 (100 %) vyplývá, že ženy hodně neomezuje žádná z uvedených činností, trochu je omezují usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů a vůbec se necítí omezovány při koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.

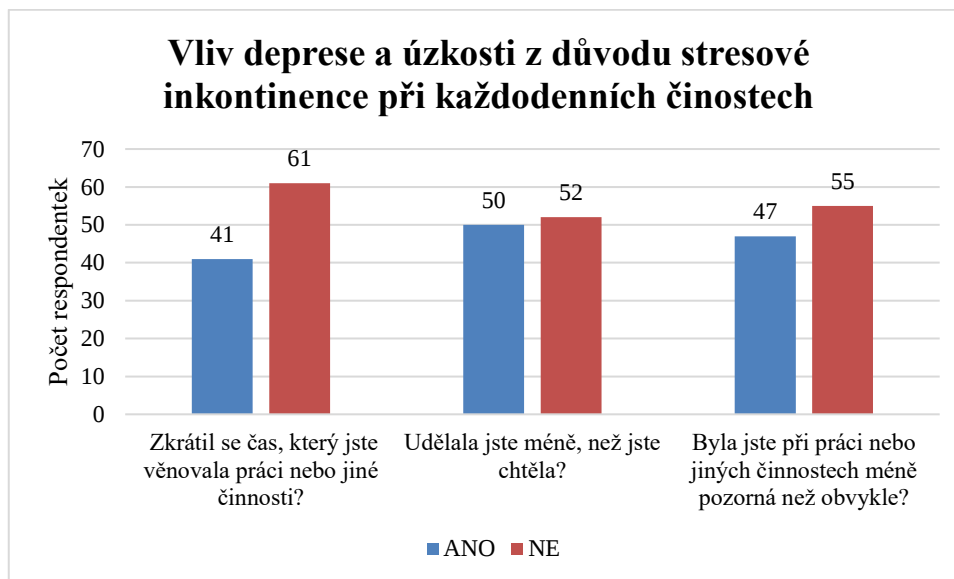
Otázka č. 5: Měla jste některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti od vzniku stresové inkontinence?



Graf 5 Specifikace problémů při každodenních činnostech u žen se stresovou inkontinencí

Ze 102 respondentek 43 (42,2 %) žen bylo nuceno od vzniku stresové inkontinence zkrátit čas, který věnovaly práci nebo jiné činnosti, 59 (57,8 %) žen nebylo vznikem stresové inkontinence nijak omezeno. Celkem 49 (48 %) žen udělalo méně, než chtěly, 53 (52 %) žen nemělo problém dokončit co chtěly. Dalších 54 (52,9 %) žen bylo vznikem stresové inkontinence omezeno v druhu práce a v jiných činnostech, 48 (47,1 %) žen nebylo nijak omezeno. Následně 48 (47,1 %) žen mělo od vzniku stresové inkontinence potíže při práci nebo jiných činnostech, 54 (52,9 %) žen uvedlo, že neměly žádné potíže, nemusely vynaložit žádné zvláštní úsilí.

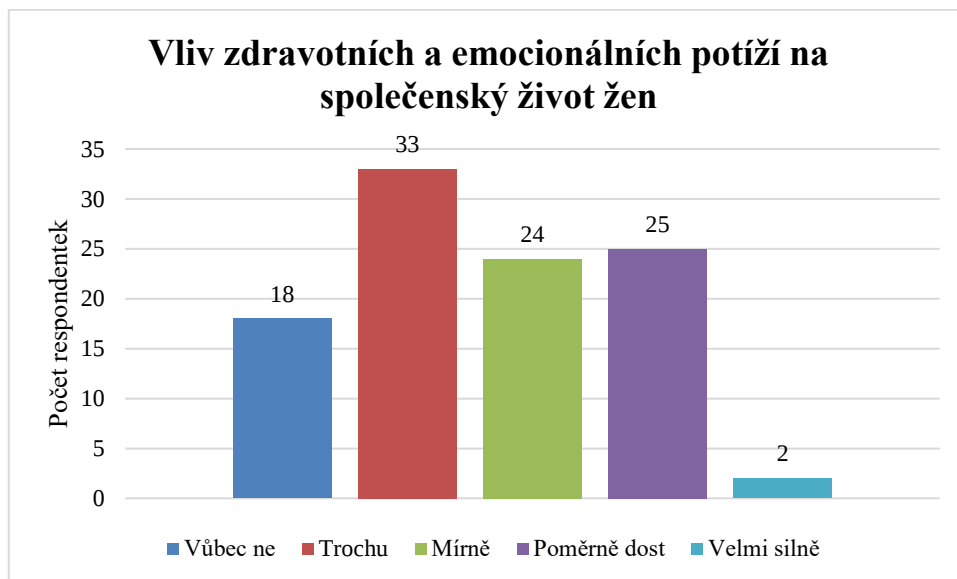
Otázka č. 6: Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti od vzniku stresové inkontinence (např. Pocit deprese nebo úzkosti)?



Graf 6 Vliv deprese a úzkosti z důvodu stresové inkontinence při každodenních činnostech

Ze 102 (100 %) respondentek 41 (40,2 %) žen vlivem deprese nebo úzkosti zaznamenaly zkrácení času, který věnovaly práci nebo jiné činnosti, 61 (59,8 %) žen nebylo vlivem deprese nebo úzkosti nijak omezeno. Celkem 50 (49,0 %) žen udělalo méně, než chtěly, 52 (51,0 %) žen nemělo problém dokončit co chtěly. Dále 47 (46,1 %) žen bylo při práci nebo jiných činnostech vlivem deprese nebo úzkosti méně pozorných než obvykle, 55 (53,9 %) žen deprese ani úzkost v pozornosti neovlivnila.

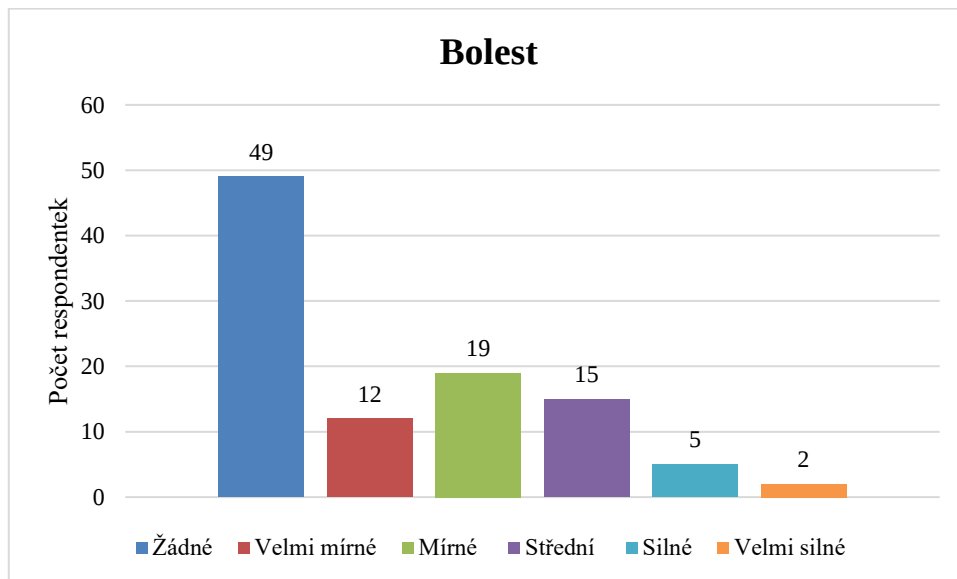
Otázka č. 7 Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti od momentu vzniku stresové inkontinence.



Graf 7 Vliv zdravotních a emocionálních potíží na společenský život žen

Dle výsledku výzkumu bylo 33 (32,4 %) žen z celkem 102 (100 %) dotazovaných, vznikem stresové inkontinence trochu omezeno ve společenském životě. Odpověď poměrně dost zvolilo 25 (24,5 %) žen a mírně 24 (23,5 %) žen. Žádný vliv na společenský život nezaznamenalo 18 (17,6 %) respondentek a 2 (2,0 %) ženy zaznamenaly velmi silný vliv stresové inkontinence na jejich společenský život.

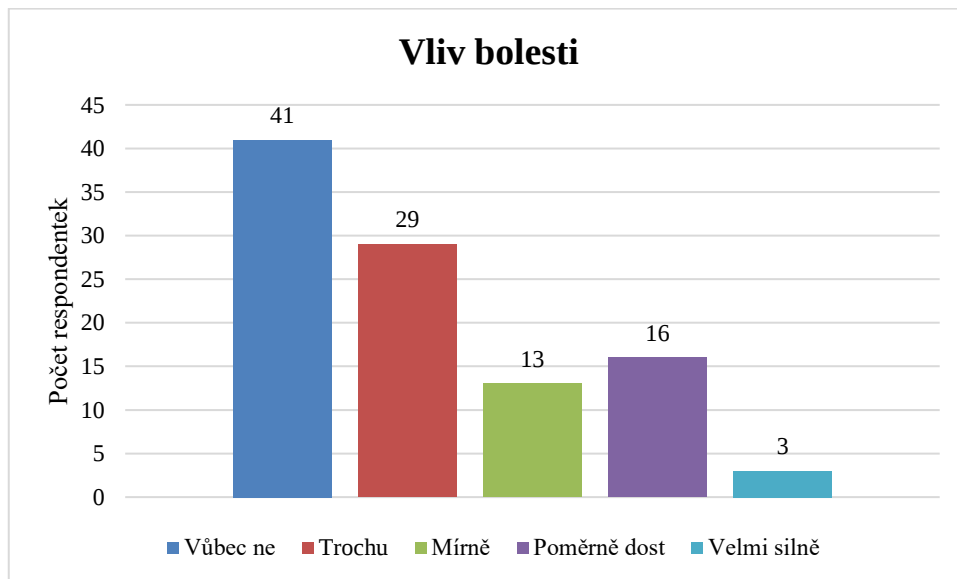
Otázka č. 8: Jak velké bolesti jste měla od počátku zjištění, že trpíte stresovou inkontinencí?



Graf 8 Bolest

Z uvedeného grafu vyplývá, že z celkového počtu 102 (100 %) respondentek 49 (48,0 %) žen nemělo bolesti žádné, 19 (18,6 %) z nich mělo bolesti mírné, 15 (14,7 %) střední a 12 (11,8 %) velmi mírné. Na velmi silné bolesti odpověděly 2 (2,0 %) ženy.

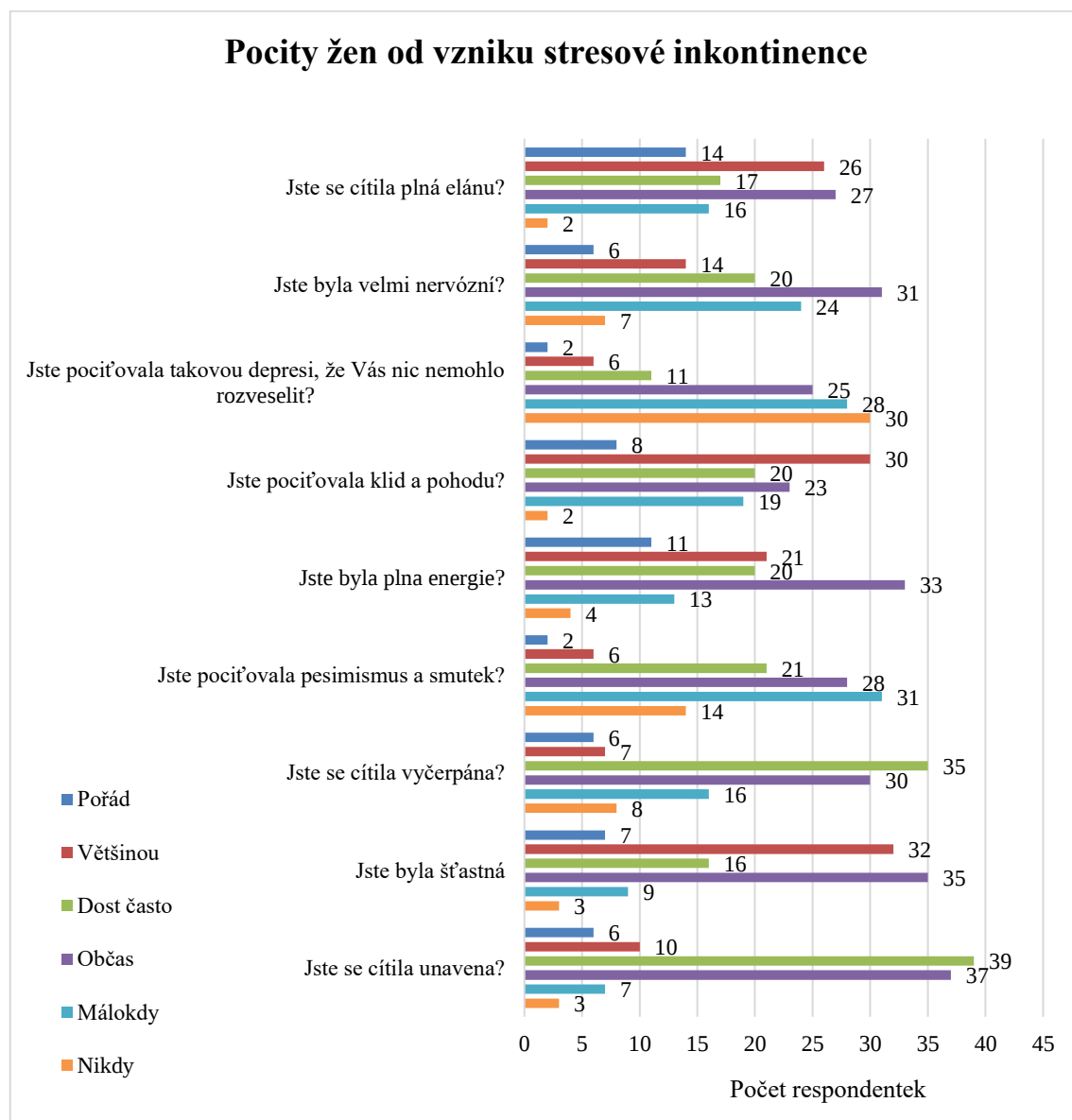
Otázka č. 9: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) od počátku zjištění?



Graf 9 Vliv bolesti

Na otázku, do jaké míry ženám bránily bolesti v práci, odpovědělo 102 (100 %) respondentek, z nichž 41 (40,2 %) odpovědělo, že vůbec ne. Celkem 29 (28,4 %) žen omezení pociťovaly trochu, 16 (15,7 %) poměrně dost, 13 (12,7 %) mírně. Velmi silně odpověděly 3 (2,9 %) ženy.

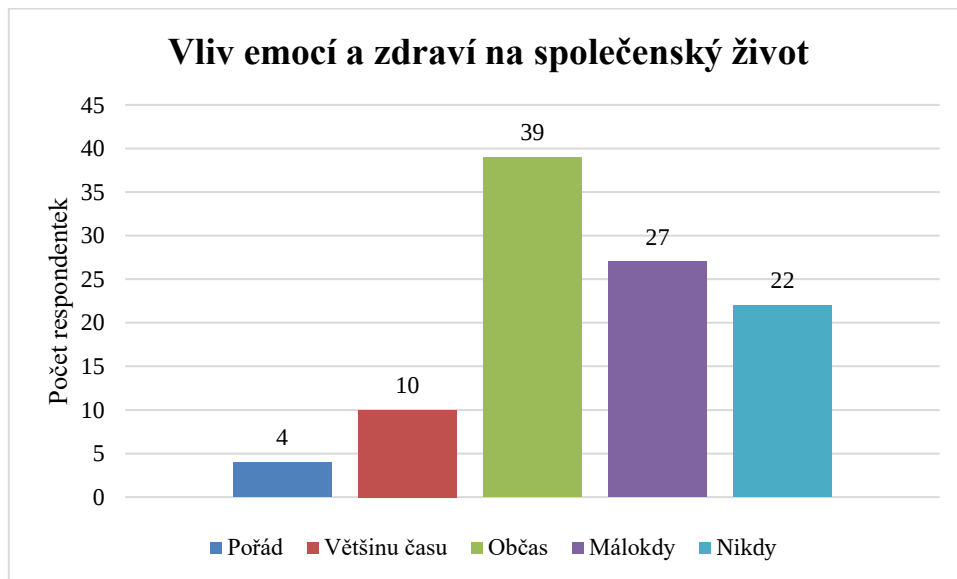
Otázka č. 10: Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo od vzniku stresové inkontinence. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila.



Graf 10 Pocity žen od vzniku stresové inkontinence

V grafu 10 ženy vybíraly takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry u nich platí prohlášení v grafu. Výsledek prohlášení je popsán v legendě grafu. Čísla vedle řad udávají přehled pocitů žen o tom, jak se jim dařilo od vzniku stresové inkontinence. Z výsledku grafu je patrné, že pocit klidu a pohody se u žen vyskytuje většinou. Občas se ženy cítí plné elánu, plné energie, šťastně, ale občas jsou také velmi nervózní. Dost často se ženy cítí unavené a vyčerpané. Málokdy pociťují pesimismus a smutek a nikdy nepociťovaly takovou depresi, že je nemohlo nic rozveselit.

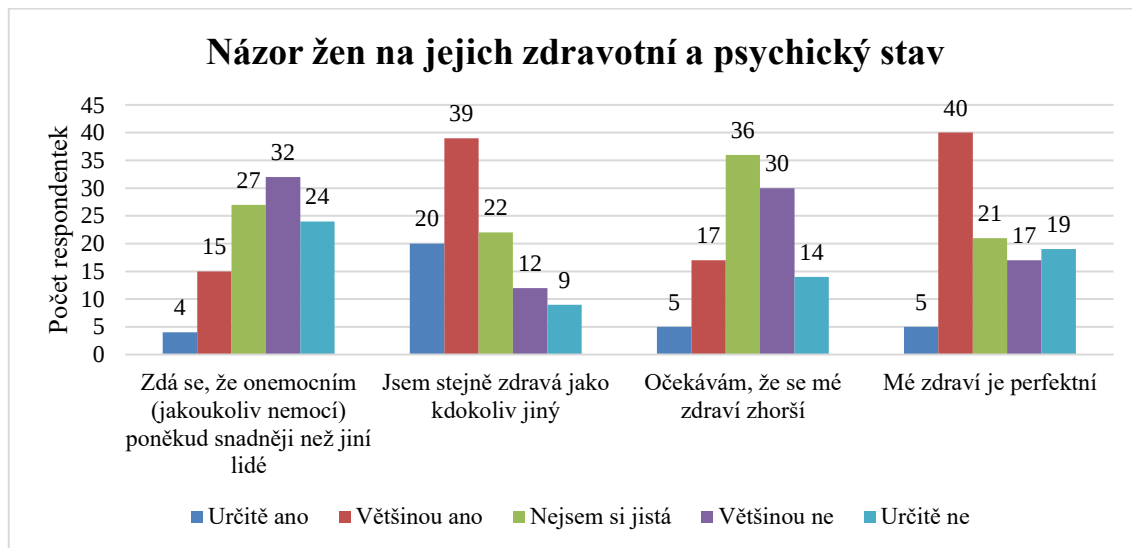
Otázka č. 11: Uved'te, jak často bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?



Graf 11 Vliv emocí a zdraví na společenský život

Graf 11 znázorňuje odpovědi na otázku, jak často bránily zdravotní nebo emocionální obtíže společenskému životu dotázaných žen. Ze 102 (100 %) respondentek jich 39 (38,2 %) uvedlo, že občas. Málokdy odpovědělo 27 (26,5 %) žen, nikdy 22 (21,6 %) žen a většinu času 10 (9,8 %) žen. Zbýlé 4 (3,9 %) respondentky udávají, že pořád.

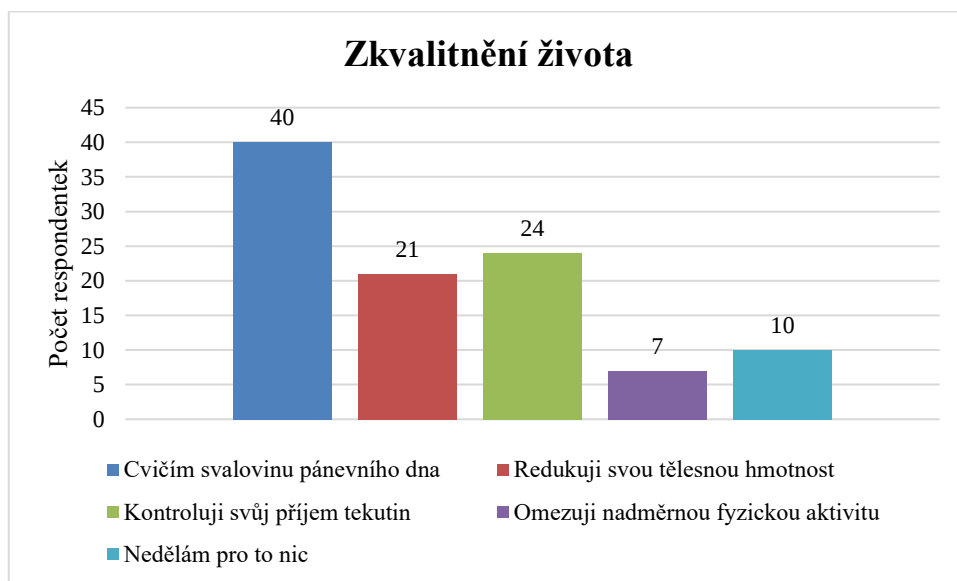
Otázka č. 12: Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?



Graf 12 Názor žen na jejich zdravotní a psychický stav

V grafu 12 ženy vybíraly takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry u nich platí prohlášení v grafu. Výsledek prohlášení je popsán v legendě grafu. Čísla nad řadami udávají přehled názorů žen o svém zdravotním a psychickém stavu. Nejčastější odpovědí na otázku, zda se zdá, že onemocní poněkud snadněji, než jiní lidé byla, že většinou ne, kterou označilo 32 (31,4 %) žen ze 102 (100 %) dotázaných respondentek. Na otázku, zda jsou stejně zdravé jako kdokoliv jiný, nejčastěji odpovědělo 39 (38,2 %) žen, že většinou ano. Na otázku, zda očekávají, že se jejich zdraví zhorší, odpovědělo 36 (35,3 %) žen ze 102 (100 %) dotázaných, že si nejsou jisty a na otázku, zda si myslí, že je jejich zdraví perfektní, nejčastěji odpovědělo 40 (39,2 %) žen, že většinou ano.

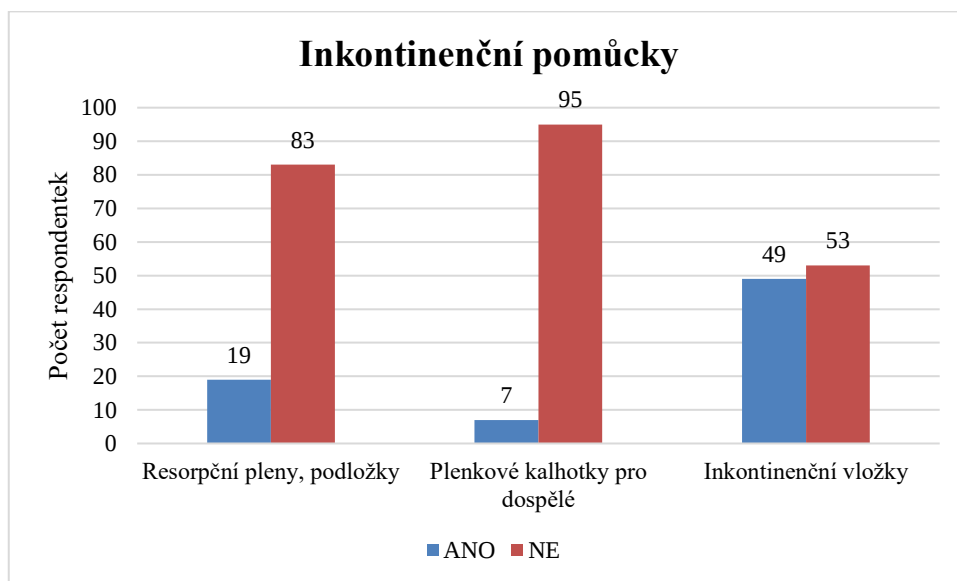
Otázka č. 13: Co děláte pro zkvalitnění Vašeho života?



Graf 13 Zkvalitnění života

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek, zahrnovala největší skupina 40 (39,2 %) žen cvičících svalovinu pánevního dna. Dalších 24 (23,5 %) žen kontroluje svůj příjem tekutin pro zkvalitnění svého života, 21 (20,6 %) žen redukuje svou tělesnou hmotnost, 10 (9,8 %) žen pro to nedělá nic a zbývajících 7 (6,9 %) omezuje nadměrnou fyzickou aktivitu.

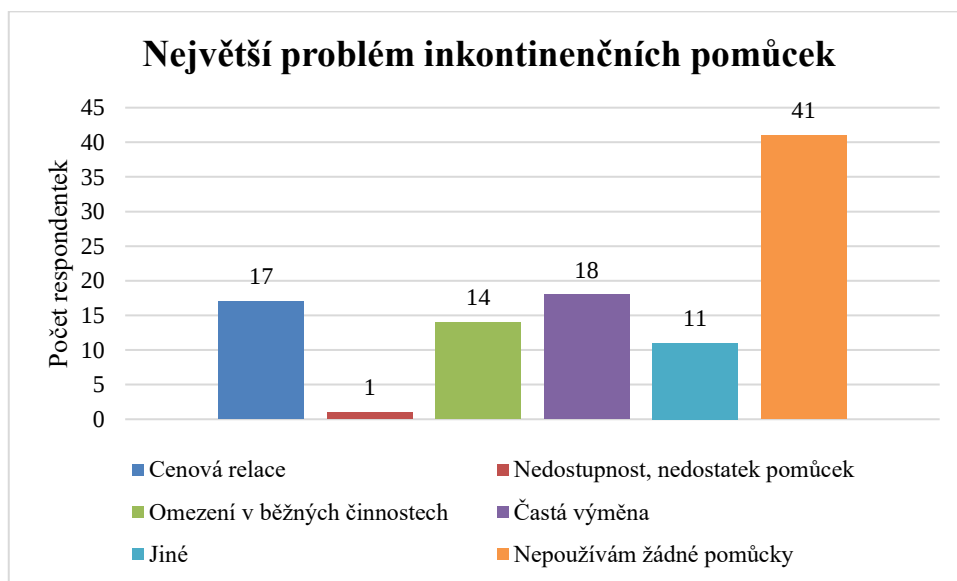
Otázka č. 14: Který z těchto typů inkontinenčních pomůcek využíváte?



Graf 14 Inkontinenční pomůcky

Z uvedeného grafu vyplývá, že z celkového počtu 102 (100 %) respondentek 19 (18,6 %) žen používá resorpční pleny a podložky, 83 (81,4 %) žen tyto inkontinenční pomůcky vůbec nevyužívá. Pouhých 7 (6,9 %) žen používá plenkové kalhotky pro dospělé a 95 (93,1 %) žen nikoli. Ženy se stresovou inkontinencí nejčastěji preferují inkontinenční vložky, a to v zastoupení 49 (48,0 %) žen, 53 (52,0 %) žen tuto formu inkontinenčních pomůcek nevyužívá.

Otázka č. 15: Jaký největší problém vnímáte u inkontinenčních pomůcek?



Graf 15 Největší problém inkontinenčních pomůcek

Graf 15 zjišťuje, jaký největší problém dotázané respondentky vnímají u inkontinenčních pomůcek. Žádné inkontinenční pomůcky nepoužívá 41 (40,2 %) dotazovaných žen. Jako největší problém 18 (17,6 %) žen uvedlo častou výměnu. Jako druhý největší problém vnímá 17 (16,7 %) žen cenovou relaci inkontinenčních pomůcek. Dalších 14 (13,7 %) žen odpovědělo omezení v běžných činnostech, 11 (10,8 %) jiné a pouze 1 (1,0 %) žena uvedla nedostupnost, nedostatek pomůcek.

3 Diskuze

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl zvolen jeden cíl a dvě výzkumné otázky. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života žen se stresovou inkontinencí.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen při práci nebo při běžné denní činnosti od jejího vzniku?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky č. 4, 5, 9 z dotazníkové části. Na otázky bylo získáno 100 % množství odpovědí. Zvolila jsem uzavřené otázky za účelem dosažení vyhovujících výsledků.

Nejčastěji označenou odpovědí na otázku, v čem nejvíc ženy omezuje stresová inkontinence během činností v průběhu jejich typického dne, bylo uvedeno následující: usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů, které uvedlo 39 (38,2 %) žen. Mezi dalšími nejčastějšími odpověďmi, týkajícími se činností, ve kterých je žena omezena stresovou inkontinencí, byly středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole a chůze asi jeden kilometr, které uvedlo 15 (14,7 %) žen. Průměrně 23 (22,5 %) žen uvedlo, že u nich dochází k úniku moči při fyzických aktivitách. Tento výsledek je obdobný s tím, který ve své bakalářské práci uvedla (Košícká, 2015). Její výsledek byl, že 25 (27,2 %) žen se setkalo s únikem moči při fyzické aktivitě. Z tohoto výzkumu vyplývá, že jsme pravděpodobně oslovily věkově i fyzicky podobné respondentky a že ženy netrpí extrémním omezením fyzické aktivity vlivem stresové inkontinence.

Celkem 54 (52,9 %) respondentek potvrdilo, že bylo omezeno v druhu práce nebo jiných činností od vzniku stresové inkontinence. (Košícká, 2015) ve své bakalářské práci uvádí, že 42 (32,8 %) žen bylo omezeno při práci nebo jiných činnostech. Domnívám se, že většina mých respondentek je pracovně aktivních, a proto mám vyšší procento žen ovlivněných močovou inkontinencí při práci.

Naopak 3 (2,9 %) respondentky potvrdily, že jim bolesti velmi silně bránily v práci v zaměstnání i doma. Poměrně dost omezeno v práci se cítilo 16 (15,7 %) žen a 13 (12,7 %) dotázaných mírně. Výsledek mého výzkumu není možné srovnat s jiným výzkumem. Nicméně si myslím, že bolest nepatří mezi faktor, který by výrazně ovlivňoval kvalitu života žen a už vůbec, který by ji výrazně omezoval při práci.

Výsledek výzkumu překvapivě dokazuje, že kvalita života žen se stresovou inkontinencí se při práci nebo při běžné denní činnosti výrazně nemění.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života žen v otázce úzkostí/depresí po diagnostice stresové inkontinence?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky č. 6, 7, 10, 11 a 15. Na otázky bylo získáno 100 % množství odpovědí. Zvolila jsem uzavřené otázky za účelem dosažení vyhovujících výsledků.

Vzhledem k pocitu deprese nebo úzkosti 50 (49,0 %) respondentek udělalo méně práce nebo běžné denní činnosti, než chtělo, 47 (46,1 %) dotázaných odpovědělo, že byly při práci nebo jiných činnostech méně pozorné než obvykle a 41 (40,2 %) žen zkrátilo čas, který věnovaly práci. Jak píšou (Ayers & De Visser, 2015), inkontinence moči může vyvolávat rozpaky, psychické napětí a nepohodu. Má neblahé dopady na kvalitu života. Z mého výzkumu vyplývá, že stresová inkontinence má velký vliv na psychiku a pozornost ženy, a to se pak odráží v jejím životě při běžných denních aktivitách a při práci. Proto si myslím, že péči o psychiku pacientky by se mělo věnovat minimálně tolik pozornosti jako péči o samotnou inkontinenci. Výsledek mého výzkumu není možné srovnat s jiným výzkumem.

Sociální a společenské problémy velmi silně vnímají 2 (2,0 %) respondentky, poměrně dost tato problematika zasáhla 25 (24, 5 %) žen a trochu ovlivnila 33 (32,4 %) žen. Jen 1 (2 %) žena udala, že vždy a velmi silně ji stresová inkontinence brání v normálním a společenském životě, tento výsledek ve své diplomové práci zaznamenala (Frydrychová, 2013). Z předešlého vyplývá, že máme přibližně stejný výsledek. Nízké procento výskytu silného bránění v normálním i společenském životě u žen se stresovou inkontinencí svědčí o psychicky vyrovnaném vzorku žen v obou studiích.

Dále 4 (3,9 %) respondentky uvedly, že jim zdravotní nebo emocionální obtíže pořád brání ve společenském životě, většinu času uvedlo 10 (9,8 %) respondentek, občas 39 (38,2 %) respondentek, málokdy 27 (26,5 %) dotázaných a nikdy 22 (21,6 %) žen. (Frydrychová, 2013) ve své bakalářské práci udává, že pouze 1 (2 %) žena pociťuje, že ji zdravotní nebo emocionální potíže pořád omezují ve společenském životě. Většinu času omezují tyto problémy 11 (17 %) žen a občas 24 (38 %) žen. Výsledky výzkumu

jsou téměř shodné až na odpověď občas u respondentek. Zde se výsledky mírně rozcházejí. Domnívám se, že důvodem může být sociální složení respondentek.

Z mého výzkumu vyplývá, že 41 žen neužívá žádné inkontinenční pomůcky. Naopak (Wonková, 2013) ve své bakalářské práci uvádí, že pouhých 5 (6 %) žen nevyužívá žádné inkontinenční pomůcky. Rozdíly ve výsledcích mne překvapily. Domnívám se, že výsledek mého výzkumu mohl ovlivnit věk a psychika respondentek, protože ve věku mladých a středně starých respondentek může docházet k pocíťování studu z onemocnění již v tak ranném věku.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že respondentky, které jsem oslovila, se převážně nenechají omezit ve svých denních rutinních činnostech a ve svém společenském životě.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Problematika stresové inkontinence a s ní související kvalita života je pro mnoho dívek a žen tabuizované téma. I v dnešní době se ženy stydí za svůj urologický problém a nechtějí ani samy sobě přiznat, že trpí nechtěným únikem moči. S tím souvisí sociální izolace, partnerské problémy, sexuální problémy a mnoho dalších na sebe navazujících negativních aspektů. Aby docházelo k předcházení těchto problémů spojených s inkontinencí, doporučuji zejména rozšířit podvědomí veřejnosti o možnostech léčby a zmírnění následků stresové inkontinence. Mým doporučením je rozšíření osvěty v této problematice, například mediální formou. Již v minulosti se osvědčila reklama určitého výrobce inkontinenčních pomůcek, kterou prezentovala bývalá Miss World. Jako další doporučení bych viděla edukaci dívek a žen při pravidelných gynekologických prohlídkách, ale i na porodních sálech a na oddělení šestinedělí o fyzioterapii svalů pánevního dna, která má kromě léčebného významu i preventivní efekt. Také bych doporučila začít s osvětou o dané problematice již na středních školách, kdy by se formou besed s odborníky šířila informovanost již mezi náctiletými dívkami. Rozšířila bych informovanost patientek o dostupnosti inkontinenčních pomůcek (vložky pro ženy, absorpční kalhotky), které může ošetřující lékař (praktický, urolog, gynekolog) předepsat na poukaz, kdy jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Patientky by měly vědět, že nejen v krajních situacích lze využít pomoc psychoterapeuta, psychologické poradenství nebo krizové intervence. V neposlední řadě bych doporučila pravidelné školení zdravotnického personálu, který se dostává do kontaktu s ženami, které trpí stresovou inkontinencí, aby byl schopen ženám předat dostatek informací ohledně pomůcek k podpoře posílení svalstva pánevního dna (Medilady), edukovat je o intimní hygieně a prevenci vzniku opruzenin a být schopen zodpovědět jejich dotazy.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo sestavit přehled o kvalitě života žen se stresovou inkontinencí a doplnit celou problematiku o nové poznatky a zkušenosti z každodenních poznatků respondentek. Práce je rozdělena na dvě části. Současný stav problematiky na základě použité literatury rozebral podstatu problematiky života žen se stresovou inkontinencí. Snahou bylo co nejsrozumitelnější zpracování textu. Tato část popisuje anatomii močového systému ženy, definuji pojem kvality života, popisují inkontinenci moči u žen a v závěru první části se podrobně věnuji stresové inkontinenci.

Ve výzkumné části bylo využito standardizovaného dotazníku SF 36, který umožnil nahlédnout na kvalitu života vzorku dotazovaných žen. Výzkum probíhal od prosince 2018 do března 2019. Spektrum odpovědí bylo pestré, od respondentek, které se i po propuknutí stresové inkontinence zařadily zpět do aktivního života, bez vlivu na jeho kvalitu, až po ženy, které tato diagnóza negativně ovlivnila – psychicky i fyzicky.

Výzkum prokázal, že 79 (77,4 %) žen ze 102 (100 %) dotázaných respondentek uvedlo problémy při usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů. Dalších 54 (52,9 %) žen se cítí omezeno při určitém druhu práce nebo jiné činnosti a 39 (38,2 %) žen uvedlo, že stresová inkontinence občas negativně ovlivňuje jejich společenský život. Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že u žen se stresovou inkontinencí převládají emocionální potíže nad fyzickými. Ženy trpí nervozitou, depresemi, pocity úzkosti, pesimismu, smutku a bývají často unavené. A právě tyto negativní výsledky jsou pro mne předmětem k dalšímu šetření, a nástrojem pro vytvoření preventivního programu, kterému bych se v budoucnu chtěla věnovat. Jeho náplň by nespočívala pouze v prevenci v podobě edukace žen v oblasti dané problematiky, ale také v pomoci ženám, které již inkontinentní jsou a nedokáží se aktivně zapojit zpět do života. Cíl práce byl splněn.

Seznam použité literatury

- AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
- EMANUEL, Linda L. a S. Lawrence LIBRACH. *Palliative care: core skills and clinical competencies*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, c2011. ISBN 978-1-4377-1619-1.
- FRYDRYCHOVÁ, Klára. *Kvalita života žen s inkontinencí moči* [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/51888/FrydrychovaK_KvalitaZivota_EB_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
- GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. Praha: TRITON, 2011. ISBN 978-80-7387-387-5.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010
- HERSH, Lauren a Brooke SALZMAN. Clinical Management of Urinary Incontinence in Women. *American Family Physician* [online]. Philadelphia, 2013, 7 [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2013/0501/p634.pdf>.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

CHMEL, Roman. *Ženská močová inkontinence – nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

KOŠICKÁ, Kateřina. *Stresová inkontinence moči žen očima laické veřejnosti* [online]. Praha, 2015 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/142340/>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.

KRHUT, Jan. Léčba ženské stresové inkontinence. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Ostrava: Mladá fronta, 2014 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-zenske-stresove-inkontinence-477094>

PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, [2017]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

ROMŽOVÁ, Miroslava, Marie HURTOVÁ, Lukáš HOLUB a Jaroslav PACOVSKÝ. Inkontinence moči z pohledu urologa. *Medicína pro praxi* [online]. Hradec Králové, 2011, 4 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/05/05.pdf>

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

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

RYBÁROVA, Ľubica. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Prešov: Mladá fronta, 2010 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/posouzeni-kvality-zivota-zen-s-mocovou-inkontinenci-450949>

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

SOCHOROVÁ, Nataša. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc, 2011, 3 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/12.pdf>

VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi* [online]. Praha, 2011, 3 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

WONKOVÁ, Veronika. *Inkontinence jako bio-psycho-sociální problém* [online]. Jihlava, 2013 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/16684/thema/2907>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

Přílohy

Příloha A

Příloha A

Dotazník – stresová inkontinence

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví a stresové inkontinence. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

1. Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|--------------------|---|
| Výtečné | 1 |
| Velmi dobré | 2 |
| Dobré | 3 |
| Docela dobré | 4 |
| Špatné | 5 |

2. Kolik je Vám let?

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|-----------------|---|
| 18–25 let | 1 |
| 26–35 let | 2 |
| 36–45 let | 3 |
| 46–55 let | 4 |
| 56 a více | 5 |

3. Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před vznikem stresové inkontinence?

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Mnohem lepší než před rokem | 1 |
| Poněkud lepší než před rokem | 2 |
| Přibližně stejné jako před rokem ... | 3 |
| Poněkud horší než před rokem | 4 |
| Mnohem horší než před rokem | 5 |

4. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vás problematika stresové inkontinence v těchto činnostech? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje Hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

5. Měla jste některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti od vzniku stresové inkontinence?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělala jste méně, než jste chtěla?	1	2
c. Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činnosti?	1	2
d. Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například musela jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

6. Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti od vzniku stresové inkontinence (např. Pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé

řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělala jste méně, než jste chtěla?	1	2
c. Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle?	1	2

7. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti od momentu vzniku stresové inkontinence.

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne 1
- Trochu 2
- Mírně 3
- Poměrně dost 4
- Velmi silně 5

8. Jak velké bolesti jste měla od počátku zjištění, že trpíte stresovou inkontinencí?
(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|-------------------|---|
| Žádné | 1 |
| Velmi mírné | 2 |
| Mírné | 3 |
| Střední | 4 |
| Silné | 5 |
| Velmi silné | 6 |

9. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) od počátku zjištění?
(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|--------------------|---|
| Vůbec ne | 1 |
| Trochu | 2 |
| Mírně | 3 |
| Poměrně dost | 4 |
| Velmi silně | 5 |

10. Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo od vzniku stresové inkontinence. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila.

Jak často od počátku zjištění stresové inkontinence (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost Často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. Jste se cítila plna elánu?	1	2	3	4	5	6
b. Jste byla velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. Jste pociťovala takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. Jste pociťovala klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. Jste byla plna energie?	1	2	3	4	5	6
f. Jste pociťovala pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. Jste se cítila vyčerpaná?	1	2	3	4	5	6
h. Jste byla šťastná?	1	2	3	4	5	6
i. Jste se cítila unavena?	1	2	3	4	5	6

11. Uved'te, jak často bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád..... 1
 Většinu času..... 2
 Občas..... 3
 Málokdy..... 4
 Nikdy..... 5

12. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

(zakroužkujte jedno číslo na každé

řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

13. Co děláte pro zkvalitnění Vašeho života?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Cvičím svalovinu pánevního dna 1
- Redukuji svou tělesnou hmotnost 2
- Kontroluji svůj příjem tekutin 3
- Omezuji nadměrnou fyzickou aktivitu 4
- Nedělám pro to nic 5

14. Který z těchto typů inkontinenčních pomůcek využíváte?

	ANO	NE
a. Resorpční pleny, podložky	1	2
b. Plenkové kalhotky pro dospělé	1	2
c. Inkontinenční vložky	1	2

15. Jaký největší problém vnímáte u inkontinentních pomůcek?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Cenová relace 1
- Nedostupnost, nedostatek pomůcek 2
- Omezení v běžných činnostech 3
- Častá výměna 4
- Jiné 5
- Neužívám žádné pomůcky 6